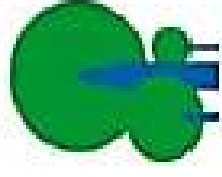


Blauwdruk voor een betere agressiebeheersing en meer veiligheid in het



UPC Sint-Kamillus

Zomernota 2013 werkgroep FAG

*“Laat ons ophouden met dat opzwepend gedoe van agressie en onveiligheid.
Agressiebeheersing en veiligheid zouden intentioneel en institutioneel onze drive moeten zijn.”*
Jacky L.

Inhoud:

1. Inleiding	4
2 Mind Mapping	7
3. Overzichtstabel	8
4. Toetsingsinstrument	33
5. Aanbevelingen	46
6. Bijlagen	47
7. Inspiratiebronnen	53

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

Welke factoren hebben invloed op agressie en veiligheid en hoe kunnen we ze beïnvloeden?

Dit was de centrale vraag die de directeur patiëntenzorg aan de Projectgroep Aggressiebeheersing stelde.

Om een antwoord te formuleren werd er binnen de projectgroep een werkgroep opgestart met als naam FAV welke verwijst naar de gestelde vraag.

1.2. Belang

Iedereen die zich binnen het psychiatrisch centrum begeeft kan te maken krijgen met agressie.

Dat dit aanleiding kan geven tot gevoelens van onveiligheid is terecht.

Het voorkomen van agressie en deze gevoelens van onveiligheid betekenen echter niet dat we dit zomaar moeten accepteren of er ons door moeten laten leiden.

Ons ziekenhuis wil een veilig en therapeutisch ingesteld centrum zijn waar observatie en behandeling centraal staan.

Dit houdt wel in dat het permanent initiatieven heeft te nemen om deze agressie te beheersen alsook stappen moet blijven zetten om de veiligheid en het veiligheidsgevoel van zijn patiënten, medewerkers, bezoekers en burens te verhogen.

1.3. Doelstelling

Door het geven van informatie en het voorstellen van gepaste maatregelen op het vlak van agressiebeheersing én veiligheid, wil de werkgroep FAV het beleid en zijn medewerkers verder op weg zetten, om op een adequate manier agressie te beheersen en de veiligheid en het veiligheidsgevoel te versterken.

Het ziekenhuis kan dan als zodanig met een welgericht beleid en met de nodige zorg en aandacht van ieder van ons, hier dan ook verder iets aan doen.

Dit nastreven wordt de uitdaging.

1.4. Begripsafbakening

Agressie:

Agressie kan worden omschreven als het gebruik van fysieke of verbale kracht door een agressor onder de vorm van een daad, een gebaar, of een poging die bij het slachtoffer een gerechtvaardigde vrees voor verwonding doet ontstaan, ongeacht of het gaat om fysieke of psychologische verwonding en ongeacht of die verwonding al dan niet wordt uitgevoerd. (Bron FOD; Handleiding "Stop agressie in ziekenhuizen" p10.)

Agressiebeheersing:

Hierbij wordt niet alleen aandacht besteed aan het onder controle houden van jezelf, de agressor en de agressieve situatie; Er wordt ook aandacht besteed aan het voorkomen van agressieve situaties 'an sich'.

Het gaat dus om het herkennen en erkennen van agressie zodat er op een constructieve wijze op kan worden gereageerd. (Bron: Wikipedia)

Veiligheid:

Veiligheid is de mate van afwezigheid van potentiële oorzaken van een gevaarlijke situatie of de mate van aanwezigheid van beschermende maatregelen tegen deze potentiële oorzaken.

Het begrip veiligheid bestaat zowel rationeel als denkbeeldig. Rationeel kunnen er allerlei berekeningen worden toegepast op een situatie om te bepalen of deze veilig is. Daarnaast is er nog denkbeeldige veiligheid. Iemand kan zich veilig voelen maar het rationeel gezien niet zijn en andersom (Bron: Wikipedia)

Risico:

Een risico is de kans dat een schade met een bepaalde ernst zich voordoet. De blootstelling aan een bepaalde risicofactor en de omstandigheden waarin de blootstelling plaatsvindt, zijn belangrijke factoren die het risico bepalen.

Strategie voor risicobeheer:

Er zijn 4 niveaus m.n. opsporen, observeren, analyseren, expertise. Op elk niveau wordt er gezocht naar oplossingen ter verbetering. (bron: FOD Publicatie over veiligheid, ongevallen, vallen... p.7-8)

1.5. Methodiek

Via brainstorming, mind mapping (zie figuur p.7), samenspraak, bevraging op het terrein, het grasduinen in de bestaande databank van de Projectgroep

Agressiebeheersing, wordt informatie ingezameld en wordt volgens "To Do stappenplan" gehanteerd en uitgewerkt.

Ten eerste: Nagaan welke factoren binnen ons ziekenhuis een invloed hebben op agressie en veiligheid.

Daarvoor baseren we ons op het visgraatdiagram (zie figuur p.47) van de Projectgroep Agressiebeheersing. (bron: presentatie projectoverzicht Agressiebeheersing aan Idewe2011)

Ten tweede: Trachten te achterhalen op welke wijze deze factoren beïnvloedt kunnen worden om te komen tot meer agressiebeheersing én veiligheid voor iedereen in het ziekenhuis.

Voor het inventariseren van maatregelen die deze factoren kunnen beïnvloeden maken we gebruik van de 5 preventieniveaus opgesteld door J. De Klerck (bron: Handleiding FOD Stop agressie in ziekenhuizen p. 15 – 21)

Ten derde: Welke aanbevelingen kunnen uit deze inventarisatie prioritaair gedistilleerd worden voor het beleid, opdat zij binnen het ziekenhuis, verdere acties kunnen nemen en ondersteunen, met als finaal doel, de risico's op agressie minimaliseren en de veiligheid van elkeen op de campus maximaliseren.

In een viertal bijeenkomsten wordt alles kritisch besproken en geregistreerd.

De uiteindelijke organisch gegroeide nota wordt dan door voorzitter en secretaris verder afgewerkt tot een blauwdruk. Het geheel wordt vervolgens via digitale weg ter goedkeuring voorgelegd aan de Projectgroep Agressiebeheersing. De e.t. laatste bemerkingen worden in de eindtekst ingebracht.

Daarna zal het document bezorgd worden aan de opdrachtvrager en aan de leden van de Projectgroep Agressiebeheersing voor verder gebruik in eigen werkkring.

1.6. Opbouw van de nota

We onderscheiden drie delen.

Deel1

In deel 1 hanteren we een overzichtstabel.

Deze tabel bestaat uit vijf onderdelen/fiches waarbij elke fiche verwijst naar factoren gezien vanuit een welbepaalde invalshoek.

We onderscheiden: Patiënt gebonden factoren, Personeel gebonden factoren, Werking gebonden factoren, Infrastructuur- en Omgeving gebonden factoren.

Elke fiche wordt verder opgesplitst in vier kolommen.

In de eerste kolom verschijnen de factoren die we belangrijk vinden. In de tweede kolom wordt de beïnvloeding van deze factoren genoteerd. In de derde kolom plaatsen we bijkomende aandachtspunten. De vierde en laatste kolom geeft de lezer/gebruiker de mogelijkheid zelf een toetsing te doen waar hijzelf staat op het vlak van implementatie van zijn eigen agressiebeheersing- en veiligheidsbeleid.

Deel2

In deel 2 ontwikkelen we een toetsingsinstrument dat als een voorbeeld kan dienen voor een eigen uit te werken hulpmiddel.

We maken gebruik van de geïnventariseerde informatie in de overzichtstabel.

We opteren voor het uitwerken van een apart toetsingsinstrument om volgende redenen:

Wilt u iets specifiek weten, dan kan gaan meten misschien helpen, wel wetende dat men niet alles kan meten wat men wil weten.

Daarboven is meten niet altijd correct en een volledig weten. Het kan een zinvolle bijdrage leveren maar dan moet wat je meet ook zinvol en betrouwbaar zijn.

Er bestaan verschillende risicoanalyse instrumenten. Denken we maar aan de Aggressie-Preventie-Checklist (APC) opgesteld door H. Nijman, W. Allertz & J. à Campo.

Zie bijlagen 3 p.49 ter illustratie.

U kunt er ook zelf een samenstellen samen met de medewerkers van de afdeling, dienst of doelgroep. We opteren daar zelf voor.

Het proces dat u doormaakt én doorwerkt met uw collega's naar het uiteindelijke product, in dit geval het ontwikkelende product, zal er mede

voor zorgen dat iedereen van bij de start mee is. Het wordt niet als iets vreemd ervaren. Als er dan nog een klimaat wordt geschapen van "no blame no shame" zal de

betrokkenheid en inzet van hen nog groter zijn. Bijgevolg zal ook de motivatie om daadwerkelijk mee te werken aan acties voor meer veiligheid én een beter

agressiebeheersingsbeleid ter plaatse excellenter zijn. Je creëert naast inspiratie, meer draagkracht én een beter draag-en actievlak.

Eigen kennis, kunde, ervaring, perceptie, is inzichtgevend én inspirerend voor de huidige en toekomstige werksituatie met zijn werk- en omgangsvormen.

Bovendien komen veel duidelijker werkplekgebonden factoren en heel concrete preventie- en curatieve maatregelen aan bod. Stilstaan bij wat er is en wat bij collega's

werkt, stimuleert. De kans dat de meting betrouwbaarder is wordt ook groter dan wanneer men een meetinstrument oplegt. Het zogenaamde "dark number", dit is het

aantal incidenten dat niet gemeld en bijgevolg niet geregistreerd wordt (*Bron: FOD Handleiding "Stop agressie in ziekenhuizen" p29.*), zal lager zijn, in deze context betekenisvol.

Patiënten informatie en participatie wordt in dit proces best gedaan. Waarom niet?

Wie de toetsing zal doen is ook een factor die zijn invloed zal hebben op de resultaten. We opteren voor afname door eigen personeel en gebruik binnen eigen

werksituatie wanneer het gaat over lokale werksituatiegebonden zaken die ter plaatse door eigen team succesvol kunnen opgepakt worden.

Deel 3

In deel 3 zullen we in een doorlopende tekst een aantal volgens ons prioritaire aanbevelingen doen voor het beleid.

We laten ons hierbij inspireren op de zes pijlers van een agressie (beheersing) beleid van het Idewe. (*Bron handleiding bij infosessie m.b.t. Aggressie en schokkende gebeurtenissen op het werk 18 oktober 2011*)

1.7. Algemene opmerking:

We hebben niet de pretentie dat we volledig zijn in onze inventarisatie en aanbevelingen. Andere leden zouden waarschijnlijk nog items onderkennen en nog andere

suggesties doen. Laat het een impuls zijn om mee te denken en te doen. Hoe vollediger en concreter men alles expliciteert, hoe concreter en volwaardiger de

maatregelen/oplossingen kunnen benoemd en uitgevoerd worden hetzij nu, hetzij in de toekomst als bepaalde suggesties nu niet haalbaar zijn.

Laten we ons focussen op wat werkt. Bovendien gaat onze voorkeur in het bijzonder uit naar meer concrete haalbare structurele maatregelen op "werkplek" niveau.

Het onderbrengen van bepaalde data op een fiche betekent niet dat ze niet elders op een ander fiche als relevant zouden kunnen ondergebracht worden.

Alle elementen staan met elkaar in verband en naargelang de eigen specifieke werkcontext kunnen ze daardoor ook anders gehanteerd worden.

Om de complexiteit, herhalingen enz. te vermijden hebben we bepaalde items zo veel mogelijk telkens op een plaats ondergebracht.

U laten leiden door het Smartprincipe (specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch, tijdsgesloten) zoals we wel eens horen in St.-Kamillus is betekenisvol zeker als men

effectief wenst over te gaan tot, het meten met, het opstarten van, het toepassen bij, enz.

Cruciaal, zeker in de voorafgaandelijke gespreksvoeringen op de verschillende hiërarchische niveaus vinden we het echter belangrijker dat men zich passioneel,

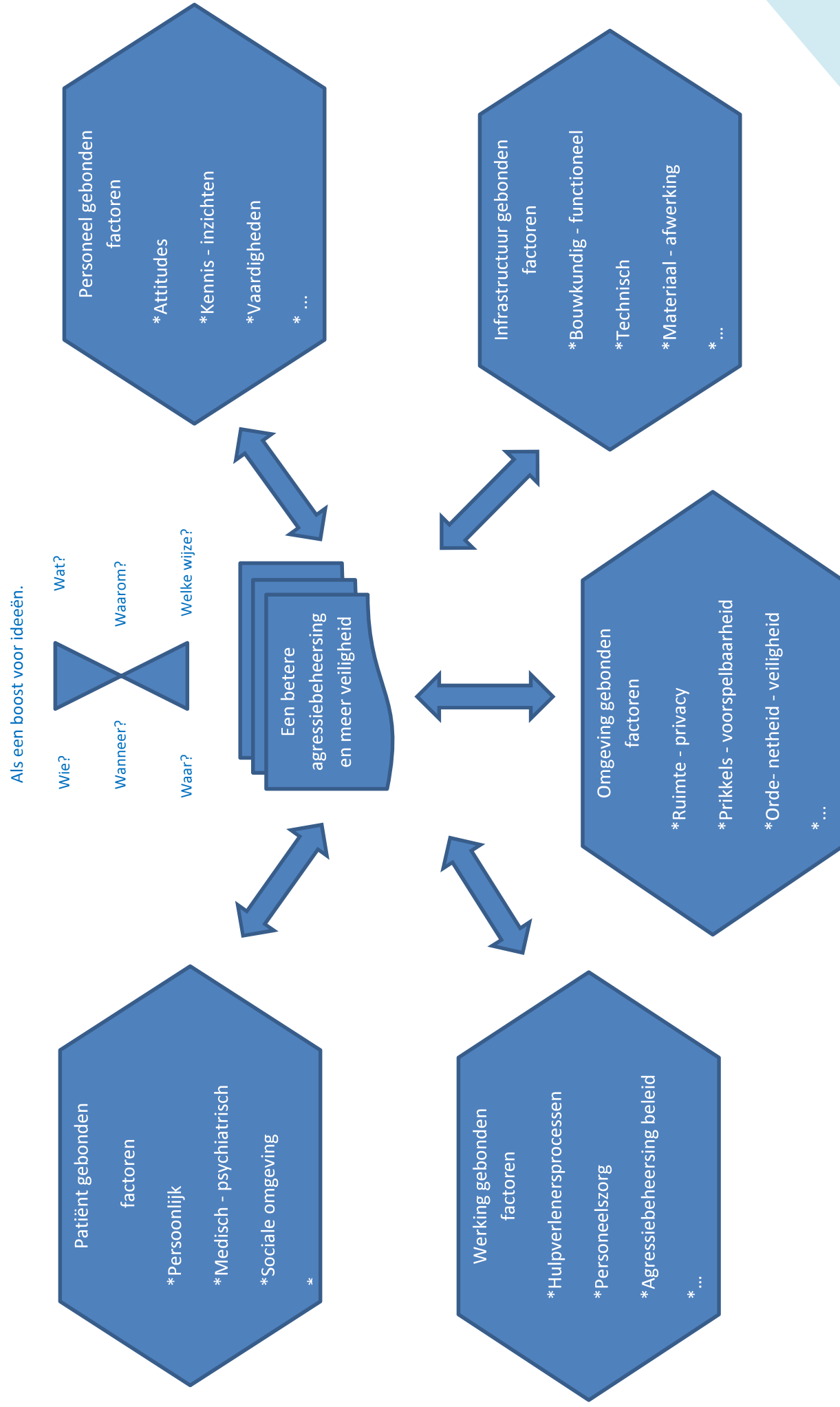
enthousiasmerend laat leiden door het "Amoreprincipe"

"Amore" wat in deze context Ambitieuus, motiverend, onderscheidend, relevant, echt, betekent.

