

Crisis Monitor in de spoedeisende psychiatrie

Dr. Roland van de Sande (onderzoeker / hoofddocent)
Edwin Hellendoorn, M.A (coördinerend behandelaar)

Prof. Dr. Henk Nijman, Prof. Dr. Niels Mulder
Prof. Dr. Cees van der Staak, Dr. Andre Wierdsma, Dr. E. Noorthoorn,

Inhoud

- Inleiding
- Achtergrond ontwikkeling en toetsing Crisis Monitor

- Multidisciplinair werken met de Crisis Monitor
- Training en implementatie aspecten Crisis Monitor

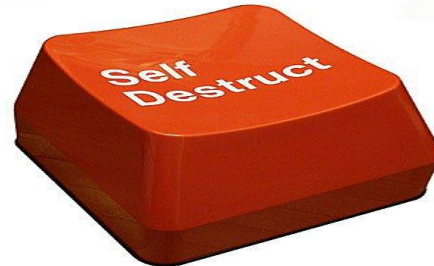
**ACHTERGROND ONTWIKKELING EN
TOETSING CRISIS MONITOR**

CrisisMonitor is een hulpmiddel bij beoordeling diverse gevaartypen

Agressie



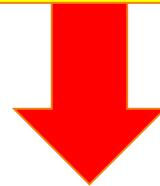
Zelfdestructie



Victimizatie



Toename acute (onvrijwillige) beoordelingen en opnamen
(Schoevaerts et al., 2013)



escalatie > dwangtoepassingen > escalatie

Risico communicatie in crisis





Risico taxatie valkuilen

- **Vals negatieve inschattingen (vermijdbare incidenten)**
(Sharkey & Sharples, 2003; O'Rourke & Bailes, 2006; Doyle & Dolan, 2002; Hawley e.a., 2006)
- **Vals positieve inschattingen (vermijdbare dwang)**
(Kapur e.a., 2000; Simon & Petch, 2002).

Onder en overschatting schadelijk voor patiënt en personeel

Plichtmatig uitvoeren risicotaxatie zonder dynamisch toepassing en ontbreken consistente koppeling naar behandelplan is zinloos

the use of comprehensive risk assessment materials, followed by a properly developed plan is an absolute pre-requisite for the recognition, prevention and therapeutic management of violence” (UKCC, 2002, p. 22).

Violence

The short-term management of
disturbed/violent behaviour in
in-patient psychiatric settings

Risk assessment “must be seen as an essential intervention, possibly the single most important intervention, in the therapeutic management of disturbed/violent behaviour” (NICE, 2004, p. 44).

DIT ADVIES BLIJFT OVEREIND OOK IN DE VERSIE VAN 2015

SAFE

klinisch redeneer cyclus in de spoedeisende psychiatrie



Doseren van crisis begeleiding

M
E
T
E
N
=
W
E
T
E
N

Crisis Fase 3

Destructie: Totaal controle verlies

Crisis Fase 2:

Gedeeltelijk controle verlies

Crisis Fase 1:

Angst voor controle verlies

Fase 0:

Balans

Fase 4:

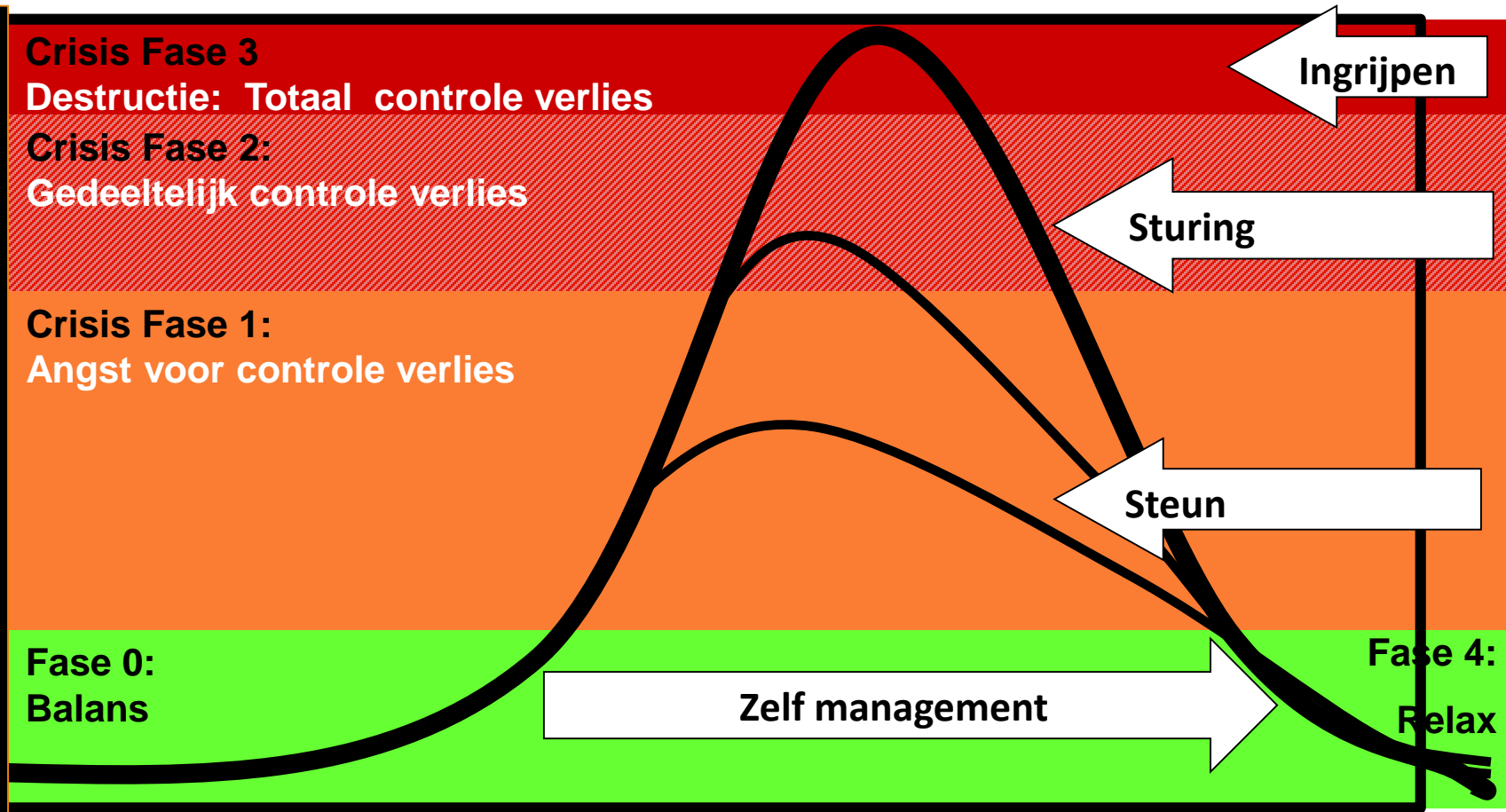
Relax

Ingrijpen

Sturing

Steun

Zelf management



De CrisisMonitor

Dagelijkse CrisisMonitor

Kennedy As 5 Dagelijkse versie (Kennedy, 2003)

Broset Violence Checklist (Almvik et al, 2001)

Periodieke CrisisMonitor