We wensen het toe aan iedereen

Veel "Amore"

2. Mind Mapping



3. Overzichtstabel

2.1. Patiënt gebonden factoren

Factoren	Beïnvloeding	Aandachtspunten	Maatregelen? ☐ ja ☐ nee
Gedrag en functioneren m.b.t. stress en agressie, de aanwezige problematiek voor opname, al of niet verzwaaard door persoonlijkheid en aanwezige psychopathologie	Via de PDSA- methode: (Plan, Do, Study, Act.) Bezie regelmatig kritisch heel dit gebeuren van onthaal t.e.m. nazorg. Ga na welke verbeteringen u kunt doen in heel dit traject. Voer de verbeteracties door, evalueer en stuur bij. Via het sturen en toepassen van intake, opname en behandelingsbeleid. Via het afstemmen van het zorgaanbod op de zorgvraag. Via het hanteren van een alternatieve behandelingscontext intra-en of extramuraal. Via adviezen externe experts op dit terrein.	Vanaf het eerste contact moet elke ziekenhuiswerker onthaalvriendelijk, vlot en professioneel zijn. Doe eens een rollenspel en ervaar eens wat patiënt zijn kan betekenen als hij zich aanmeldt, als hij toekomt voor intake of opname in het ziekenhuis. Artsen, opname- en teamcoördinatoren hebben bij de intake (problematiek) en later samen met het ontvangende team bij het opnamegebeuren (praktisch onthaal, dag, tijdstip) een cruciale rol te vervullen. Een vraag die men zich dan ook moet stellen is: Kan het zorgaanbod op dat ogenblik afgestemd worden op de gestelde zorgvraag op dat ogenblik? Vanaf aanmelding, intake, opname, doorverwijzing, nazorg, is een maximaal haalbare betrokkenheid van patiënt en zijn omgeving noodzakelijk, steeds rekening houdend met de eigen zorgvraag, persoonlijkheidsstructuur, functioneringsniveau, aanwezige competenties, en gestelde gedrag. Voorzien we overgangen in het zorgproces? Zo ja wanneer? Voorzorg, residentiële zorg, dag en of nachthospitalisatie, alternatieve zorg, nazorg?	
De omgeving/het landschap/de voorziening/de thuissituatie van de patiënt	Via de PDSA-methode. Moet men met bepaalde zaken rekening houden? . Kunnen of moeten anderen personen of hulpverleningsinstanties ingeschakeld worden opdat de patiënt zich meer op het door te lopen zorgproces kan richten? . Via informeren en activeren van deze derden.	Bevraging voor en bij opname is van groot belang. Wordt er voor de naastbestaanden gezorgd. Indien nodig, zijn er nog instanties die gewaarschuwd moeten worden. Familie, bureu, mantelzorgers, financieel beheerders, vertrouwenspersonen enz. Vele onooglijke zaken kunnen belangrijk zijn opdat een patiënt zich niet alleen aanwezig kan stellen maar er ook kan zijn.	
De leefgewoonten	Zie voorgaande.	Zie voorgaande. Welbepaald taalgebruik en omgangsvormen zijn in sommige leefsituaties/milieus meer normaal dan in andere situaties en moeten dan ook niet als agressief beoordeeld worden. Voedingsgewoonten en de bijsturing (denk aan metabool syndroompreventie) kan een bron van agressie zijn. Doe aan educatie en participatie. Idem voor roken. Waar?, wanneer?, hoeveel?... Uit observaties en via het lezen van o.m. binnenkomende MBG's stellen we vast dat een aantal verstoringen, conflicten en agressie beginnen te ontstaan	

		juist rond deze vrij nieuwe aandachts- en actievelden waar de hulpverlener (lees hier gezondheidswerker) ook meer en meer rond bezig is.	
Ziekte-inzicht	Via psycho-educatie.	Alle disciplines die rond de patiënt staan kunnen hier een rol vervullen. Zorg dat je professioneel mee bent. In het digitale tijdperk zijn patiënten en naastbestaanden niet alleen meer mondig maar weten ze soms ook meer over hun ziekte door o.a. tijdschriften en internetgebruik. "Wetende onwetende en onwetende wetende"? Wees eerlijk: "gênant, ambetant, irritant, agressief"? hoeft niet. Ga er rustig en professioneel mee om. Als hulpverlener kun je uzelf ook via deze weg permanent verder informeren. En waarom niet samen met de patiënt op de professionele betrouwbare websites informatie en inzichten inwinnen.?	
Frustratie(tolerantie)	Via detectie, registratie, analyse, van onvervulde behoeften, zorgen om familie, thuissituatie, werk gevolgd door inbreng van eigen expertise m.b.v. de PDSA-methode.	Agressiebeheersing en preventie van frustratieagressie kunnen indien nodig centraal staan in het opstellen van een individueel hulpverleningsplan.	
Conflicthanteringsstijl	Via screening antecedenten. Via observatie en bespreking: Ga in deze situatie, de bereidheid tot samenwerken na. Via afstemming van de beïnvloedingstrategie op deze stijl, situatie: Overleggen, onderhandelen, overtuigen, of afdwingen. Via informatie en feedback: Werken aan zelfkennis, betere omgangsvorm.	Conflict als resultaat van de communicatie over en weer tussen personen met uiteenlopende meningen, waarden, doelen. Hanteer een volwassen houding, wees luisterbereid, houdt rekening met... tracht oplossingsgericht te denken en te handelen. Soms kan een compromis of iets van tijdelijke aard soelaas bieden.	
Mondigheid	Via aangepaste communicatiemiddelen: Verbaal, non-verbaal, visueel...	Bezie mondigheid als een troef en van belang in participatie. Blijf ook oog hebben voor minder mondige patiënten. Ze hebben gelijke rechten en verdienen evenveel onze aandacht.	
Basisveiligheid, vertrouwen	Via de aanwezigheid, beschikbaarheid en correcte functie-uitoefening van iedereen.	Vertrouwen moet je verdienen. Je rol, functie of statuut zijn niet voldoende.	
Achterdocht, angst, vijandigheid, onrust	Via detectie, registratie, analyse en gepaste expertise inbreng m.b.v. de PDSA-methode.	De medewerkers op het terrein en vooral de individuele begeleiders hebben hier een belangrijke rol te vervullen. Ga ook na wat de mogelijke betekenis/oorzaak is.	
Rust	Via het inbouwen in de dagstructuur.	Eenpersoonskamers en eenpersoonszetels reduceren het aantal interacties.	

	Via de organisatie van de continudienst. Via het voorzien in de infrastructuur. Een- of meerpersoonskamers, zetels...	Ze krijgen de voorkeur. Voldoende rustplaatsen en zetels ook voor patiënten in dag hospitalisatie. Hou hier in de programmatie van het aanbod rekening mee.	
Privacy	Via infrastructurale en organisatorische maatregelen. Via Basishouding en wijze van hulpverlening.	Het respecteren van privacy geldt voor iedereen ongeacht zijn functie of taakuitoefening op dat moment. Dat het soms moeilijk is dit te respecteren is zo. Communicatie daarover met de betrokkenen is echter nodig.	
Autonomie/verantwoordelijkheid	Via patiëntparticipatie in eigen zorgplan en het afdelings- en ziekenhuisbeleid. Empoweren waar kan.	Er wordt nog te weinig beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid, autonomie en ervaringsdeskundigheid van de patiënten zelf. Het zijn ook vooral zij die aan “de lijve” ondervinden hoe veilig een ziekenhuis, afdeling, een medepatiënt, een behandeling is.	
Omgaan met regels/afspraken	Via communicatie individueel en of in groep streven naar een (steeds) akkoord van patiënt. Via het regelmatig in vraag stellen van de zin van “deze of gene” regel/afpraak. Via je grens bepalen, ze communiceren en ze toe te passen indien noodzakelijk. Wees consistent.	De onthaal- en opvolgingsfunctie is cruciaal. Er bestaan individuele afspraken en collectieve, “gemeenschap” gebonden afspraken. Ga na of de regels en afspraken conform zijn met datgene wat men beoogt in het behandelplan. Staan ze er ook in? Is het ook van toepassing voor die individuele patiënt én in die specifieke omstandigheden? Wordt het niet tijd dat we trachten de afdelingsregels drastisch te verminderen. Veel agressie wordt juist uitgelokt over onenigheid over deze zaken zowel bij patiënten als bij hulpverleners. Inspraak en afspraak individueel en in groepsverband voorkomt veel verstoring.	
Sociale vaardigheden Gebrek aan...	Via detectie, bespreken, terugkoppelen. Via het mee zoeken naar meer correcte omgangsvormen. Via het aanleren van meer sociaal aanvaardbare omgangsvormen ...	Respectvol, beleefd, luisterbereid, assertiviteit, correcte omgang met taal, kritiek, stress, zijn vaak conflict vermijdende vaardigheden in het sociale verkeer.	
(Beweging)vrijheid	Via opmaak van een uitgangsregeling.	Wees inventief en creatief. Laat het proportionaliteitsprincipe gelden bij overtreding. Voldoende bewegingsvrijheid reduceert of voorkomt agressie.	
(andere) Levensbehoeften	Via screening op de verschillende levensdomeinen en expertise inbreng m.b.v. de PDSA-methode indien wenselijk.	Ga er a priori van uit dat dit heel verschillend is van patiënt tot patiënt. Denk niet in zijn plaats en bepaal ook niet direct in zijn plaats wat belangrijk is. Vooraf bespreken voorkomt veel spanning en de uit spanning voortvloeiende agitatie/agressie.	
Motivatie tot behandeling/verwachtingen/veeleisendheid	Via afstemming beschikbare zorgaanbod op de gestelde zorgvraag.	Wees duidelijk en zo volledig mogelijk in uw communicatie al vanaf het begin. Streef naar een informed consent met patiënt en medebetrokkenen.	

	Via de PDSA-methode.	Creër zelf geen valse verwachtingen. Actief luisteren is hier op zijn plaats. Gebrek aan motivatie kan ook liggen aan een gebrek aan informatie of zorgaanbod.	
Verveling	Via uitbouw van aangepast activiteiten programma naast het therapeutisch programma door afdeling en ondersteunende diensten om verveling tegen te gaan.	Vermijdt een centraal vrijetijdsaanbod als er normaliter therapeutische programma's lopen. Richt u meer op vrije dagen, brugdagen en weekends. Zorg ook voor een goede overbrugging van een sessie naar een volgende sessie. Plan ook een aanbod na de kantooruren. Het is vaak op deze momenten dat de verveling toeslaat en aanleiding geeft tot conflicten. Uit MBG's kun je dit duidelijk afleiden.	
Geïnformeerd/betrokken	Via informeren en betrekken van de patiënt en zijn naastbestaanden over wat er met hem of haar rondom hem of haar gebeurt. Via groep-infomomenten Via brochures, visualisering met pictogrammen...	Wees correct en check of de informatie begrepen is. Ga na of het nodig is dat je informatie frequenter herhaalt "om mee te zijn". Ga na of het hem/haar gaat lukken wat je van hem/haar vraagt. Ga ook na wie, van welke informatie op de hoogte moet zijn. Bekwaam u ook in het voeren van een slecht nieuwsgesprek. Het achterhouden van informatie gaf in het verleden meermaals conflicten.	
Middelengebruik	Via voorlichting, bevraging opsporingsdetectie. Gevolgd door een aangepast hulpverleningsaanbod.	Wees op uw hoede. Middelenmisbruik kan de ernst van de psychiatrische problematiek verzwaren. Patiënten onder invloed reageren anders en meestal ook heviger bij frustratie, bij spanning, bij conflict. Vaak is er interferentie met medicatie.	
Medicatiegebruik en medicatietrouw	Via toetsing en proactief ageren: Voorlichting, inspraak, participatie, motivatie bevorderende gesprekken, opvolging.	Heeft de patiënt de gepaste medicatie. Het voorschriftgedrag van de arts wordt mede bepaald door de verkregen informatie en communicatie van medewerkers in het observatie- en behandelproces. Medicatieontrouw is bekend en komt frequent voor. Ga niet in de aanval maar zoek met patiënt en naastbestaanden op welke wijze medicatie inname toch kan gecontinueerd worden zonder dat er spanningen of conflicten over moeten ontstaan. Ga in bespreking mogelijke nevenwerkingen niet uit de weg.	
Gevoelig voor orde en netheid in omgeving	Via de plan do study act methode. Via inzet van de beschikbare middelen rekening houdend met de vervuilingsgraad/tijdstip.	Een dienstverlenende instantie kan gecontacteerd worden. Ga na wat je zelf kunt doen om je werkomgeving en de verblijfsomgeving van de patiënten ordelijk en net te houden.	

2.2. Personeel gebonden factoren

Factoren	Beïnvloeding	Aandachtspunten	Maatregelen? ☐ ja ☐ nee
Kennis, kunde, perceptie en attitudes Potentieel aanwezige competenties	Via excellent aanwerving- en personeelszorg beleid in al zijn facetten. Via het voeren van een competentie management. (competenties detecteren, ontwikkelen, versterken)	Competenties zijn ontwikkelbare vermogens van mensen om in voorkomende onveilige situaties op adequate, doelbewuste en gemotiveerde wijze, proces- en resultaatgericht te handelen. Het uit zich in gedrag dat zichtbaar en functioneel is. Illustratief: Voortgangsrapportage in Regas na WE Belang van formele punt (ok – niet ok). Belangrijke rol voor afdelingshoofd.	
Professionele ontwikkeling	Via informeren. Via vorming. Via sturing. Via coaching. Via mutatie.	Kennis van o.m. psychopathologie, agressiebeheersing, omgang met stress, interventietechnieken, observeren en rapporteren, interdisciplinair samenwerken, omgang met crisissituaties, zijn in deze context relevant. Een Agressiebeheersingscoach en VTO-werking hebben naast de verantwoordelijken van afdeling en doelgroep ook een belangrijke rol te vervullen in het detecteren, faciliteren, organiseren van gepaste vorming met aandacht voor kennis, vaardigheden en attitudes. Kort op de bal spelen hoort daar ook zeker bij indien teamlid tekort schiet.	
Professioneel functioneren	Via opvolgings- bijsturing- en functioneringsgesprekken.	Het doel moet zijn het functioneren zelf en de onderlinge samenwerking verbeteren.	
Professioneel presteren	Via evaluatiegesprekken en een uitgetekend evaluatiebeleid.	Er zijn mensen die minder goed presteren. Het professioneel presteren en de competentieontwikkeling wordt beoordeeld.	
Professionele houdingen	Via observatie, communicatie, feed back, aanmoediging, ondersteuning, sturing, complimenteren, coaching, bijsturing, bij te kort schieten en of het vertonen van onaangepast gedrag. Via bijscholing en trainingssessies.	“80% van een goede preventie en interventie heeft te maken met basisattitude, welke verwijst naar hoe denkt, voelt en reageert hij? M.b.t. tot agressiehantering moet deze houding gekenmerkt zijn door respect, bespreekbaarheid, neutraliteit, win –win, afstand en nabijheid, bekrachtiging, pro-activiteit. (bron informatie nota Accare Noord Nederland) Personeelsbeleid begint op de werkvloer.	
Draagkracht	Idem voorgaande. Via het zoeken en geven van aangepast werk.	Indien men draagkracht niet kan verhogen of de werklust niet kan verlagen, mutatie of in uiterst geval beëindiging van arbeidsovereenkomst.	
Omgang met patiënten	Via het benadrukken en responsabiliseren van de specifieke rol van individuele begeleiders. Via rekening te houden met de persoonlijkheid en competenties van de begeleider bij de	Het empoweren van de patiënt rekening houdend met zijn resterende mogelijkheden en zijn eigen wensen is een basisomgangsvorm. Het is ongeschreven maar geweten dat in elk team men heel snel kan bepalen welke patiënt het best door wie gevolgd wordt.	

	patiënttoewijzing.	Het zgn. "het klikt systeem."	
Persoonlijke normen	Via observatie en aanspreken indien gedrag en taal indruisen tegen het algemeen gedragen normbesef over wat kan/niet kan.	Indien het professioneel functioneren onvoldoende is en bijsturing niet lukt, moet men de beroepsernst hebben om te overleggen hoe nu verder. De overeengekomen professionele norm is standaard.	
Beroepsernst en zorgvuldigheid	Via observeren, en het aanspreken voor gedragsverandering bij te kort schieten. Gedrag evalueren, bilan opmaken, beslissen.	Er zijn medewerkers die o.m.de vorming te licht opnemen. Berispingen bij hardnekkig verzet of te kortschieten moeten kunnen. Bilan opmaken en conclusies trekken.	
Probleemgerichte sensibilisering	Via observatie, communicatie, feed back, aanmoediging, ondersteuning, sturing, complimenteren, coaching, bijsturing bij te kort schieten en of het vertonen van onaangepast gedrag. Via bijscholing en trainingssessies.	Inclusief meldcultuur. Zie ook nota van de werkgroep ethiek over hoe omgaan met tekortkomingen van medewerkers/collega's... Zie intranet.	
Opgedane ervaringen bij agressie Betrokkene, "agressor", slachtoffer	Idem voorgaande. Via activeren slachtoffer-bejegening, opvang.	Opvolging blijft geboden.	
Vaardigheden Sociale omgangsvormen	Via observatie, communicatie, feed back, aanmoediging, ondersteuning, sturing, complimenteren coaching, bijsturing bij te kort schieten en of het vertonen van onaangepast gedrag. Via bijscholing en trainingssessies.	Respectvolle bejegening, betrokken, luisterbereid, assertiviteit, correcte omgang met taal, kritiek, stress, zijn vaak conflict vermijdende vaardigheden in het sociale verkeer. Deze vaardigheden deze gelden ook voor de hulpverlener.	
Frustratie(tolantie)	Idem voorgaande.	Indien het professioneel functioneren onvoldoende is en bijsturing niet lukt, moet men de beroepsernst hebben om te overleggen hoe nu verder.	
Stressbestendigheid	Idem voorgaande.	Omgaan met werkdruk, tijdsbesteding. Idem voorgaande.	
Conflictbanteringsstijl	Idem voorgaande.	Idem voorgaande.	
Communicatie(stijl)	Idem voorgaande.	De communicatie moet correct, begrijpbaar en aansluiting vinden bij de patiënt. Verbale én non verbale communicatie hebben een effect. Idem voorgaande.	

Interdisciplinair teamwerk	Via uitwerking van back-upregelingen Via een verdere afstemming/bepaling van het aantal personeelsleden voor een ondersteunende aanwezigheid of beschikbaarheid: in continuïteit, in activiteiten, in diagnostiek, in therapie.	Hierbij rekening houdend met: enerzijds werkdruk, draagkracht zorgopdracht. anderzijds met het aanwezige aanbod op ziekenhuisniveau, de back up mogelijkheid van collega's van de afdelingen die in hetzelfde gebouw liggen, van de afdelingen in de nabije omgeving, van de nabije en verdere omgeving via PBS, 900.	
Flexibiliteit in werken met regels	Via informatie, observatie, communicatie, feed back, ondersteuning, sturing, complimenteren, coaching, bijsturing bij te kort schieten en of het vertonen van onaangepast gedrag. Via bijscholing en trainingssessies.	A en A' kunnen uitleggen.	
Detecteren van signalen	Idem voorgaande.	Indien het professioneel functioneren onvoldoende is en bijsturing niet lukt, moet men de beroepsmen hebben om te overleggen hoe nu verder.	
Werken met familie	Idem voorgaande.	Idem voorgaande.	
Inzichten Verband psychopathologie & agressie	Via vorming op het terrein en via bijscholing.	Inzicht, kennis en kunde over psychiatrische problematiek, afstemming verwachtingen, frustratie en agressie zijn heel belangrijk.	
Beschermingsmaatregelen	Via training en kennis en kunde wanneer toepassen op welke wijze.	Altijd moet men oog hebben voor volgende zaken: De interventie moet legaal, humaan, proportioneel, veilig en algemeen toepasbaar zijn.	
dwangmaatregelen	Via informeren en reflecteren over de bestaande en toekomstige, mogelijke alternatieve toepassingen in het praktijkveld.	Dwang pas je niet zomaar toe. Het moet gedragen worden door het team en er is geen alternatief voorhanden. Het ontstaan van een traumatische ervaring ten gevolge van dwang is reëel. Preventie en een versterking van de zoektocht naar alternatieven blijft geboden.	
Interventietechnieken	Via training en kennis en kunde opdoen over wanneer toepassen en op welke wijze.	Altijd moet de interventie legaal, humaan, proportioneel, veilig en algemeen toepasbaar zijn.	
Omgaan met stress en agressie, crisissen	Via vorming in het werkveld en via bijscholing.	Preventief werken: Slecht nieuws, drugscreening, andere. Verantwoordelijken stellen deze cursus als verplicht te volgen.	
Oog voor orde en netheid	Idem voorgaande.	Vele patiënten hebben een enorme gevoeligheid voor orde en netheid in een omgeving waar zij toch 24u op 24u verblijven. Zie o.a. tekst over herstelzorg. waar ex-patiënten aan het woord komen.	

2.3. Werking gebonden factoren

Factoren	Beïnvloeding	Aandachtspunten	Maatregelen? ☐ ja ☐ nee
Het onthaal	Via aandacht hiervoor bij aanwerving van personeel Via een vorming en training. Via evaluatie en bijsturing.	Vriendelijk, betrokken, correct, vlot, professioneel. Agressiebeheersing, veiligheid en een veiligheidsgevoel start vanaf het eerste contact.	
De Intake	Zie ook voorgaande. Via grondige bevraging en bespreking van probleem en zorgvraag, informatie vergaren en verstreken. Via toetsing zorgvraag aan zorgaanbod, nagaan of we iets voor deze persoon kunnen doen. Zo ja wanneer, waar en op welk tijdstip? Zo neen welke informatie verstrekken we om deze persoon op een gepaste manier door te verwijzen.	Zie ook voorgaande Professioneel gezien: Juiste afdeling voor de patiënt? Juiste patiënt voor de afdeling? Juist moment? rekening houdend met aanwezig zorgaanbod, therapeutisch kader, huidige werkbelasting, draagkracht, problematiek, bezettingsgraad nu én op jaarbasis, infrastructuur, ... Als we verwijzen hebben we telefoonnummers, adressen, folders, websites, contactpersonen, instanties enz. beschikbaar.	
Het opnamegebeuren.	Zie ook voorgaande. Via een goede planning en afstemming met alle betrokkenen van het opnamemoment. Via het volgen van de gepaste procedure: Nauwgezet, goed en zo volledig mogelijk, rekening houdend met de specifieke vragen en wensen die patiënten en naastbestaanden op dit moment nog hebben. Via het afspreken met een individuele begeleider die vanaf het begin mee met deze patiënt op weg kan gaan.	Voorstel is het opnamemoment vooraf te plannen op een weekdag tijdens de kantooruren. Er is dan meer personeel aanwezig en de ondersteunende diensten zijn nog open. Denk hierbij o.m. aan: Aanwezigheid van een arts, het nog open zijn van administratie, apotheek, polikliniek, therapeutische diensten. En last but not least: Elke opname verstoort de dagelijkse gewone gang van zaken. Wil je de patiënt ook als persoon kunnen ontvangen én tijd maken voor hem/haar, dan moet je dit trachten in te plannen. Hij moet verwacht worden en niet "komen storen" in onze dagelijkse professionele beslommeringen. Allemaal onnodige stress en verstoring met soms gevolgen op vlak van "agressie"-conflictheersing. Creëer ruimte voor dat ouderwets klinkende, maar toch nog betekenisvolle begrip van menselijkheid in onthaal, opvang en omgangsvorm. Is de opname urgent? Een gedwongen opname wordt afgehandeld volgens de verplichte en gekende procedure. Geen uitstel. Geen gedwongen opname maar wel een crisis? Verwijzen we door naar een Paaz of nemen we toch op? *Is het tijdens de kantooruren dan houdt men er rekening mee dat de afdeling waar de patiënt wordt opgenomen, deze patiënt dan ook kan ontvangen op een behoorlijke wijze. *Is het een vraag tot opname buiten de kantooruren met minimale aanwezigheid van bestaaffing? Kan de opnameprocedure toch starten? Hoe gaan we er mee om? Overleg! Het voorstel is alle opnames tijdens de kantooruren te laten plaatsvinden tenzij het gaat om gekende patiënten, gekende problematiek én met voldoende bestaaffing en	

		draagkracht om deze patiënt en al de andere aanwezige patiënten goed op te vangen. Het ziekenhuis zorgt er bijgevolg voor dat zeker de opnameafdeling, waar gedwongen als crisisopnames moeten plaatsvinden, deze voldoende grootschalig is om zo met voldoende gekwalificeerd personeel, 24u op 24u, patiënten met een grote verscheidenheid aan problematiek op te nemen en dit op een veilige en professionele manier, zowel op weekdagen als in het weekend. Een kleine opnameafdeling is gedoemd om problemen te krijgen zowel naar draagkracht als naar werkbelasting. Wat dan een voedingsbodemp is voor stress, spanningsopbouw, onveilige situaties, conflicten. De verhouding aantal opnamepatiënten versus noodzakelijk aanwezig personeel is met de huidige normgeving en financiering niet te doen in een kleine unit, tenzij ten koste van andere afdelingen. Kies bijgevolg voor kleinschaligheid binnen grootschaligheid.
Het zorgproces	Via een professionele werking en maximale patiënten participatie.	Een professionele werking is vanaf aanmelding-intake-opname, doorverwijzing en nazorg, onthaalvriendelijk, vlot, correct en deskundig, met maximale betrokkenheid van patiënt en zijn omgeving hierbij rekening houdend met zijn eigen zorgvraag, persoonlijkheidsstructuur, functioneringsniveau, aanwezige competenties, gestelde gedrag in stresssituaties. Bijzondere aandachtspunten in het zorgproces zijn: * Een goede informatievergaring, samspraak in de mate dat het kan en kennisgeving aan alle betrokkenen vanaf het begin: Hebben we genoeg informatie over de voorgeschiedenis en zorgvraag? Kunnen we iets doen?, Is het de geschikte afdeling? Is moment geschikt voor opname of doorverwijzing rekening houdend met beschikbaar aanbod, aanwezige problematiek (negatieve interacties?, overbelasting/draagkracht?) en behandelingsklimaat?. *Is er een risicoanalyse nodig i.f.v. veiligheid/bescherming betrokkenen? Werken we voor deze patiënt misschien best met signaleringsplannen? Welke elementen haalt hij zelf aan als voorbodes van agressie en wat stelt hij/zij voor om deze agressieopbouw te reduceren of te stoppen? * Heeft de patiënt weet van afdelings- en individuele afspraken over gewenst en ongewenst gedrag?. * Zijn of moeten er beschermingsmaatregelen besproken en of al getroffen worden?. Heeft patiënt en andere betrokkenen er weet van, zijn ze al of niet akkoord? (informed consent). * Heeft patiënt inspraak wie zijn individuele begeleider gaat zijn en wat is de te volgen weg als het niet klikt? * Het zorgproces regelmatig in vraag stellen en dit met alle betrokkenen: Is het probleem juist geformuleerd? Zijn onze observaties, diagnostiek, therapieën, ingestelde leefklimaat-en beschermingsmaatregelen nog adequaat? Checken we dit? Is er nog maximale participatie van patiënt en derden enz.?

		* Doen we aan psycho-educatie en begrijpt de patiënt en zijn naaste omgeving het? Bouwen we overgangen in of niet in het proces van verzorg, residentiële zorg inclusief dag en of nachthospitalisatie, nazorg? Het gebruik maken van een opname-, een tussentijdse- en een ontslagchecklist, kan hierbij een hulp zijn. Het ondersteunt een planmatige werking. Het visualiseert een mogelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling. Het is een controle, opvolging- en communicatiemiddel. Hebben we gedaan wat moest gedaan worden? Het draagt zo mede bij tot meer veiligheid en een groter veiligheidsgevoel tenminste als de zorgvuldigheid en beroepsernst in acht genomen wordt.	
Procesmatige benadering (PDSA)	Via het stimuleren, bevorderen en complimenteren van deze wetenschappelijk ingestelde houding, werkwijze en cultuur in zowel de zorgverlening als in de beleidsvoering. "Plan, Do, Study, Act" Via het hanteren van deze methode door leidinggevenden en medewerkers in hun dagelijkse werking wordt het gebruik veralgemeend, ook voor nieuwe medewerkers wat de werking kwalitatief beter maakt.	Doe dit op alle niveaus. De PDSA- houding en benadering zou een eigenschap moeten zijn bij elk personeelslid in St. Kamillus en dit ongeacht zijn rol, functie of statuut. Op het terrein van reflectie, preventie en interventie kan nog veel gedaan worden. Deze methode kan daarbij helpen zowel in individueel als in groepsverband. Deze werkwijze geldt absoluut voor het reflecteren en het nemen van maatregelen preventief en curatief op het vlak van agressiebeheersing en veiligheid. De projectgroep Agressiebeheersing en zijn werkgroepen ad hoc, maakt er gebruik van. De verantwoordelijken van elke zorgafdeling en doelgroep kunnen ook nagaan welke verbeteringen binnen het gehele zorgproces kunnen doorgevoerd worden daarbij heel expliciet rekening houdend met agressiebeheersing en veiligheid.	
Patiënten- informatie en participatie	Via explicatie in visie, identiteitsverklaring, medewerkers informatie Via aandacht bij selectie van personeel. Wil men dit gedachtengoed integreren en toepassen?. Via een goede vorming en training. Via evaluatie en bijsturing.	Dit gedachtengoed moet geïntegreerd zijn in houding en praktijkvoering Informeren van patiënt verlaagt onzekerheid en kans op agressie Streef naar maximale betrokkenheid van patiënt en naastbestaanden.	
De zorgvraag en aanwezige competenties	Via bevraging en bespreking: nagaan of aan zorgvraag wordt voldaan of kan voldaan worden. Via gepast proactief reageren	Dit kan op elk moment in het zorgproces. Goede observatie en communicatie geven meestal een snelle detectie. Als patiënt al vooraf heeft aangegeven wat kan helpen als hij het moeilijk heeft dan kan hier mee rekening gehouden worden.	
Maximale betrokkenheid van patiënt en omgeving	m.b.v. de PDSA-methode.	Ga na wat kan en wat gewenst is. Geef ruimte voor autonomie in zijn en handelen. Patiënten kunnen soms meer dan we denken. Ze wensen het soms ook anders dan wij wensen, of zouden doen. Dit hoeft niet noodzakelijk een probleem te zijn. In MBG-analyse komt dit thema regelmatig aan bod. Agressie omwille van het anders wensen te doen. Indien geen probleem waarom niet toestaan?.	

Doelmatig behandelen	m.b.v. de PDSA-methode.	Observatie en behandeling lopen niet altijd naar wens. Bovendien is men meer en meer resultaatgericht. Een goede informatie en psycho-educatie kunnen daarbij helpen voor patiënt en naastbestaanden. In tijden van kostenbesparing moet ook de vraag gesteld worden welke patiënt? op welke afdeling? voor hoe lang? voor welke behandeling? tegen welke kostprijs? met welk te verwachten resultaat?
Voldoende therapeutisch- en vrijetijdsaanbod.	Via de PDSA-methode: Eerst afstemming van therapeutisch zorgaanbod op gestelde zorgvraag. Vervolgens invulling en aanbieding van een gewenst vrijetijdsaanbod. Centraal en decentraal georganiseerde activiteiten aangepast aan de wensen en noden van de zorgvragers in aangepaste accommodatie.	De zorgvraag/therapeutisch aanbod: Ten eerste probeer de gewenste kwaliteit van zorg in kaart te brengen. Ga vervolgens na of het bestaand zorgaanbod daaraan tegemoet komt. Zo ja ok: Communiceer, organiseer, evalueer en stuur dit bij. Zo neen communiceer. Ga vervolgens na wat de barrières zijn. Kunnen deze opgeheven worden? zo ja volledig? Ok voor uit. Zo neen: Wat kan niet? en waarom kan dit niet? Wat is het alternatief? Bespreek en communiceer dit met patiënt en naastbestaanden. Kan men verder of zoekt men best elders. Het vrijetijdsaanbod: Vermijdt een centraal vrijetijdsaanbod als er normaliter therapeutische programma's lopen. Richt u meer op vrije dagen, brugdagen en weekends. Zorg ook voor een goede overbrugging van een sessie naar een volgende sessie. Voorzie een aanbod op maat. Let op met het al of niet gewenst zetten van druk. Te veel activiteiten/ stimuli kan juist agressie uitlokkend zijn. Te weinig idem. Zie verveling.
Bezoekregeling.	Via PDSA –methode: Breng in kaart wie op bezoek komt. Wie niet komt en toch best komt. Wie best niet of niet komt. Werk dit uit met patiënt en direct betrokkenen. Ga na welke acties ondernomen moeten worden en naar wie. Via het toepassen van een faciliterende rol. Via het zo soepel mogelijk hanteren van bezoeken maar dan voor gepaste momenten en dit voor elke betrokkene in het hulpverleningsproces.	Laat elke afdeling zijn eigen bezoekregeling uitwerken. Stop met standaard bezoeken voor heel het ziekenhuis. Bezoek op afspraak creëert ruimte voor een beter onthaal en geeft mogelijkheden om e.t. zaken individueel te bespreken. Laat verwachte mogelijks “moeilijke” bezoeken plaatsvinden op weekdagen en tijdens de kantooruren. Planning en tijd vrij maken wordt dan ook makkelijker. Je vermijdt ook de verstoringen als er ander bezoek dan aan de deur staat of zich in de bezoeksruimte bevindt.
Bestaffing	Via een planningsinstrument gebaseerd op voor het ziekenhuis vooraf bepaalde criteria die richtinggevend zijn. Via de PDSA-methode bijsturen indien nodig. Via aanpassing van dienstroosters indien dit noodzakelijk is.	Een oefening die gedaan én zelfs op regelmatige basis herdaan moet worden is de bepaling “Wat is een haalbare, normale bestaffing hierbij rekening houdend met de beschikbare middelen, de gevraagde zorgopdracht, de concrete draagkracht, werkbelasting op de tewerkstellingsplaats zelf, de back up mogelijkheid van collega's elders in het ziekenhuis?”. Een normale haalbare bestaffing in de huidige context wordt bepaald door de plaatselijke

		verantwoordelijken i.s.m. de betrokken doelgroep coördinator en directeur patiëntenzorg. Concreet wordt daarbij ook afgesproken wat het normale minimum is in geval van nood/verstoring in de staffing van de continuïteit. De vooraf afgesproken minimale staffing kan bij momenten wel eens onder het minimum zijn als de werkdruk acuut toegenomen is of als de draagkracht te laag is. Het is de verdomde plicht op dat ogenblik na te gaan welke e.t. tijdelijke meer haalbare staffing of interventie moet gebeuren op korte of middellange termijn. Een betere staffing wil dan ook niet steeds zeggen meer personeel. Soms is dat zo.	
Teamwerk		Er dient hierbij ook rekening gehouden te worden met: enerzijds werkdruk, draagkracht zorgopdracht. Anderzijds met het aanwezige aanbod op ziekenhuisniveau én de back up mogelijkheid van collega's van de zorgseenheden die in hetzelfde gebouw liggen, van de collega's van de afdelingen in de nabije omgeving, van de collega's in nabije en verdere omgeving via PBS, 900.	
De aanwezigheid, de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van personeel		Zorg niet alleen voor een aanwezigheid. Zorg dat er personeel vaakzaam aanwezig, bereikbaar én beschikbaar is. Hoe is deze cultuur concreet vertaald in de werking?.	
De werkdruk		Uit het VEVAK-onderzoek en uit analyse van MBG's blijkt dat in St.-Kamillus er een link is tussen werkdruk, draagkracht en het risico op agressie/onveilige situaties. Hoe groter de werkdruk hoe lager de draagkracht, hoe minder je effectief vaakzaam, aanspreekbaar en beschikbaar wordt, hoe groter de stress en het risico op onveilige situaties / agressie. Installeer formeel een werkoverleg na elke briefing bij elke shiftwisseling.	
De draagkracht		Zie ook voorgaande. Openheid, samenwerking, werkoverleg, taakverdeling, coaching, ondersteuning interventie, supervisie, teamspirit, kunnen belangrijk zijn.	
Keuze personeel		Een detectie van mogelijke veiligheidsrisico's bij potentiële medewerkers is wenselijk maar moeilijk te achterhalen. Als we dit ervaren is het best toch niet tot aanwerving over te gaan wetende dat de personeelsnood misschien hoog is. Afstemming wederzijdse verwachtingen, rechten en plichten. Het instellen van een peter-en of meterschap is wenselijk. Leidinggevend kunnen niet alles concreet opvolgen en bijsturen. Werk met een checklist. Zie bestaande lijst van VTO voor nieuwe medewerkers. Het moet ook klikken in het team zelf. Zo neen dan kan mutatie aangewezen zijn.	

De teamsamenstelling	Zie voorgaande met duidelijke afstemming van het afdelingszorgaanbod(lees kennis, kunde en attitude) op de afdelingszorgopdracht.	De zorgvrager heeft recht op een zorgaanbod dat men beoogt te kunnen geven. Een team moet samengesteld zijn uit complementair functionerende leden waar de toegevoegde waarde meer is dan de som van de leden. Naast kwalificatie wat een aanduiding is van opgedane kennis en kunde moet in de praktijk duidelijk ook blijken dat men ook de juiste instelling en competenties heeft in de uitvoering van zijn opdracht. Cru geformuleerd: Te weinig deskundig, te weinig bekwaam, onvoldoende competente teamleden die na het doorlopen van een leerproces te kort blijven schieten zoeken best een andere werkbestemming. Het is aan de verantwoordelijken dan ook de durf te hebben dit te zeggen en te staven. Zie ook bij de andere onderwerpen infra en supra.
Teamprocessen	Via duidelijke communicatie met en betrokkenheid van teamleden én directe leidinggevers. Via het geven van feedback en sturing.	Er zijn trekkers, dragers, barometers, inspirators, mediators, passief betrokkenen, vitters.. Hou bij het nemen van maatregelen rekening met deze omgang met veranderingen. Therapeutische coördinatoren hebben hierbij een belangrijke rol te spelen.
Therapeutisch klimaat	Via de PDSA-methode. Via inbreng van veel positieve elementen. Via informatie, communicatie, naar en met patiënten ook over het dagelijkse samen leven.	Belangrijke punten hierin zijn: de afdeling sfeer, de fysieke en psychische ruimte, de dynamiek in omgangsvormen en uitwisseling naar alle betrokkenen: kennis, kunde, houding, de inrichting en aankleding, de therapeutische aanpak, de dagstructuur, aanwezige problematiek, enz. Naast teamvergaderingen zijn patiënten vergaderingen waarin deze thema's aan bod komen onmisbaar.
Kennis over patiënt	Via de PDSA- methode informatie uit voorgeschiedenis en huidige functioneren. Risico-inschatting.	Een goed geïnformeerde hulpverlener is er twee waard. Betrek ook logistieke medewerkers bij overdrachten. Zij zien en horen én zijn betrokken. Het werken met signaleringsplannen kan een hulp zijn.
Therapeutische relatie	Via de PDSA-methode. Via aanstellen van individuele begeleider, specifieke therapeuten, arts.	Wederzijds vertrouwen is cruciaal. Aanwezige kennis, kunde en een goede professionele instelling, versterken de therapeutische relatie en werken vaak conflict vermijgend.
Behandelingsstrategie	Via inbreng van veel positieve elementen Via het zoveel mogelijk vermijden van spanningen en behandeldruk.	
Aanwezige communicatiekanalen	Via de PDSA-methode nagaan of er voldoende zijn en of ze ook doelmatig zijn. Zo neen afschaffen en andere meer aangepaste opbouwen.	Een goede communicatie is in Kamillus zeer belangrijk. In het kader van agressiebeheersing en veiligheid is dit een conditio sine qua non dat dit goed verloopt. Ook informele communicatiekanalen hebben hun positief nut. Bv. Stoom aflaten, herkenning, houvast bieden, steun en tips geven, meer collegialiteit en solidariteit In deze context is goede communicatie (lees ook afspraken) over de afdelingen heen,

		heel belangrijk voor een goede hulpverlening én samenwerking. Idem voor de lokale extramurale ondersteuningsinstanties, hulpdiensten, politie.	
Procedures ontvluchting/verdwijning	Via de PDSA-methode nagaan of men de procedure kent en kan toepassen. Controleer en informeer over de criteria van het al of niet verontrustende karakter van een verdwijning. Ga na wat doen in geval van? Wie waarschuwen enz. Via het informeren en bespreken met de patiënt, naastbestaanden en hulpverleners.	Neem getroffen maatregelen op in het behandelplan. Informeel iedereen op de afdeling wanneer er kans bestaat op fuge. Plaats dan ook vooraf een persoonsbeschrijving in het behandelplan. Ga na waar persoon in kwestie naar toe zou kunnen gaan. Ga na wie gewaarschuwd moet worden. Ga na waar men rekening mee moet houden bij terugvinden en terugbrengen.	
Psycho-educatie	Via het als een must opnemen in elk individueel behandelplan en er voor zorgen dat dit ook gedaan wordt.	Naaft patiënt is het vaak aangewezen de naastbestaanden mee te betrekken in de educatie. Elke hulpverlener kan via educatie een bijdrage leveren aan conflictbeheersing/vermijding.	
Beschermingsmaatregelen	Via bevraging en bespreking met de patiënt voor wanneer hij het moeilijk zal krijgen of heeft. Via de toepassing van de PDSA-methode. Via afgesproken procedures, handelingsplan.	Zie ook voorgaande.	
Normen over welk gedrag acceptabel is	Via het opnemen in de visie van het ziekenhuis als in het arbeids- en afdelingsreglement. "Agressie en geweld wordt niet getolereerd. Via duidelijke en bruikbare informatie die ook hanteerbaar is in het praktijkveld.	Normen moeten duidelijk en gedeeld zijn. Zie welkomsttekst: "Samenleven op de afdeling. Samenleven vereist een respectvolle omgang met iedereen en zorg voor materialen." Aan niet naleving moet gevolg gegeven worden. Heb aandacht voor gewenning en normvervaging.	
Interacties met andere patiënten	Via PDSA -methode aandacht besteden aan: Hoe organiseer ik dit gebeuren zowel naar verblijf, zorgprogramma, vrijetijdsbesteding, infrastructuur, kleine groepen, leefeenheden, aanbod, kamer en groep samenstelling?	Verblijf in een ziekenhuis is meestal niet iets wat men echt wenst. Ook de medepatiënten kiest men niet. Interacties zijn er maar niet allen zijn gewenst en bijgevolg een mogelijke voedingsbodem voor spanningsopbouw en conflict indien er weinig aandacht aan besteedt wordt.	
Grenzen trekken	Via PDSA -methode Via informatie, vorming en training. Via zie voorgaande.	Wat de grens is, is niet altijd geëxpliciteerd in regels of afspraken. Je professionaliteit moet hier ten volle tot uiting komen. Ga je af op je persoonlijke grens of laat je leiden door een professionele handelingsgrens. De competentie agressiebeheersing speelt hier ten volle. Heel herkenbaar bij oudere werknemers met ervaringsdeskundigheid en maturiteit.	

Regels en de toepassing ervan	Via PDSA -methode opstelling op ziekenhuis, afdeling/ dienst en op individueel niveau. Via informeren in duidelijke en begrijpbare communicatie al of niet schriftelijk en of visueel ondersteund. Via de regelgeving ook te laten gelden.	Inspiraak en afspraak individueel en in groepsverband voorkomt veel verstoring. Betrekt bij opstelling en aanpassing van regels en afspraken zo veel mogelijk alle relevante ziekenhuisgebruikers. Zie ook voorgaande bij omgaan met regels en afspraken. Als er geen gevolg gegeven wordt aan regelgeving kijkt men best na waarom ze niet gevolgd wordt. Is de regel overbodig? , onaangepast? of geeft men er geen of onvoldoende gevolg aan bij niet naleving?. Daadkracht is dan geboden.	
Wat bij overtreden regels?	Via PDSA –methode: Bespreking met patiënt /omgeving en het treffen van al of niet beschermende restrictieve maatregelen.	Laat hier duidelijk de proportionaliteitsregel gelden. Werk niet met vaste tarieven. Elke situatie, patiënt is anders. Betrek collega's in het gesprek alvorens een beslissing te nemen. Denk aan je eigen tegenoverdracht op dat ogenblik. Het bespreken met patiënt is belangrijk. Misschien had hij een goede reden voor regel overtredend te zijn. Streef een informed consent na. Pas op met gewenning en normvervaging.	
Risico-inschatting	Via PDSA -methode, Risico inschattingsschalen kunnen hierbij gebruikt worden. Via een goede observatie en communicatie met alle betrokkenen. Via analyse van voorgeschiedenis en voortgangsrapportage.	Zie voorgaande en verder in de tekst.	
Herkenbaarheid	Via PDSA -methode. Via het hanteren van individuele en of groepssignaleringsplannen.	Vroegsignaleringplannen individueel en of voor in groep vooraf opgesteld kunnen helpen. In deze plannen staat beschreven, op basis van herkenbare oplopende signalen van spanning, onrust, agitatie, agressie, welke de-esalerende maatregelen ondernomen kunnen worden voor het individu en of voor de groep als zodanig. Het vroeg herkennen van beginnende signalen kan preventief en curatief werken. Naast het individu is het belangrijk ook de spanningen te herkennen die ontstaan uit de groepsdynamiek.	
Procedures m.b.t. dwang en vrijheid beperking	Via PDSA- methode.	Neem getroffen maatregelen op in het behandelplan. Pas enkel en alleen dwang- en vrijheid beperkende maatregelen toe na overleg in teamverband en met akkoord van de arts. Dit kan schriftelijk onder vorm van eenmalig voorschrift of staand order.	
Gepaste Interventie bij agressie	Via PDSA -methode nagaan of er correcte en snelle informatieverwerking is, alsook nagaan of er een snel en professioneel optreden plaatsvindt.	Informatie, houding, kennis en kunde moeten op punt staan. Het gevoerde personeelsbeleid speelt hierin een cruciale rol. Richtlijnen, procedures, methodes, moeten gekend zijn en toegepast worden.	

Steun collega's/aanwezigen	Via PDSA -methode. Zie ook voorgaande.	Informatieverstrekking en samenwerking zijn cruciaal binnen maar ook over de afdelingen heen. Het back up systeem moet maximaal hanteerbaar zijn.	
Medicatiebeleid	Via PDSA -methode. Het is een exclusief terrein van de arts die wel via voorschriften en staand orders kan weergeven welke medicatie, wanneer.	Medicatie als hulpmiddel om mee agressie te milderen, misschien te vermijden, te voorkomen. Welke medicatie bij het vertonen van welbepaald gedrag? Welke medicatie in noodsituaties? Het zullen altijd de direct betrokkenen zijn die via goede observatie en communicatie de arts bijstaan voor gepast voorschrijfgedrag.	
Samenwerkingsverbanden	Via PDSA methode. Via informele communicatie en organisatie. Zie ook voorgaande.	Samenwerking is vereist in onze sector. Soms moet je dit als leidinggevende ook poneren. Je werkt samen: Multidisciplinair, interdisciplinair, intramuraal, extramuraal en transmuraal. Naast formele heb je de informele samenwerkingsverbanden.	
Veilig melden en registreren van incidenten	Via blijvende motiverende oproep en controle dat de registraties ook correct gebeuren. Via het creëren van sfeer "no blame or shame." Via snelle en gepaste feedback en gevolggeving. Via benadrukken van het belang van melding als leersituatie" en expertise opdoen.	Het bestraffende vingertje is nefast. Vermijdt dit Geef positieve feedback. Ga na of structurele maatregelen kunnen helpen gelijkaardige zaken voorkomen. Communiceer dit ook snel. Vraag wel een grotere zorgvuldigheid in notitie. Wees zo volledig en objectief mogelijk. Vermeldt getuigen indien aanwezig. De patiënt, zijn omgeving, het personeel kan er nog iets uit leren zodat het toch nog iets positiefs krijgt. Vaststelling: Een aantal medewerkers zien nog onvoldoende het belang van melding. Registratie gebeurt momenteel via MBG en later geïntegreerd via het systeem "Info land". Registratie gebeurt ook in het behandelplan.	
De zorg na incident	Via care en begegingen altijd aan alle betrokkenen na incident. Dit is op de werk/hulpverleningsplaats in eerste instantie door de betrokkenen én verantwoordelijken zelf. Via het opvangteam. Zij staan in tweede instantie altijd ter beschikking om hulp te verlenen.	Dit aspect kreeg zeker in het verleden niet altijd de aandacht dat het vereist. Echter is dit luik een must zijn in onze hulpverlening. Binnen het ziekenhuis bestaan er procedures en informatienota's over. Tevens is er een opvangploeg die met de nodige care gevolg geeft aan elke vraag. Ze kunnen proactief geraadpleegd worden. Ze werken ook proactief. Zorg dat je zelf niet "victimiseert. (agressie is normaal, het is je eigen schuld enz.).	
Aanpak omgang met schade	Via duidelijke afspraken/procedures van de te volgen weg. Via excellente dienstverlening aan de betrokkenen.	Schade opgelopen tijdens werkuitoefening moet vergoed worden. De verzekering en of het verhalen bij de schadeveroorzaker zelf moet steeds bezien worden.	
Herstelgedrag/actie	Via PDSA -methode preventief of achteraf curatief afspreken hoe herstelbeweging doen. Via een vergoeding vanwege verzekering, het ziekenhuis. Via juridische weg herstel van geleden schade materieel en immaterieel.	Voorkeur is een individueel aangepaste te ondernemen actie in hulpverleningscontext. Het neemt de spanningen weg en is mede een aanzet tot herstel van de omgangsvorm met elkaar. Naar en voor hulpverleners is het tevens een gebaar van herstel van de therapeutische relatie. "Eine widergutmachung" De wil om te herstellen moet er wel zijn, wil het zijn effect hebben. Van medewerkers die eens grensoverschrijdend gedrag stelden verwachten we ook dat ze een herstel-gesprek-actie stellen.	

Coaching	Via aanstelling van een agressiebeheersingscoach op ziekenhuisniveau die het mandaat en tewerkstellingstijd krijgt om deze zinnvolle functie te behartigen.	Zijn opdracht zal erin bestaan om ter plaatse op de werkplek met de aanwezigen heel concreet na te gaan hoe hier meer agressiebeheersing en veiligheid kan ingebracht worden. Verder zal zijn opdracht zijn om individuele casussen grondig te analyseren en dan van daaruit concrete verbeteracties met de mensen ter plaatse uit te werken. Hulpmiddelen kunnen zijn: de feitenboom, een risicoanalyseschaal, anderen.	
Agressiebeheersingsbeleid op ziekenhuisniveau	Via een projectgroep: Die beleidsvoorbereidend adviserend en beleid opvolgend werk doet m.b.t. dit thema en daarbij heel het ziekenhuis in betreft. Ze begeeft zich op het terrein van preventie, interventie als nazorg. Ze detecteert, onderzoekt, reflecteert, adviseert. Ze communiceert intra-en extramuraal. Ze werkt procedures, protocollen, algemene en specifieke verbeteracties, cursussen en trainingssessies uit. Ze heeft een geëxpliciteerde definitie over agressie en agressiebeheersing. Ze heeft een uitgesproken en beschreven visie m.b.t. omgang met agressie en geweld. Ze promoot het opnemen van dit bespreekbaar thema in behandelplannen en werking. Ze heeft een gedragscode. Ze werkt mee registratie-instrumenten uit zowel op het niveau van het ziekenhuis als de vzw. BVL. Via het kenbaar maken aan het beleid van veiligheid verhogende maatregelen i.c. ideeën om rekening mee te houden bij verbouwingen en nieuwbouw. Via ondersteuning en betrekken van lesgevers en trainers bij de projectwerking. Via lesgevers en trainers. Zij brengen de visie, de aandachtsvelden, de kennis en kunde betreffende stress, agressie en de beheersing ervan op een hoogstaande professionele manier over aan de medewerkers in het ziekenhuis.	Het is een op preventie gericht beleid om agressie en geweld te voorkomen en indien het er is te beheersen. *Ze richt zich op het voorkomen, beheersen en het zo veel als mogelijk terugdringen van agressie-incidenten. *Ze levert een bijdrage tot professioneel getrainde medewerkers die met kennis van zaken preventieve en curatieve maatregelen nemen en er mee weten om te gaan in geval dat optreden toch vereist is en dit doen op een legale, humane, veilige en propositioneel ingestelde manier met oog voor de noden en belevingswereld van de patiënt en naastbestaanden zeker op die momenten. Huisregels voor patiënten en gedragsregels voor medewerkers schept de gewenste duidelijkheid. Een gedragscode kan als basis dienen om mensen op hun gedrag aan te spreken. In deze huisregels voor patiënten dient men ook aan te geven wat de consequenties zijn van het overtreden van de normen. In de protocollen dient men ook te voorzien hoe medewerkers dienen te reageren in geval van agressie. (bron Informatie vanuit het algemeen auditmodel visitatiecommissie 2012) Een geëxpliciteerde gedragscode bestaat maar is toe aan een update. De directie heeft hier een taak te vervullen. Deze vorming en training wordt best door de directie gecommuniceerd als verplicht. Het is dan ook aan de directie e.t. via delegering om op de naleving ervan toe te zien Zij voorziet ook de gepaste maatregelen bij niet naleving van deze verplichting. In de gevoerde gesprekken op afdelings- en dienstniveau wordt ook best deze kennis en kunde als gespreksonderwerp ter harte genomen én wordt het als een onderwerp bij evaluatie gehanteerd. Is de attitude, kennis en kunde ok ? zo neen doe er iets aan. Er is een participatie in de projectgroep Agressiebeheersing.	

	Via een opvangteam: die op een discrete maar heel integere, zorgzame en excellente manier slachtoffers bijstaat in hun verwerkingsproces na agressie-incidenten. Via de preventieadviseur die met de medewerkers technische dienst naast allerhande veiligheids- en herstelmaatregelen ook zorgt dat er een geüpdatet, degelijk en gebruiksvriendelijk personenbeveiligingssysteem geïmplementeerd en onderhouden wordt. Via een agressiebeheersingscoach (nog aan te stellen) met een mandaat op ziekenhuisniveau Via een agressiebeheersingscoördinator die zetelt in de werkgroep Aggressiebeheersing op niveau van de vzw BVL.	Ze nemen een proactieve houding aan. Ze krijgen hun informatie via de persoon zelf, via zijn collega's, via verantwoordelijken of via MBG's. Ze doen aan 2^{de} lijnsopvang waarbij de eerste lijn verwijst naar de direct betrokkenen in de situatie. Het zijn de medewerkers en verantwoordelijken die de eerste opvang en begeleiding doen al of niet gevolgd met een proactieve doorverwijzing. De voorzitter is lid projectgroep Aggressiebeheersing. Hij wordt bijgestaan door het comité voor preventie en bescherming op het werk Zie wettelijke bepalingen hieromtrent. Gebruikt risicoanalyse instrumenten en werkt mee actieplannen uit om het risico op te heffen, te milderen of er gepast mee om te gaan. Hij gaat ter plekke gaat analyseren, adviseren en coachen aangepast aan de plaatselijke situatie (m.b.v. feitenboom, APC-schaal enz. Hij zetelt in de projectgroep agressiebeheersing en werkt mee beleidsvoorbereidend. Hij vertegenwoordigt het ziekenhuis in de werkgroep op niveau van vzw BVL. Hij brengt als voorzitter van de projectgroep Aggressiebeheersing informatie en krijgt feedback over het gevoerde Aggressiebeheersingsbeleid in eigen ziekenhuis. Het is een vorm van interventie met als doel kennis en kunde hierover vergroten. Hij bestudeert, reflecteert, en adviseert samen met collega agressiebeheersingscoördinatoren het algemeen te voeren én het specifiek gevoerde agressiebeheersingsbeleid van de verschillende ziekenhuizen van de BVL.	
Aggressiebeheersingsbeleid op afdelingen- en dienstniveau.	Via het aanstellen van een aanspreekpunt per afdeling met een vorming en training in deze agressiebeheersingsproblematiek. Via het implementeren van eigen specifieke preventie- en curatieve maatregelen aangepast aan eigen situatie, populatie, werking. Via het implementeren én levendig houden van adviezen, richtlijnen, procedures, protocollen, werkwijzen voorgesteld en of ondersteund door directie van het agressiebeheersingsbeleid op ziekenhuisniveau. Via het toepassen van een eigen toetsingsinstrument gecombineerd met de PDSA -methodiek	Zeker van hen verwachten we dat ze jaarlijks een bijscholing volgen intern of buiten het ziekenhuis. Ze trachten op de hoogte te blijven van nieuwe inzichten op dit terrein. Ze zijn in staat om de kennis en kunde hierover aan hun medewerkers over te brengen alsook kritisch waakzaam te zijn dat het gevoerde agressiebeheersingsbeleid concreet in hun werksetting wordt toegepast én aangepast aan hun situatie en patiëntenpopulatie. Ze bewaken samen met de afdelingsverantwoordelijken dat het team de risicovolle momenten en situaties binnen de eigen afdeling kent en weet hoe het moet handelen Een anticiperende, proactieve houding en interventie zijn vereist. Ze hebben oog voor het kunnen toepassen van de uitgeschreven procedures en protocollen, de communicatie en registraties volgens de afgesproken eisen. Concreet o.a. Bespreking op briefing en teamoverleg, invulling in Regas, op volgbladen... Een aangestelde agressiebeheersingscoach kan hierbij mee ondersteunen. Alle concrete aanzetten die leiden tot meer agressiebeheersing en veiligheid worden ondersteund.	

Het personeelsbeleid als zodanig	Zie ook de beschreven preventieve en curatieve maatregelen en aandachtspunten bij werking gebonden factoren. Zie ook de preventieve en curatieve maatregelen en aandachtspunten beschreven bij personeel gebonden factoren. Via de vele (soorten) gesprekken komt men ook aan veel informatie en informatie-uitwisseling welke een hulp kan zijn voor alle betrokkenen in het te voeren agressiebeheersings- en veiligheidsbeleid.	Personeelsbeleid wordt gevoerd op elk hiërarchisch niveau én is cruciaal voor de kwaliteit van hulpverlening. Een goede agressiebeheersing en meer veiligheid in elke ziekenhuissituatie is er bijgevolg ook onlosmakelijk mee verbonden. De mensen ter plaatse bepalen de uiteindelijke kwaliteit van de totale zorg. Samenwerking en verantwoordelijkheid opnemen is bijgevolg een must in dit beleid. Wil je leidinggevende zijn en blijven dan is dit een eerste vereiste. Leidinggevend dragen goed zorg voor hun medewerkers opdat zij op hun beurt goede zorg kunnen verlenen aan hen toegewezen patiënten. In deze context zal al vanaf het begin van aanwerving bijzonder aandacht nodig zijn voor een goede houding, kennis en kunde in: * samenwerking in teamverband, * omgaan met stress en agressie, * adequate communicatie en werkorganisatie inclusief het correct en veilig hanteren van een waakzame, beschikbare en of bereikbare aanwezigheid in goed voorafgaandelijk overleg vastgesteld per shift, * professioneel interdisciplinair teamwerk, * het brengen van slecht nieuws, * psychiatrische problematiek en afstemming verwachtingen, * omgang met crisissen, * adequate interventietechnieken, (hulp bieden, kunnen afzonderen, fixatie) * het hanteren op een correcte manier van procedures, * het beroep doen op het back up systeem, * het in werking stellen van het noodoproepsysteem, * het kunnen oproepen van hulpdiensten 100, politie, * het bewust zijn van eigen minder sterke punten in de hulpverlening en er op een gepaste manier mee weten om te gaan. Voor wat doe ik mede beroep op collega... * het doen van, correcte observaties en registraties van signalen die wijzen op onrust, agitatie, veiligheidsrisico's, agressie * het gepast weten te reageren, communiceren mondeling als schriftelijk inclusief invullen van diverse schalen, MBG' s enz. * slachtoffer –en daderbejegening, * beroepsernst en zorgvuldigheid, * professioneel gedrag en cultuur. Nagaan van kennis, kunde, competenties en houding tijdens proefperiode zijn cruciaal. De aandachtspunten bij personeel gebonden factoren zijn hier ook van toepassing. De arbeidsgeneeskundige dienst Idewe kan hier ook een belangrijke rol in hebben. Ook een exitgesprek geeft informatie. Sommige praten dan meer vrijuit en geven soms adviezen voor verbetering. Checken is wel nodig. Denk aan rancune.
---	---	--

Toegangsbeheer en – controle	Via PDSA -methode nagaan of het sluitingsbeleid aangepast en adequaat is. Via sociale controle verhogende maatregelen. Via inzet van stewards ook buiten de kantooruren en in het weekend. Via regelmatige patrouille van de politie Via installatie van alarm en camerabewaking op gevoelige plaatsen. Via het open stellen van het domein voor wandelaars.	Zich aanwezig stellen voorkomt vaak dat meer controle moet zijn. Personen met minder goede bedoelingen mijden meestal drukte en de kans om gezien te worden. Controle op het sluiten van de toegangsdeuren. Wel af te spreken wie welke vensters en deuren sluit. Als (figuurlijk) een goede huisvader/huismoeder kan elk personeelslid zijn bijdrage leveren. Neem je verantwoordelijkheid op als je zaken vaststelt of ziet gebeuren zelfs als je dienst gedaan is. Vele collega's hebben in het verleden al het goede voorbeeld gegeven. We verwachten dit echt van iedereen. Je "date" kan heus wel even wachten. Nu heb je een heel goede reden.	
Reflectie over goede zorg, agressiebeheersing en veiligheid.	Via een persoonlijke/individuele werkmethode. Via een groepsgebeuren op afdelings- en dienstniveau. Via regelmatige bijeenkomsten van bepaalde betekenisvolle personen in een organisatie die iets te zeggen hebben en dit ook willen delen en er samen over willen reflecteren. Via het versterken van deze cultuur in het ziekenhuis m.b.v. informatiesessies. sensibilisatiecampagnes, controles met feedback, vorming, voorbeeldfunctie, andere.	Methoden om te voorkomen, om adequaat te handelen, om te evalueren. Op elke werkplaats in het ziekenhuis stellen we voor dat er een oefening gedaan wordt met de relevante betrokkenen (patiënten, personeel, bezoekers...) om deze werkplaats onthaalvriendelijker en veiliger te maken. Een initiatief verwachten we van de lokale verantwoordelijken en hun medewerkers.	
Een veiligheids-en agressiebeheersingscultuur	Via oog hebben voor en de toepassing ervan integreren in al ons handelen.	Al de voorgestelde maatregelen kunnen helpen dit doel te realiseren. Aan iedereen werkend of verblijvend in dit ziekenhuis de uitdaging om dit op te nemen.	
Verankering	Via de PDSA –methode. Via structurele inbouw. Via het laten integreren in de werkingscultuur.	Van bij de start moet er deze wil bestaan. Verankering gaat vlotter als de participatie zo maximaal mogelijk is van elke betrokkene. Verankering vraagt tijd en dus geduld. Geen time management. Nu mag het tijd kosten.	

2.4. Infrastructuur gebonden factoren

Factoren	Beïnvloeding	Aandachtspunten	Maatregelen? ☐ ja ☐ nee
Bouwkundig-functioneel			
Afdeling en ateliers (inrichting, beschikbaar materiaal)	Via PDSA -methode, Risico inschattingsschalen kunnen hierbij gebruikt worden. Via een goede observatie en communicatie met alle betrokkenen. Via het beroep doen op externen al of niet expert in deze materie. Via het voeren van een beleid dat absoluut de nodige aandacht en investeringsbudgetten krijgt. Voor wat hoort wat- en dat kost naast tijd, expertise ook geld.	Zie masterplan nieuwbouw o.a. overzicht, materiaalkeuze, duidelijke structuur, circulatieplan, ontmoetingsplaatsen, privacy, leef, behandel, dienst, bezoek, zones. Modern comfortabel en functioneel ingerichte kamers, burelen, dienstlokalen, afzonderingsruimtes. Audio- visuele apparatuur, handige oproepsystemen. Groene zones (tuinen en binnentuinen) Kleinschaligheid binnen een grootschaligheid... Zeer snel herstel of vernieuwing van zaken die stuk, los en of onveilig zijn. Risico van zaken niet meer zien. "bedrijfsblindheid" Cameratoezicht mogelijkheid op meer verlaten, desolate plaatsen, gangen, risicoplaatsen.	
Een(meer)persoonskamers	Zie ook voorgaande.	Eenpersoonskamers geven meer privacy, rust, uitweg bij spanning, interactie - reductie. Bij enkele meerpersoonskamers kan men ook gebruik maken van gordijnen, scheidingswanden...	
Ruimte / oppervlakte	Zie ook voorgaande.	Meer ruimte brengt rust. Zie ook voorgaande.	
Brede gangen	Zie ook voorgaande.	Dit is functioneler. Ook bij interventies heeft dit echt zijn nut.	
Overzichtelijk	Zie ook voorgaande.	Enorm belangrijk voor de bestaffing zeker bij minimumbestaffing.	
Compartmentering	Zie ook voorgaande.	Niet iedereen zit graag samen met iedereen. Kan men leef-en eetruimte wat anders inrichten indien nodig. Bv. Gebruik van enkele aparte kleinere tafels indien storende interacties. Een zit i.p.v. twee of drie zitsetels, Meerdere tv' s in aparte lokalen, kleinere zit -en verblijfhoeken enz.	
Open en gesloten	Zie ook voorgaande.	Zie ook voorgaande.	
Prikkelarme ruimte/ afzonderingskamer	Zie ook voorgaande.	Deze ruimten moeten absoluut veilig en toch zo "comfortabel	

		mogelijk” zijn. De huidige infrastructurele regelgeving moet zo snel als mogelijk overal doorgevoerd worden. Toegankelijkheid, verluchting, verlichting, sanitair, oproepsysteem, airco, zonnewering, enz. Zie procedures bij én na afzondering.	
Onthaalzone	Zie ook voorgaande.	Een goed onthaal is cruciaal. Zorg er wel voor dat je jezelf kunt beschermen indien nodig. Een onthaaldesk kan een eerste nog vriendelijk ogende beschermende barrière zijn.	
Afsluitbaarheid	Zie ook voorgaande.	Maak ook duidelijke afspraken wat gesloten moet worden tijdens de dag/ tijdens de nacht. Zie ook voorgaande. Naast lokalen kan het ook gaan om Tv's, frigo's kasten.	
Recreatieruimtes	Zie ook voorgaande.		
Groene zones	Zie ook voorgaande.	Plant uw groene zones zodanig in dat er toch nog sociale controle-mogelijkheid is. Zie ook bij omgevingsfactoren.	
Nooduitgangen	Zie ook voorgaande.	In risico houdende omgeving zijn deze zeker gewenst. We denken in het bijzonder aan slaapruimtes, het afzonderingscomplex, verdiepingen.	
Aanwezigheid van geld	Zie ook voorgaande.	Geld maakt deel uit van de werking en de maatschappij. Doe geen “tabula rasa” maar maak goede afspraken met alle betrokken die in dit geldverkeer betrokken zijn. We moeten ook niet kantoorhouders zijn. Afweging hoeveel en op welke plaats bijgehouden door wie, hoe beveiligd?, kunnen relevante vragen zijn.	
Toegang tot medicatie	Zie ook voorgaande.	Hoe zit dit afzonderlijk voor de centrale apotheek en voor de medicatielokalen op de afdeling? Grote en functionele kasten vermijden dat men medicatie op andere plaatsen stockeert dan waar het thuishoort. Zorg dat de kasten direct na gebruik dicht zijn. Het is niet uitzonderlijk dat er patiënten zijn die autoagressie willen plegen en medicatie proberen mee te nemen.	
Materiaalkeuze en afwerkingsniveau	Zie ook voorgaande.	Duurzaam, onderhoudsvriendelijk en esthetisch mooi ogend Agressie, geweld en vandalisme is dan ook minder aanwezig.	

Beveiliging van ramen en deuren	Zie ook voorgaande.	Gevangenis uitzijnde gebouwen wekken niet direct de indruk dat er een therapeutische werking plaatsvindt.	
Defecten	Zie ook voorgaande. Via een snelle, degelijke en als het kan, een esthetisch uitzijnde herstelling.	Een goed onderhouden voorziening straalt veiligheid en rust uit Het voorkomt vaak agressie of vandalisme. Slijtage en het kapot gaan van zaken kunnen nu eenmaal gebeuren. Dat moet niet in het licht van agressie of vernieling gezien worden hoewel dit soms ook een oorzaak zijn.	
Technische hulpmiddelen	Zie ook voorgaande.		
Personenalarm/personenzoeker	Zie ook voorgaande.	Zie beleidsvoorbereidende informatie van de projectgroep Agressiebeheersing via een werkgroep ad hoc PBs. Eén ringtone nr.10 voor alarm voor heel de kliniek moet er zijn. Opgelet sommige personeelsleden spelen graag met tonen, vandaar alarmsignaal structureel in één toon verankeren.	
Noodtelefoonnummer	Zie ook voorgaande.	Korte visuele ondersteuning kan helpen. o.a. pictogrammen.	
Alarmknop(vast)in gangen, lokalen aan het bed	Zie ook voorgaande.	Het installeren van oproepsystemen ook in afzonderingskamers is een grote stap voorwaarts in St.-Kamillus. Ook patiënten kunnen in noodsituatie verkeren. Een drukknop kan helpen.	
Camera's	Zie ook voorgaande. Via informed consent	Personeel kan niet altijd overal aanwezig zijn. Maak daarom maximaal gebruik van deze apparatuur. Goede informatie en motivatie vooraf voorkomen veel onnodige onrust. Camera's op kamers indien echt nodig. Houdt rekening met privacy.	
Beveiligingsmateriaal	Zie ook voorgaande.	Zie protocol fixatie. Het juiste materiaal op de juiste manier toepassen. Zie ook cursus en training in lichaamstechnieken.	
Rookmelders	Zie ook voorgaande.	Zie ook voorgaande.	
Verlichting	Zie ook voorgaande.	Nachtverlichting én noodverlichting dag en nacht.	
Communicatiemiddelen	Zie ook voorgaande.	Goede communicatie vergt ook heel goede en gebruiksvriendelijke communicatiemiddelen. "Kiss"- principe In Kamillus is er de laatste jaren een serieuze investering gebeurd.	

2.5. Omgeving gebonden factoren

Factoren	Beïnvloeding	Aandachtspunten	Maatregelen? ☐ ja ☐ nee
Blootstelling aan prikkels/ stimuli	Via de PDSA- methode.	Het zorgaanbod moet aangepast en gedoseerd zijn. Hetzelfde geldt voor het aantal patiënten, teamleden, stagiaires bezoekers, derden op een afdeling. Te veel is te veel. Ook het aantal interacties en de duur ervan kan voor overprikkeling zorgen en bijgevolg storend en agressieopwekkend zijn. Confrontatie met agressie door patiënten zelf kan ook bij hen een impact en verhoogde gevoeligheid / reactie geven.	
Overlast	Via de PDSA – methode. Via informatie, communicatie, participatie, organisatie wat wanneer en op welke wijze. Via maatregelen deze overlast reduceren.	Zie o.a. noodzakelijk uit te voeren werkzaamheden niet alleen in de leef- en therapieruimten maar ook buiten de gebouwen. Onderhoud, verfraaiing, verbouwing, nieuwbouw maakt deel uit van het gebeuren. Goede planning en aankondiging zijn al goede maatregelen.	
Onbekende gezichten/ situaties	Via aankondiging en toelichting wie komt wanneer, waarvoor en voor hoe lang.	Niet alleen het personeel maar ook de patiënten informeren. Voorspelbaarheid reduceert spanning, onrust, agressie.	
Ruimte	Via de PDSA -methode. Hoe kunnen we de meestal te krappe ruimte optimaal gebruiken. Wat moeten we daarvoor bewerkstellingen?	Is het noodzakelijk dat betere (lees ruimer) werkruimtes soms ten koste gaan van leef- en verblijfruimtes van patiënten. Wordt er ruimtelijke compensatie gezocht? Ruimte reductie kan spanning geven en agressie-inducerend zijn.	
Veilig	Via de PDSA -methode opsporen, observeren, analyseren, expertise inbrengen. Via een meld en registratiesysteem voor inzet van verbeteracties. Via beroep doen op deskundigen ter zake.	We denken aan: MBG's, Infoland, de preventie- en veiligheidsadviseur, het comité, mondelinge en of schriftelijke rapportage van iedereen die zaken vaststelt die onveilig zijn.	
Orde, discipline en netheid	Via de PDSA -methode én dit in de gebouwen en ook daarbuiten en in de directe omgeving. Via er alert voor te zijn en er iets aan te (blijven) doen. Bv. Sensibilisatiecampagnes. Via zelf actie ondernemen en of beroep doen op onderhoud- en logistieke diensten.	Afgeleefde en rommelige ruimten zijn uitnodigend voor plegen van agressie. Zwerfvuil op het domein en errond werkt verloederend in de hand. Kunnen daar geen ateliers rond opgezet worden? Kan de reglementering en de toepassing niet strikter opgevolgd worden, en niet naleving daadwerkelijk proportioneel gesanctioneerd worden? Bijvoorbeeld: Het is toch normaal dat auto's op de parking, fietsen in de fietsenstalling en honden aan de leiband horen. Doe eens een inspirerend toertje op de campus en in de gebouwen.	

Privacy	Via de PDSA –methode.	In de wijze waarop we in contact treden en aan territoriumoverschrijding doen is heel belangrijk maar staan we er nog bij stil? Bv. Kloppen we nog voor we een kamer binnengaan?	
Rust	Via de PDSA –methode. Hoe kunnen wij dit belangrijke aspect in onze geestelijke gezondheidszorg nog in onze werking brengen en behouden? Zie ook voorgaande.	Zie ook voorgaande. Bij onrust en agressie zeggen we vaak ga maar wat rusten. Kunnen patiënten in die omgeving dan ook rust vinden? Wat doen we er aan? Zijn we zelf rust brengende personen in omgang, samenwerking en werking?.	
Afdeling- ateliers- ziekenhuisklimaat	Via de PDSA -methode opsporen en verbetering inbrengen.	Wordt gemaakt door infrastructurele elementen, aanwezig materiaal, personen. Patiënten én het personeel. Iedereen heeft daar op zijn “plek” verantwoordelijkheid rond op te nemen. Individueel en collectief.	
Verlichting	Via de PDSA -methode opsporen en verbetering inbrengen.	Welke wegen zijn ’ s avonds verlicht? Kan en weet men hoe de bediening van de nachtverlichting werkt? Laat men patiënten als het donker is zo maar buiten? Gaat men alleen naar de kapel, receptie, parking, enz. of spreekt men af?. Slecht verlichte plaatsen werken probleemgedrag in de hand.	
Akoestiek	Via de PDSA - methode opsporen en verbetering inbrengen.	Zie ook voorgaande. Er is de dagelijkse drukte, de drukte bij werken in uitvoering enz. Welk materiaal gebruiken we?, waar? en wanneer?.	
Begroeiing	Via tuinonderhoud de begroeiing onder controle houden. Via ook de patiënten meer te betrekken in dit tuingebeuren en het onderhoud ervan.	Onverzorgde tuinen, bloemperken, struiken, paden bevorderen eerder het gevoel van onveiligheid. Een geheel dat verzorgd is en mooi oogt, zorgt voor een omgekeerd gevoel. Dit kan duidelijk beter in het ziekenhuis.	
Bestrating	Via snel herstel van putten in de weg, het vastzetten van losliggende stenen, het straatvuil verwijderen enz.	In stad werkt men met stewards die daar speciaal alert voor worden gemaakt én daar oog voor hebben. Na signalering moet vanzelfsprekend vlug een herstelling volgen.	
Sociale controle	Via de PDSA -methode nagaan hoe deze controle verhoogd kan worden binnen de gebouwen maar ook op de campus zelf. Via de toegankelijkheid te vergroten voor bezoekers, burens, wandelaars, kandidaat gebruikers plaatselijke faciliteiten.	We denken aan het stimuleren van een aanbod buiten de kantooruren, op vrije en weekenddagen ook voor buitenstaanders. We denken aan het gebruiken van de sporthal, cafetaria, vergaderlokalen, bureaus polikliniek enz. ook buiten de kantooruren. We denken aan een ziekenhuisaanbod ook na de kantooruren.	
Anderen			

4. Toetsingsinstrument

Elke afdeling/dienst stelt dit instrument best zelf op wanneer men met dit werkingsthema aan de slag wil gaan. Men kan dan maximaal rekening houden met de plaatselijke situatie.

Een eerste suggestie is:

- *Luister goed en registreer. Gebruik eventueel bijkomend een Mind Mapping of Visgraatdiagram.
- *Wees niet te snel tevreden en laat de meestal kritische medewerkers nu maximaal hun rol spelen. Zij zorgen voor dynamiek en een veranderingsmind.
- “ De vooruitgang hebben wij te danken aan de vitters. Tevreden mensen wensen geen verandering.”;Herbert George Wells

Een tweede suggestie:

- *Via brainstorming inventariseert men de factoren die in hun werking betekenisvol zijn. De overzichtstabel kan een hulp zijn.
- *Vervolgens kan men via een prioriteitenstelling een oplistijng maken naar prioriteit.
Het is tevens de gelegenheid om een selectie te maken. Welke vindt men nu vandaag belangrijk om er iets mee te doen rekening houdend met?.
- *Daarna kan nagegaan worden of ze beïnvloedbaar zijn en zo ja op welke wijze met welke maatregelen?.
- De vragen die men zich kan stellen zijn o.a.: Wat doen we nu al en is dit goed? Wat zouden we nog kunnen doen? Wat hebben we daarvoor nodig?
- *Specifieke aandachtspunten relevant voor eigen werkcontext kunnen nog eens expliciteert worden.
- *Tenslotte brengt men bij voorkeur ook de evaluatie van resultaat en proces in kaart.
- Vragen die hierbij betekenisvol kunnen zijn: Hoe gaan we na of het werkt? Niet werkt? Onvoldoende werkt?

Een derde suggestie:

- *Het vooraf samen opstellen van evaluatiecriteria kan een hulp zijn bij evaluatie.
- Werk dan zoveel mogelijk met duidelijke herkenbare en objectieve criteria.
- Tip: laat u vooral leiden door die criteria die je zintuiglijk kunt waarnemen.

Een vierde suggestie:

- *De termijnaanduiding wat men wil nagaan en bereiken tegen wanneer maakt het geheel niet vrijblijvend en kan voor heel het team een bijkomend impuls zijn.
- Je hoeft niet te kruipen of te lopen. Stappen gefocust vooruit zetten volstaat.
- *Om de dynamiek er vervolgens in te houden kan men inbouwen dat men na evaluatie nagaat of er e.t. een alternatief te nemen maatregel aanwezig is bij te weinig resultaat.
- Is er een plan B?
- De PDSA- cyclus is dan gestart.

Een vijfde suggestie:

- *Het geheel plaatst men bijvoorbeeld overzichtelijk in een tabel en men kan aan de slag.

Bij wijze van voorbeeld zie verder opgesteld toetsingsinstrument.

Patiëntgebonden factoren	Preventieve en curatieve maatregelen.	Specifieke aandachtspunten	Evaluatie: proces én resultaat	Goed alternatief
Gedrag en functioneren	Via onthaal en e.t. verwijzingsfunctie. Via het sturen en toepassen van intake, opname en behandelingsbeleid. Via het afstemmen van het zorgaanbod op de zorgvraag. Via het hanteren van een alternatieve behandelingscontext intra-en of extramuraal.	Rol van elke betrokken ziekenhuiswerker vanaf eerste contact. De rol van artsen, opname- en teamcoördinatoren bij intake en later samen met het ontvangende team bij het opnamegebeuren. Hou voor opname rekening met dag, tijdstip.		
De omgeving/het landschap/de voorziening/de thuissituatie van de patiënt	Via de PDSA -methode. Moet men bij en of tijdens de opname met bepaalde zaken rekening houden? Kunnen of moeten anderen personen of hulpverleningsinstanties ingeschakeld worden?	Wordt er voor de naastbestaanden gezorgd? Zijn er nog personen of instanties die gewaarschuwd moeten worden?.		
De leefgewoonten	Zie voorgaande.	Welbepaald taalgebruik, gewoonten en omgangsvormen zijn in sommige leefsituaties normaal.		
Ziekte-inzicht	Via psycho-educatie.	Opdracht voor alle disciplines rond de patiënt.		
Conflicthanteringsstijl	Via screening antecedenenten. Via observatie en bespreking. Via peiling naar de bereidheid tot samenwerken. Via afstemming beïnvloedingstrategie op stijl en situatie.	Een gepaste professionele aanpak.		
Autonomie / verantwoordelijkheid	Via patiëntparticipatie in eigen zorgplan en het afdelings- en ziekenhuisbeleid. Empoweren waar kan.	De eigen verantwoordelijkheid, autonomie en ervaringsdeskundigheid van de patiënten zelf.		
Omgaan met regels/afspraken	Via communicatie individueel en of in groep streven naar een (steeds) akkoord van patiënt. Via het regelmatig in vraag stellen van de zin van “deze of gene” regel/afpraak. Via je grens bepalen. Ze communiceren en ze toe	Individuele afspraken en collectieve afspraken. De conformiteit met wat men beoogt in? . Is het van toepassing op individuele patiënt/situatie?.		

	te passen indien noodzakelijk. Wees consistent.			
Verveling	Via uitbouw aangepast activiteitenprogramma naast het therapeutisch programma.	Overbrugging van de sessie naar de volgende sessie. Aanbod na de kantooruren.		
Middelengebruik	Via voorlichting, bevraging, opsporingsdetectie. Gevolgd door een aangepast hulpverleningsaanbod.	Kan psychiatrische problematiek verzwaren. Patiënten onder invloed reageren anders en meestal ook heviger bij frustratie, spanning, conflict.		
Medicatiegebruik en medicatietrouw	Via toetsing en proactief ageren: Voorlichting, inspraak, participatie, motivatie bevorderende gesprekken, opvolging.	Heeft de patiënt de gepaste medicatie? Rol hulpverlener en arts. Medicatieontrouw is bekend en komt frequent voor. Zoek coöperatie met patiënt en naastbestaanden. Maak de mogelijke nevenwerkingen bespreekbaar.		

Personeelsfactoren	Preventieve en curatieve maatregelen.	Specifieke aandachtspunten	Evaluatie: proces én resultaat	Goed alternatief
Kennis, kunde, perceptie en attitudes Potentieel aanwezige competenties	Via aanwervings- en Personeelszorg beleid in al zijn facetten. Via het voeren van een competentie management. (competenties detecteren, ontwikkelen, versterken)	Competenties uit zich in gedrag dat zichtbaar is. Belang van formele punt (ok – niet ok). Belangrijke rol voor afdelingshoofd.		
Professionele ontwikkeling	Via informeren. Via vorming. Via sturing. Via coaching. Via mutatie.	Kennis van o.m. psychopathologie, agressiebeheersing, omgang met stress, interventietechnieken; observeren en rapporteren, interdisciplinair samenwerken, omgang met crisissituaties en tekortkomingen. Kort op de bal spelen bij tekort schieten.		
Professioneel functioneren	Via opvolging, bijsturing, functioneringsgesprek.	Het functioneren zelf en de samenwerking.		
Professioneel presteren	Via evaluatiegesprekken-uitgetekend evaluatie beleid.	Beoordeel competentieontwikkeling en het professioneel presteren.		
Professionele houdingen	Via observatie, communicatie, feed back, ondersteuning, sturing, complimenteren, coaching, bijsturing.	Een professionele basisattitude is cruciaal. Zij verwijst naar hoe men denkt, voelt en reageert.		

	Via bijscholing en trainingssessies.			
Draagkracht	Idem voorgaande. Via het zoeken en geven van aangepast werk.	Indien men draagkracht niet kan verhogen of de werklast niet kan verlagen nagaan hoe verder.		
Omgang met patiënten	Via benadrukken en responsabilisering van de specifieke rol van individuele begeleiders. Via rekening houden met de persoonlijkheid en competenties van de begeleider bij toewijzing.	Empoweren van de patiënt.is een basisomgangsvorm. Kunnen en aankunnen zijn hierbij belangrijk.		
Persoonlijke normen	Via observatie en aanspreken indien gedrag en taal indruisen tegen het algemeen gedragen normbesef over wat kan/niet kan.	Indien het professioneel functioneren onvoldoende is en bijsturing niet lukt, moet men de beroepsernst hebben om te overleggen hoe nu verder.		
Beroepsernst en zorgvuldigheid	Via, observeren, en het aanspreken voor gedragsverandering bij te kort schieten. Gedrag evalueren, bilan opmaken, beslissen.	Medewerkers die de vorming te licht opnemen berispen. Bij volharding bilan opmaken en conclusies trekken.		
Opgedane ervaringen bij agressie Betrokkene, “agressor”, slachtoffer	Idem voorgaande. Via activeren slachtoffer-bejegening, opvang.	Opvolging blijft geboden. Belangrijke rol voor teamverantwoordelijken en collega teamleden.		
Vaardigheden Sociale omgangsvormen	Via observatie, communicatie, feed back, aanmoediging, ondersteuning, sturing, complimenteren coaching, bijsturing. Via bijscholing en trainingssessies.	Respectvolle bejegening, betrokken, luisterbereid, assertiviteit, correcte omgang met taal, kritiek, stress, zijn vaak conflict vermijdende vaardigheden in het sociale verkeer.		
Stressbestendigheid	Idem voorgaande.	Omgaan met werkdruk, tijdsbesteding.		
Conflicthanteringsstijl	Idem voorgaande.	Idem voorgaande.		
Communicatie(stijl)	Idem voorgaande.	Verbale én non verbale taal heeft een effect.		
Interdisciplinair teamwerk	Via uitwerking van back-upregelingen. Via verdere afstemming van het aantal personeelsleden voor een ondersteunende aanwezigheid of beschikbaarheid: in continu zorg, activiteitenaanbod, diagnostiek, therapie.	Werkbelasting, draagkracht, zorgopdracht, aanwezige aanbod, de back up mogelijkheid.		

Flexibiliteit in werken met regels	Via informatie, observatie, communicatie, feed back, complimenteren, coaching, bijsturing.	A en A' kunnen uitleggen.	
Werken met familie	Idem voorgaande.	Idem voorgaande.	
Verband psychopathologie & agressie	Via vorming op het terrein en via bijscholing.	Psychiatrische problematiek, afstemming, verwachtingen, frustratie en agressie Inzicht, kennis en kunde.	
Beschermingsmaatregelen	Via training en kennis en kunde wanneer toepassen op welke wijze.	De interventie moet legaal, humaan, proportioneel, veilig en algemeen toepasbaar zijn.	
dwangmaatregelen	Via informeren en reflecteren over de bestaande en mogelijks alternatieve toepassingen in het praktijkveld vandaag en in de toekomst.	Het moet gedragen worden door het team en er mogen geen alternatieven voorhanden zijn. Preventie en zoektocht naar alternatieven.	
Interventietechnieken	Via training en kennis en kunde opdoen over wanneer toepassen en op welke wijze.	De interventie moet legaal, humaan, proportioneel, veilig en algemeen toepasbaar zijn.	
Omgaan met stress en agressie, crisissen	Via vorming in het praktijkveld en bijscholing.	Preventief werken: Slecht nieuws, drugscreening... De verantwoordelijken moeten deze cursus als verplicht te volgen stellen aan hun medewerkers.	
Oog voor orde en netheid	Idem voorgaande.	Vele patiënten hebben een enorme gevoeligheid voor orde en netheid in een omgeving waar zij toch 24u op 24u verblijven.	

Werking gebonden factoren	Preventieve en curatieve maatregelen.	Specifieke aandachtspunten	Evaluatie: proces én resultaat	Goed alternatief
Het onthaal	Via aandacht hier voor bij aanwerving van personeel. Via een vorming en training. Via evaluatie en bijsturing.	Vriendelijk, betrokken, correct, vlot, professioneel Agressiebeheersing, veiligheid en een veiligheidsgevoel start vanaf het eerste contact.		
De Intake	Zie ook voorgaande Via toetsing zorgvraag aan zorgaanbod nagaan of we iets voor deze persoon kunnen doen. Zo ja wanneer, waar en op welk tijdstip?	Juiste afdeling voor de patiënt? Juiste patiënt voor de afdeling? Juist moment? Aanwezig zorgaanbod; therapeutisch kader, huidige werkbelasting, draagkracht, bezettingsgraad nu én		

	Zo neen welke informatie verstrekken we om op een gepaste manier door te verwijzen.	op jaarbasis, problematiek, infrastructuur, ...		
Het opnamegebeuren	Zie ook voorgaande. Via een goede planning en afstemming met alle betrokkenen van het opnamemoment. Via het volgen van de gepaste procedure: Nauwgezet, goed en zo volledig mogelijk, rekening houdend met de specifieke vragen en wensen die patiënten en naastbestaanden op dit moment nog hebben. Via het direct aanduiden van een individuele begeleider die vanaf het begin mee met deze patiënt op weg kan gaan.	Plan het opnamemoment vooraf en op een weekdag tijdens de kantooruren. Er is dan meer personeel aanwezig en de ondersteunende diensten zijn nog open. Denk hierbij ook aan: Aanwezigheid van een arts, het nog open zijn van administratie, apotheek, polikliniek, therapeutische diensten. Hij moet verwacht worden en niet “komen storen” Is de opname urgent? Een gedwongen opname wordt afgehandeld volgens de verplichte en gekende procedure. Geen gedwongen opname maar wel een crisis? Verwijzen we door naar een Paaz of nemen we op? Kunnen we dit op een behoorlijke wijze doen?		
Het zorgproces	Via een professionele werking en maximale patiënten participatie.	Vanaf aanmelding-intake-opname, doorverwijzing, nazorg, onthaalvriendelijk, vlot, correct en deskundig, met maximale betrokkenheid van patiënt en zijn omgeving hierbij rekening houdend met zijn eigen zorgvraag, persoonlijkheidsstructuur, functioneringsniveau, aanwezige competenties, en gestelde gedrag in stresssituaties.		
Procesmatige benadering (PDSA)	Via het, stimuleren, bevorderen en complimenteren van deze wetenschappelijk ingestelde houding, werkwijze en cultuur in zowel de zorgverlening als in de beleidsvoering. Via het hanteren in de dagelijkse werking.	Op alle niveaus. Zou een eigenschap moeten zijn bij elk personeelslid In individueel en in groepsverband.		
Patiënten- informatie en participatie	Via explicietie in afdelingsvisie. Via een goede vorming en training. Via evaluatie en bijsturing.	Dit gedachtengoed moet geïntegreerd zijn in houding en praktijkvoering. Betrek patiënt en naastbestaanden maximaal.		
Doelmatig behandelen	m.b.v. de PDSA –methode.	Verloopt de observatie en behandeling naar wens? Stelt men de vraag of de patiënt nog op die afdeling verder gevolgd en behandeld moet worden?		

Voldoende therapeutisch- en vrijetijdsaanbod.	Via de PDSA -methode: Eerst afstemming van therapeutisch zorgaanbod op gestelde zorgvraag. Vervolgens invulling en aanbieding van een gewenst vrijetijdsaanbod. Centraal en decentraal georganiseerde activiteiten aangepast aan de wensen en noden van de zorgvragers in aangepaste accommodatie.	Breng gewenste kwaliteit van zorg in kaart. Komt bestaand zorgaanbod hieraan tegemoet? Wat kan en wat is het alternatief? Bespreek dit met patiënt en naastbestaanden. Het vrijetijdsaanbod: Vermijdt een centraal vrijetijdsaanbod als er normaliter therapeutische programma's lopen. Richt u meer op vrije dagen, brugdagen en weekends. Voorzie een aanbod op maat.	
Bestaffing	Via een planningsinstrument gebaseerd op voor het ziekenhuis vooraf bepaalde criteria die richtinggevend zijn. Via de PDSA -methode bijsturen indien nodig. Via aanpassing van dienstroosters indien dit noodzakelijk is.	Doe de oefening proactief, op regelmatige basis. Wat is een haalbare, normale bestaffing hierbij rekening houdend met de beschikbare middelen, de zorgopdracht, draagkracht, de werkbelasting op de tewerkstellingsplaats zelf, de back up mogelijkheid van collega's in het ziekenhuis? Ga na wat het normale minimum is in geval van verstoring in de bestaffing. Ga na als het minimum geen haalbare interventie moet welke e.t. tijdelijke meer haalbare interventie moet gebeuren op korte of middellange termijn.	
Teamwerk	Via een verdere afstemming van het aantal personeelsleden voor een ondersteunende aanwezigheid of beschikbaarheid: in continuïteit, in activiteiten, in diagnostiek, in therapie.	Zie voorgaande.	
De aanwezigheid, de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van personeel	Via goede werk- en rustpauze afspraken, zorgen dat patiënten steeds bij iemand terecht kunnen.	Een waakzame aanwezigheid. Is men indien gewenst bereikbaar én beschikbaar?.	
De werkbelasting	Via informatie en vorming: Hoe omgaan met druk en hoe het werk beter organiseren. Via PDSA -methode al of niet ondersteund met werk meetmethodes. Via overleg een billijke spreiding op de afdeling en over de afdelingen én diensten heen.	Hoe groter de werkbelasting hoe lager de draagkracht, hoe minder je effectief waakzaam, aanspreekbaar en beschikbaar wordt, hoe groter de stress en het risico op onveilige situaties / agressie. Installeer werkoverleg gelijk een briefing in de werking van je afdeling /dienst.	
De draagkracht	Zie ook voorgaande Via draagkracht verhogende maatregelen	Openheid, samenwerking, werkoverleg, taakverdeling, coaching, ondersteuning interventie,	

			supervisie, teamspirit kunnen belangrijk zijn.		
Keuze personeel	Via duidelijke communicatie met en betrokkenheid van directe leidinggevenden bij het aanwervings- en mutatiebeleid Via degelijke selectie en informatieverstrekking voor start. Via het inbouwen van extra aandacht m.b.t. functioneren in de proefperiode		Detecteer mogelijke veiligheidsrisico's bij potentiële medewerkers. Als dit ervaren wordt best geen aanwerving, ook al is personeelsnood hoog. Stem wederzijdse verwachtingen, rechten en plichten op elkaar af. Stel een peter-en of meter aan. Volg op en stuur bij. Werk met een checklist.		
De teamsamenstelling	Zie voorgaande met duidelijke afstemming van het afdelingszorgaanbod (lees kennis, kunde en houding) op de afdelingszorgopdracht.		Complementair en professioneel functioneren. Indien men na een leerproces te kort blijft schieten adviseert men best een andere werkbestemming. Verantwoordelijken zeggen én staven dit.		
Teamprocessen	Via duidelijke communicatie met en betrokkenheid van alle teamleden. Via het geven van feedback en sturing.		Omgang met veranderingen. Therapeutische coördinatoren spelen een belangrijke rol.		
Therapeutisch klimaat	Via de PDSA –methode. Via inbreng van veel positieve elementen. Via informatie, communicatie, naar en met patiënten ook over het dagelijkse samen leven.		De afdeling sfeer, de fysische en psychische ruimte, de dynamiek in omgangsvormen en uitwisseling, kennis, kunde, houding, de inrichting en aankleding, therapeutische aanpak, dagstructuur, aanwezige problematiek, enz.		
Kennis over patiënt	Via de PDSA - methode informatie uit voorgeschiedenis en huidige functioneren. Risico-inschatting.		Werken met signaleringsplannen kan een hulp zijn bij potentieel risico op agressie.		
Therapeutische relatie	Via de PDSA –methode. Via aanstellen van individuele begeleider, specifieke therapeuten, arts.		Aanwezige kennis, kunde en een goede professionele instelling werken vaak conflict vermijdend.		
Aanwezige communicatiekanalen	Via PDSA –methode: Zijn er voldoende en zijn ze ook doelmatig?. Zo neen afschaffen en andere meer aangepaste communicatiekanalen.		Is de communicatie ok? (lees ook afspraken) Ook over de afdelingen, met hulpdiensten, politie? Informele communicatie heeft ook een positief nut.		
Psycho-educatie	Via het opnemen in elk individueel behandelplan en er voor zorgen dat dit ook gedaan wordt.		Naastr patiënt is het vaak aangewezen de naastbestaanden mee te betrekken in de educatie.		

Beschermingsmaatregelen	Via bevraging en bespreking met de patiënt voor wanneer hij het moeilijk zal krijgen of heeft. Via de toepassing van de PDSA –methode. Via afgesproken procedures, handelingsplan.	Zie ook voorgaande.		
Grenzen trekken	Via PDSA –methode. Via informatie, vorming en training. Via zie voorgaande.	Wat is de grens? Persoonlijk, professioneel? De competentie agressiebeheersing speelt voluit.		
Regels en de toepassing ervan	Via Opstelling op afdeling/op individueel niveau. Via duidelijke en begrijpbare communicatie al of niet schriftelijk en of visueel ondersteund. Via de regelgeving ook te laten gelden.	Ga na of de regel nog nodig, aangepast of overbodig is. Geeft men gevolg aan niet naleving?.		
Wat bij overtreden regels?	Via PDSA -methode Bespreking met patiënt /omgeving en het treffen van al of niet beschermende restrictieve maatregelen.	Laat de proportionaliteitsregel gelden. Check de reden voor regel overtredend te zijn. Streef een informed consent na		
Gepaste Interventie bij agressie	Via PDSA –methode nagaan of er correcte en snelle informatieverwerking is alsook of er een snel en professioneel optreden plaatsvindt.	Informatie, houding, kennis en kunde moeten op punt staan.		
Steun collega's / aantal aanwezigen	Via PDSA -methode. Zie ook voorgaande.	Samenwerking is cruciaal binnen maar ook over de afdelingen heen.		
Medicatiebeleid	Via PDSA -methode. Het is een exclusief terrein van de arts die wel via voorschriften en staand orders kan weergeven welke medicatie wanneer.	Welke medicatie bij het vertonen van welbepaald gedrag? Welke medicatie in noodsituaties?		
Samenwerkingsverbanden	Via PDSA -methode. Via informele communicatie en organisatie Zie ook voorgaande.	Je werkt samen: multidisciplinair, interdisciplinair, intramuraal, extramuraal en transmuraal. Formeel en informele samenwerkingsverbanden		
Veilig melden en registreren van incidenten	Via blijvende motiverende oproep en controle dat de registraties ook correct gebeuren. Via het creëren van sfeer “no blame or shame” Via snelle en gepaste feedback en gevolggeving. Via benadrukken van het belang van melding als leersituatie” en expertise opdoen.	Geef positieve feedback. Neem structurele maatregelen indien het kan. Check zorgvuldigheid in notitie. Registratie gebeurt op MPG maar ook in het behandelplan. Gebruik Infoland indien het al kan.		

De zorg na incident	Via care en begeleiding altijd aan alle betrokkenen in eerste instantie door de betrokkenen en verantwoordelijken zelf. Via het opvangteam. Zij staan in tweede instantie altijd ter beschikking om hulp te verlenen.	Dit luik is een must in onze hulpverlening. Het opvangteam kan proactief geraadpleegd worden. “Victimiseer” zelf ook niet.		
Herstelgedrag/ actie	Via PDSA -methode preventief of achteraf curatief afspreken hoe herstelbeweging doen. Via een vergoeding vanwege verzekering, het ziekenhuis. Via juridische weg herstel van geleden schade materieel en immaterieel.	Voorkeur is een individueel aangepaste te ondernemen actie in hulpverleningscontext. De wil om te herstellen moet er wel zijn, wil het zijn effect hebben. Van medewerkers die eens grensoverschrijdend gedrag stellen verwachten we ook dat ze een herstel-gesprek-actie doen.		
Agressiebeheersingsbeleid op afdelingen-en dienstniveau.	Via het aanstellen van een aanspreekpunt per afdeling met een vorming en training in deze agressiebeheersingsproblematiek. Via het implementeren van eigen specifieke preventie-en curatieve maatregelen aangepast aan eigen situatie, populatie, werking. Via het toepassen van eigen toetsingsinstrument gecombineerd met de PDSA –methodiek.	Jaarlijks een bijscholing volgen intern of buiten het ziekenhuis. Op de hoogte blijven van nieuwe inzichten op dit terrein. In staat zijn om de kennis en kunde hierover aan hun medewerkers over te brengen. Kritisch waakzaam zijn dat dit beleid concreet wordt toegepast én aangepast aan hun situatie en patiëntenpopulatie.		
Het personeelsbeleid Op de afdeling/dienst	Zie ook de beschreven preventieve en curatieve maatregelen en aandachtspunten bij werking gebonden factoren. Zie ook de preventieve en curatieve maatregelen en aandachtspunten beschreven bij personeel gebonden factoren. Via de vele (soorten) gesprekken komt men ook aan veel informatie en informatie-uitwisseling, welke een hulp kan zijn voor alle betrokkenen in het te voeren agressiebeheersings-en veiligheidsbeleid.	Samenwerking en verantwoordelijkheid opnemen is een must. Leidinggevenden dragen goed zorg voor hun medewerkers opdat zij op hun beurt goede zorg kunnen verlenen aan hen toegewezen patiënten. In deze context zal al vanaf het begin van aanwerving bijzonder aandacht nodig zijn voor een goede houding, kennis en kunde in: *samenwerking in teamverband * omgaan met stress en agressie, * adequate communicatie en werkgroeporganisatie * professioneel interdisciplinair teamwerk, * het brengen van slecht nieuws, * psychiatrische problematiek en afstemming * omgang met crisissen * adequate interventietechnieken *het hanteren van procedures,		

			* het beroep doen op het back up systeem * het in werking stellen van het noodoproepsysteem * het kunnen oproepen van hulpdiensten 100, politie *het bewust zijn van eigen minder sterke punten en er op een gepaste manier mee weten om te gaan. * het doen van, correcte observaties en registraties *het gepast weten te reageren, communiceren *slachtoffer –en daderbejegening *beroepsernst en zorgvuldig *professioneel gedrag en cultuur *kennis, kunde, competenties. De rol van de arbeidsgeneeskundige dienst Idewe Een exitgesprek geeft informatie.		
--	--	--	---	--	--

Infrastructuur gebonden factoren	Preventieve en curatieve maatregelen.	Specifieke aandachtspunten	Evaluatie: proces én resultaat	Goed alternatief
Afdeling en ateliers (inrichting, beschikbaar materiaal)	Via PDSA-methode, Risico inschattingsschalen kunnen hierbij gebruikt worden. Via een goede observatie en communicatie met alle betrokkenen. Via het beroep doen op externen al of niet expert in deze materie.	Materiaalkeuze, duidelijke structuur, circulatieplan, ontmoetingsplaatsen, privacy, leef-, behandel-, dienst- en zoekzones. Comfortabel en functioneel ingerichte slaapkamers, dienstlokalen, afzonderingsruimtes. Audio- visuele apparatuur, handige oproepsystemen. Groene zones. Kleinschaligheid binnen een grootschaligheid... Ze snel herstel of vernieuwing van zaken die stuk, los en of onveilig zijn.		
Een(meer)persoonkamers	Zie ook voorgaande.	Eenpersoonkamers geven meer privacy, rust, uitweg bij spanning interactie-reductie-enz.		
Overzichtelijk	Zie ook voorgaande.	Bij enkele meerpersoonkamers kan men ook gebruik maken van gordijnen, scheidingswanden...		
Compartmentering	Zie ook voorgaande.	Enorm belangrijk voor de bestaffing zeker bij minimum bestaffing.		
Prikkelarme ruimte en of afzonderingskamer	Zie ook voorgaande.	Niet iedereen zit graag bij en met iedereen. Kun je leef-en eetruimte indien nodig wat anders inrichten?		
		Deze ruimten moeten absoluut veilig en toch zo "comfortabel mogelijk" zijn. Zie ook nota bij te		

			volgen procedures bij én na afzondering.		
Afsluitbaarheid		Zie ook voorgaande.		Maak duidelijke afspraken wat gesloten moet worden tijdens de dag/tijdens de nacht. Naast lokalen kan het ook gaan om Tv's, frigo's, kasten...	
Aanwezigheid van geld		Zie ook voorgaande.		Doe geen "tabula rasa" maar maak goede afspraken	
Toegang tot medicatie		Zie ook voorgaande.		Voldoende grote en functionele kasten vermijden dat men medicatie op andere plaatsen stockeert dan waar het thuishoort.	
Defecten		Via een snelle, degelijke en als het kan, een nog esthetisch uitziende herstelling.		Een goed onderhouden afdeling straalt veiligheid en rust uit. Het voorkomt vaak agressie of vandalisme.	
Personenalarm/personenzoeker		Zie ook voorgaande.		Zie beleidsvoorbereidende informatie van de projectgroep Aggressiebeheersing via een werkgroep ad hoc PBS. Eén ringtone voor alarm voor heel de kliniek moet er zijn. Nr.10. Controleer op eigen afdeling/dienst.	
Noodtelefoonnummer		Zie ook voorgaande.		Gebruik van korte visuele ondersteuningsmiddelen kan effectief helpen. Denk o.a. aan pictogrammen.	
Camera's		Zie ook voorgaande.		Personeel kan niet altijd overal aanwezig zijn. Maak daarom maximaal gebruik van deze apparatuur. Goede informatie en motivatie vooraf voorkomen veel onnodige onrust. Camera's op kamers indien echt nodig. Hou rekening met privacy. Steeds trachten te komen tot een informed consent.	
Beveiligingsmateriaal		Zie ook voorgaande.		Zie protocol fixatie. Zie ook cursus en training in lichaamstechnieken.	
Noodverlichting		Zie ook voorgaande.		Noodverlichting dag en nacht.	
Communicatiemiddelen		Zie ook voorgaande.		Goede communicatie vergt ook heel goede en gebruiksvriendelijke communicatiemiddelen. "Kiss"	

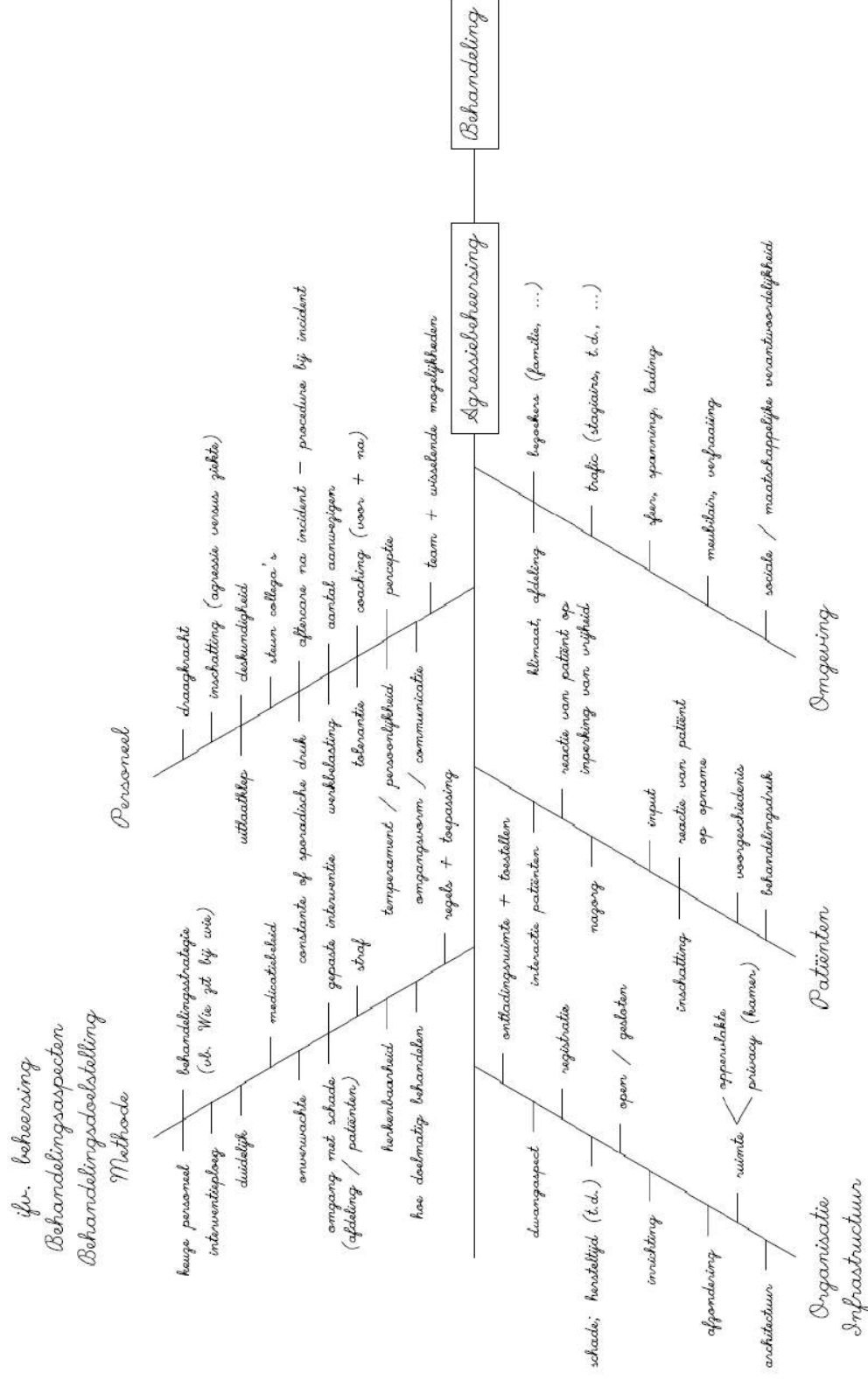
Omgeving gebonden factoren	Preventieve en curatieve maatregelen.	Specifieke aandachtspunten	Evaluatie: proces én resultaat	Goed alternatief
Blootstelling aan prikkels/ stimuli	Via de PDSA –methode.	Het zorgaanbod en aantal interacties ook in duur moet aangepast en gedoseerd zijn.		
Overlast	Via de PDSA -methode nagaan. Via het implementeren van allerhande maatregelen om deze overlast toch te reduceren.	Een goede planning en aankondigingslijst zijn al goede maatregelen.		
Onbekende gezichten/ situaties	Via aankondiging en toelichting wie komt wanneer, waarvoor en voor hoe lang.	Personeel én patiënten informeren. Voorspelbaarheid reduceert onrust, agressie.		
Ruimte	Via de PDSA-methode. Hoe kunnen we de meestal te krappe ruimte optimaal gebruiken en wat moeten we daarvoor bewerkstellingen?	Is het noodzakelijk dat betere (lees ruimer) werkruimtes soms ten koste moeten gaan van ruimte voor leef- en verblijfszones van patiënten?.		
Veilig	Via de PDSA-methode opsporen, observeren, analyseren, expertise inbrengen intern. Via beroep doen op deskundigen extern.	MBG's, Infoland, de preventie-en veiligheidsadviseur, het comité, mondelinge en of schriftelijke rapportage van iedereen die zaken vaststelt die onveilig zijn.		
Orde, discipline en netheid	Via de PDSA -methode. Via er alert voor te zijn en er iets aan te (blijven) doen. Zelf actie ondernemen en of beroep doen op onderhoud- en logistieke diensten.	Afgeleefde en rommelige ruimten. Zwerfvuil. Kan men daar een atelierwerking rond opzetten? Zorg voor naleving van reglementering én sanctioneer bij niet naleving proportioneel.		
Privacy	Via de PDSA –methode: Ga na op welke wijze we in contact treden.	Territoriumoverschrijding? Hoe er mee om te gaan?		
Afdeling- ateliers- ziekenhuisklimaat	Via de PDSA -methode opsporen en verbetering inbrengen.	Wordt gemaakt door infrastructurele elementen, aanwezig materiaal, personen: patiënten én het personeel. Iedereen heeft daar verantwoordelijkheid rond op te nemen. Individueel en collectief.		
Verlichting	Via de PDSA -methode opsporen en verbetering inbrengen.	Kan men de nachtverlichting bedienen? Laat men patiënten als het donker is zo maar buiten?		
Akoestiek	Via de PDSA -methode opsporen en verbeteren.	De dagelijkse drukte en de drukte bij werkuitvoering.		

5. Aanbevelingen

1. De verantwoordelijken van elke zorgafdeling en doelgroep gaan na welke verbeteringen zij binnen het gehele zorgproces kunnen doorvoeren op het vlak van agressiebeheersing en veiligheid. Artsen en opnamecoördinatoren hebben bij intake (problematiek) en opname (onthaal, dag, tijdstip) een cruciale rol te vervullen. *Op korte en middellange termijn.
2. De directie van het ziekenhuis kan een bijdrage leveren door in hun communicatie zowel intra-als extramuraal te stellen dat agressie en geweld niet getolereerd worden. Ze ondersteunen en werken mee met alle behartigingswaardige initiatieven. Bv. Betere bestaafing, snelle invoering registratiesysteem Infoland. *Op korte en middellange termijn.
3. De directie vaardigt een richtlijn uit dat elk personeelslid binnen het U.C.P. St.-Kamillus minstens 1x binnen een tijdstermijn van 2 jaar een vorming en training heeft gevolgd over agressiebeheersing. *Op korte termijn.
4. Er wordt van alle personeelsleden verwacht dat ze op een gepaste manier kunnen omgaan met stress en agressie. Een aandachtspunt voor elke werknemer en hun verantwoordelijken en dit vanaf aanwerving tot uit diensttreding. *Op korte en middellange termijn.
5. Een gepaste professionele houding van elke werknemer met aandacht voor onthaalvriendelijkheid, bejegening, zorgvuldigheid, beroepsernst, verantwoordelijkheid en team play werking zowel naar patiënten, collega's, het ziekenhuis, bezoekers én dit ongeacht zijn/haar anciënniteit. Mede collega's en verantwoordelijken zien hier op toe en dit van aanwerving tot uit diensttreding. *Op korte termijn.
6. Het aanstellen door de directie van een agressiebeheersingscoach op ziekenhuisniveau naast de aanstelling van aanspreekpunten op afdelingsniveau die het mandaat en tewerkstellingstijd krijgen om deze zinvolle functie te behartigen. *Op middellange termijn.
7. De bestaffing optimaliseren, een opdracht van de lijnverantwoordelijken en gedragen door andere betekenisvolle partners in het ziekenhuis. De back up functie moet daarbij maximaal geactiveerd worden. *Op korte en middellange termijn.
8. In heel het zorgproces krijgt informatie geven en het actief betrekken van de patiënt en zijn naaste omgeving in zijn individueel uitgetekend handelingsplan een centrale plaats. De therapeutische coördinatoren nemen dit mee ter harte en zien toe dat medewerkers dit ook ten volle opnemen in hun opdracht uitvoering. *Op korte termijn.
9. Zorgen voor een veilige verblijf- en werkomgeving met snelle detectie van zaken die stuk of los hangen, een opdracht voor alle personeelsleden én herstelling of vervanging van kapotte zaken door de technische dienst of andere diensten én dit binnen de week moet het streefdoel zijn. *Op korte termijn.
10. Blijven ijveren dat binnen het nieuwe masterplan zoveel als mogelijk tegemoetgekomen wordt aan de eisen van een toekomstgerichte, excellente ziekenhuisinfrastructuur en ziekenhuiswerking waar infrastructuur maximaal een bijdrage wordt geleverd aan het aandachtsveld agressiebeheersing en veiligheid voor iedereen. Een missie voor de relevante tenoren die zich kunnen laten inspireren door de verzamelde informatie op de eerste beleidsdag en de besprekingen met de architecten. *Op korte en lange termijn.
11. Het uitbouwen van een positief onthaal, sociaal controle en dienstverleningssysteem op de hele campus en directe omgeving. Een aandachtspunt voor directie, alle werknemers, de buurt, de lokale gemeenschap. *Op korte en middellange termijn.

6. Bijlagen

Bijlage 1 visgraatdiagram Aggressiebeheersing jg.2000



Bijlage 2: Informatie vanuit het auditmodel (TK=tekortkoming, AB=aanbeveling, SP=sterk punt)

AB	Er is een preventief beleid om agressie en geweld te voorkomen. * Deze preventie is gericht op het voorkomen of het zo veel mogelijk terugdringen van agressie-incidenten. Belangrijk punt binnen deze preventieve maatregelen is het trainen van personeelsleden in agressiebeheersing maar ook het opnemen van een aandachtspunt agressie in de behandelplannen. * De instelling neemt maatregelen om de veiligheid op werkplekken, werkomgeving en inrichting van gebouwen te vergroten. * Daarnaast worden er maatregelen getroffen om de veiligheid bij werkprocessen te vergroten.
TK	De organisatie beschikt over een uitgeschreven visie m.b.t. omgang met agressie en geweld binnen het ziekenhuis. Hierin staat minimaal vermeld : * definitie van agressie en geweld (het gaat hier niet enkel over de fysieke en psychisch feitelijke agressie maar eveneens over de gevoelens van onveiligheid en de angst voor agressie) * hoe om te gaan met agressie en geweld * vaststellen van (on)gewenst en (on)toelaatbaar gedrag * huisregels voor patiënten en gedragsregels voor medewerkers
TK	Voor de aanpak van agressie bestaan er binnen de instelling duidelijke en gedeelde normen over welk gedrag acceptabel is en welk niet. Het uitwerken van deze normen in huisregels voor patiënten en gedragsregels voor medewerkers schept de gewenste duidelijkheid. Deze gedragscode kan als basis dienen om mensen op hun gedrag aan te spreken. In deze huisregels voor patiënten dient men ook aan te geven wat de consequenties zijn van het overtreden van de normen. In de protocollen dient men ook te voorzien hoe medewerkers dienen te reageren in geval van agressie.
TK	De instelling beschikt over een registratiesysteem voor agressie. O.b.v. dit registratiesysteem kan men een analyse maken die inzicht geeft in het aantal, de aard en de oorzaken van incidenten. Hierdoor kunnen er bepaalde patronen worden onderkend. Deze analyse vormt de basis voor het evalueren en bijstellen van het beleid.
TK	Het is belangrijk om medewerkers te trainen in omgaan met agressie en onveiligheid. Belangrijk onderdeel is de-escalerend gedrag. Controle en fysieke beheersing zijn andere belangrijke elementen. Het kan ook belangrijk zijn om te onderzoeken in welke mate medewerkers van ondersteunende diensten training dienen te krijgen.
AB	De trainingen m.b.t. agressie worden op regelmatige basis herhaald.
TK	Een afdelingsteam kent de risicovolle momenten en situaties binnen de eigen afdeling en weet hoe het - indien nodig - moet handelen.
TK	Het team heeft een veilige werksfeer. Individuele medewerkers kunnen uiting geven aan hun gevoelens van onveiligheid.
AB	Veiligheid en agressiebeheersing staan regelmatig op de agenda van het teamoverleg.
SP	Elke afdeling beschikt over een referentieverpleegkundige / verantwoordelijke, met bijzondere vorming in of specifieke taken m.b.t. agressieproblematiek.
AB	Het ziekenhuis beschikt over een protocol dat regelt hoe de opvang van medewerkers dient te gebeuren nadat zij slachtoffer zijn geworden van agressie. Het moet duidelijk zijn wie wanneer welke actie dient te ondernemen.
AB	Medewerkers die een incident melden, krijgen automatisch nazorg aangeboden. Zij bepalen zelf of ze hier gebruik van willen maken.
AB	Er zijn binnen de instelling voorzieningen getroffen zodat medewerkers adequaat kunnen reageren op agressie. Bijvoorbeeld agressiehantering, alarmprocedure, collegiale ondersteuning, samenwerking met politie,
AB	De instelling beschikt over een intern alarmsysteem. Dit systeem zorgt ervoor dat medewerkers in geval van nood alarm kunnen slaan of persoonlijke assistentie kunnen inroepen. De medewerkers weten hoe zij assistentie moeten inroepen bij (dreigende) agressie.
AB	Binnen de instelling voert men op regelmatige tijdstippen onderzoek uit waarmee men inzicht kan verwerven in de mate van blootstelling van medewerkers aan agressie en geweld en de gevolgen hiervan voor medewerkers (klachten, ziekteverzuim, beperkingen in inzetbaarheid en verminderd functioneren door agressie).

Bijlage 3: De Aggressie- preventie- checklist (APC)

Opname-datum patiënt:

Datum van invullen door intaker:

Aggressie-Preventie-Checklist (APC)
(H. Nijman, W. Allertz & J. à Campo)

Op deze pagina wordt het agressie-risico (zoals berekend aan de hand van de VAS-inschatting) door de intaker genoteerd. Daarnaast vult de intaker kolommen 1 en 2 van de Aggressie-Preventie-Checklist (voor zo ver mogelijk) in. Op basis van het voorspelde agressie-risico en de antwoorden van de intaker kan het afdelingsteam vervolgens preventieve maatregelen overwegen. Het is hierbij de bedoeling dat het afdelingsteam tijdens het eerste ochtendoverleg deel 1 van de Aggressie-Preventie Checklist doorneemt en verder invult. Het tweede deel van de APC wordt op het eerstvolgende behandelplanoverleg doorgenomen.

Naam patiënt:

Ingeschatte kans op agressief gedrag (verbaal & fysiek): %

Ingeschatte kans op fysiek agressief gedrag: %

Toelichting VAS-invuller:

Deel 1 van de APC:

De kolommen 1 en 2 worden ingevuld door de intaker. Kolommen 3 en verder komen vervolgens tijdens het eerstvolgende ochtendoverleg aan bod.

<i>Patiëntgebonden factoren</i>	1. In te vullen door intaker	2. toelichting van intaker (indien nodig)	3. Zijn er mogelijkheden om de situatie te verbeteren	4. Zo ja, wat? (interventie omschrijven)	5. Wie voert de interventie uit ?		
Is de thuissituatie van de patiënt op orde? (denk aan achtergebleven huisdieren / kapotte ruiten / openstaande deuren, kranen etc.)	☐ ja		☐ nee		ps.	pb-er	mw team

	☐ nee ⇒		☐ ja ⇒						
Is de familie op de hoogte van de opname?	☐ ja ☐ nee ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒						
Zijn de eerste levensbehoeften van de patiënt vervuld? (denk aan geld, kleding, rookwaar etc.)	☐ ja ☐ nee ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒						
Begrijpt de patiënt zijn juridische status?	☐ ja ☐ nee ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒						
Heeft de patiënt bepaalde verwachtingen waaraan niet kan worden voldaan?	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒						
Is de patiënt gemotiveerd voor behandeling?	☐ ja ☐ nee ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒						
Is de medicatie van de patiënt voldoende om agressie te voorkomen?	☐ ja ☐ nee ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒						
Is duidelijk welke medicatie in noodsituaties wordt verstrekt?	☐ ja ☐ nee ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒						
Snapt de patiënt wat er aan de hand is? (denk aan ziektebesef / inzicht in behandeldoelen)	☐ ja ☐ nee ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒						
Ontbreekt er verder nog informatie bij de patiënt?	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒						
Zijn er bepaalde symptomen die de kans op agressie doen toenemen en daarom speciale aandacht vragen? (te denken valt aan paranoïde wanen, imperatieve hallucinaties, ontremdheid, lage frustratie-tolerantie drempel etc.)	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒						
Zijn er andere factoren te noemen (bv. onder invloed zijn) die bij deze patiënt de kans op agressie verhogen?	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒						

Afdelingsfactoren	1. In te vullen door intaker	2. toelichting van intaker (indien nodig)	3. Zijn er mogelijkheden om de situatie te verbeteren?	4. Zo ja, wat? (interventie omschrijven)	5. Wie voert de interventie uit?			
					ps.	pb-er	mw	team
Heeft de patiënt behoefte aan een eenpersoonskamer?	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒					
Heeft de patiënt behoefte aan een meerpersoonskamer?								

(bij auto-mutilatie / suicidaliteit)	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒					
Heeft de patiënt voldoende privacy?	☐ ja ☐ nee ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒					
Begrijpt de patiënt de uitgangsregeling?	☐ ja ☐ nee ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒					
Is de patiënt akkoord met de afdelingsregels?	☐ ja ☐ nee ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒					
Is het mogelijk om de patiënt meer bewegingsvrijheid te geven ten einde agressie te voorkómen?	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒					
Zijn er specifieke situaties te noemen waarin de patiënt het moeilijk zal krijgen?	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒					

<i>Personeelsfactoren</i>	1. In te vullen door intaker	2. toelichting van intaker (indien nodig)	3. Zijn er mogelijkheden om de situatie te verbeteren?	4. Zo ja, wat? (interventie omschrijven)	5. Wie voert de interventie uit? ps. pb-er mw team
Heeft de patiënt een persoonlijk begeleider toegewezen gekregen?	☐ ja ☐ nee ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒		
Zijn bepaalde kwaliteiten van de persoonlijke begeleider van belang bij de preventie van agressie bij deze patiënt?	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒		
Is een speciale bejegening van de patiënt nodig om agressie te voorkómen?	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒		
Is er sprake van negatieve (tegen)overdrachtsgevoelens bij team of patiënt?	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒		
Is het nodig om bepaalde informatie vaker uit te leggen?	☐ nee ☐ ja ⇒		☐ nee ☐ ja ⇒		

Deel2 van de APC:

Dit gedeelte wordt ingevuld op het eerstvolgende Behandelplanoverleg.

<i>Patiëntgebonden factoren</i>		<i>Zijn er mogelijkheden om de situatie te verbeteren?</i>	<i>Zo ja, wat? (interventie omschrijven)</i>	<i>Wie voert de interventie(s) uit?</i>			
	☐ ja ☐ nee ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒		<i>ps.</i>	<i>mw</i>	<i>pb-er</i>	<i>team</i>
Heeft de patiënt de juiste medicatie om agressie te voorkomen?	☐ ja ☐ nee ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒					
Zijn er bepaalde symptomen die de kans op agressie doen toenemen en daarom speciale aandacht vragen?	☐ nee ☐ ja ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒					
<i>Afdelingsfactoren</i>							
Begrijpt de patiënt de uitgangsregeling?	☐ ja ☐ nee ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒					
Is het mogelijk om patiënt meer bewegingsvrijheid te geven om agressie te voorkómen?	☐ nee ☐ ja ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒					
Is het activiteiten-aanbod geschikt voor de patiënt?	☐ ja ☐ nee ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒					
Heeft de groepsamenstelling negatieve gevolgen voor het gedrag van de patiënt?	☐ nee ☐ ja ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒					
Zijn er op de afdeling dingen gebeurd (bv. (eerdere afzondering, gebrekkige opvang bij opname) die nog een rol kunnen spelen bij latere agressie?	☐ nee ☐ ja ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒					
Zijn er specifieke situaties te noemen waarin de patiënt het moeilijk krijgt?	☐ nee ☐ ja ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒					
<i>Personeelsfactoren</i>							
Is de bejegening van de patiënt de juiste om agressie te voorkómen?	☐ ja ☐ nee ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒					
Zijn er in de interactie tussen hulpverleners en patiënt dingen misgelopen die kunnen bijdragen aan agressief gedrag ?	☐ nee ☐ ja ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒					
Is de samenwerking tussen pb-er en patiënt goed?	☐ ja ☐ nee ⇒	☐ nee ☐ ja ⇒					

7. Inspiratiebronnen

Agentschap inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Agentschap Zorg en Gezondheid (2009). Auditmodel psychiatrische ziekenhuizen.

Bevernage, L.(2013). "Personeelsbeleid de ontwikkeling van medewerkers" interne nota. UPC Kamillus. Bierbeek pp.8

Bruynsraede, J. (2013) interne nota UPC Kamillus. Bierbeek Strategisch VTO beleid. Pp.15

FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg(2012). De wet en codex over het welzijn op het werk. Algemeen reglement voor de arbeidsbescherming. pp.576

FOD volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.(2012) Handleiding voor een programma voor preventie van agressie in ziekenhuizen. pp.55

Icoba, (2013) Tijd voor agressiebeleid. Werkboek voor medewerkers en beleid. Brussel Politea. Pp.258

Idewe, (2011) Infosessie m.b.t. Agressie en schokkende gebeurtenissen op het werk. Haasrode. 18 oktober 2011)

<http://www.wikipedia.be/> en <http://www.encyclo.nl>, internet encyclopedie.

<http://www.veiligezorgiederszorg.nl/home.html> en links.

Lempens, J. (2000-2013) Projectgroep Agressiebeheersing. Interne database UPC Kamillus. Bierbeek.

Lempens, J. (2004-2013) Werkgroep Agressiebeheersingscoördinatoren. Interne database vzw BVL Gent-Bierbeek.

Lokale experts in agressiebeheersing, veiligheid en slachtofferbejegening (2013). .Eigen expertise UPC Kamillus Bierbeek.

Needham, I, (2011) Violence in clinical psychiatry. Amsterdam. Kavanah. Pp.464

U Z Gent Agressie (dwang) maatregelen in een Europees perspectief Open Studiedag. Gent.15.11.2012

Sootjens, R. (2002) Cursus Leren omgaan met Dreigend en Destructief Gedrag. Sint- Hiëronymus ziekenhuis St. Niklaas. Pp.158

UPC Kamillus.(2006-2013) Melding Bijzondere Gebeurtenissen Verslaggeving en suggesties ter voorkoming van gelijkaardige incidenten. Interne data. Kamillus Bierbeek.

Van Tilburg, E.(2003).Agressie. Praktijkhandboek voor hulpverleners, begeleiders en leerkrachten Antwerpen. Garant. Pp.238

Van Malderen, H. (2013). Beleidsplan 2013 UPC. St.- Kamillus Bierbeek.

*"We may never be strong enough to be entirely nonviolent in thought, word and deed.
But we must keep nonviolence as our goal and make strong progress towards it."*

Mahatma Gandhi

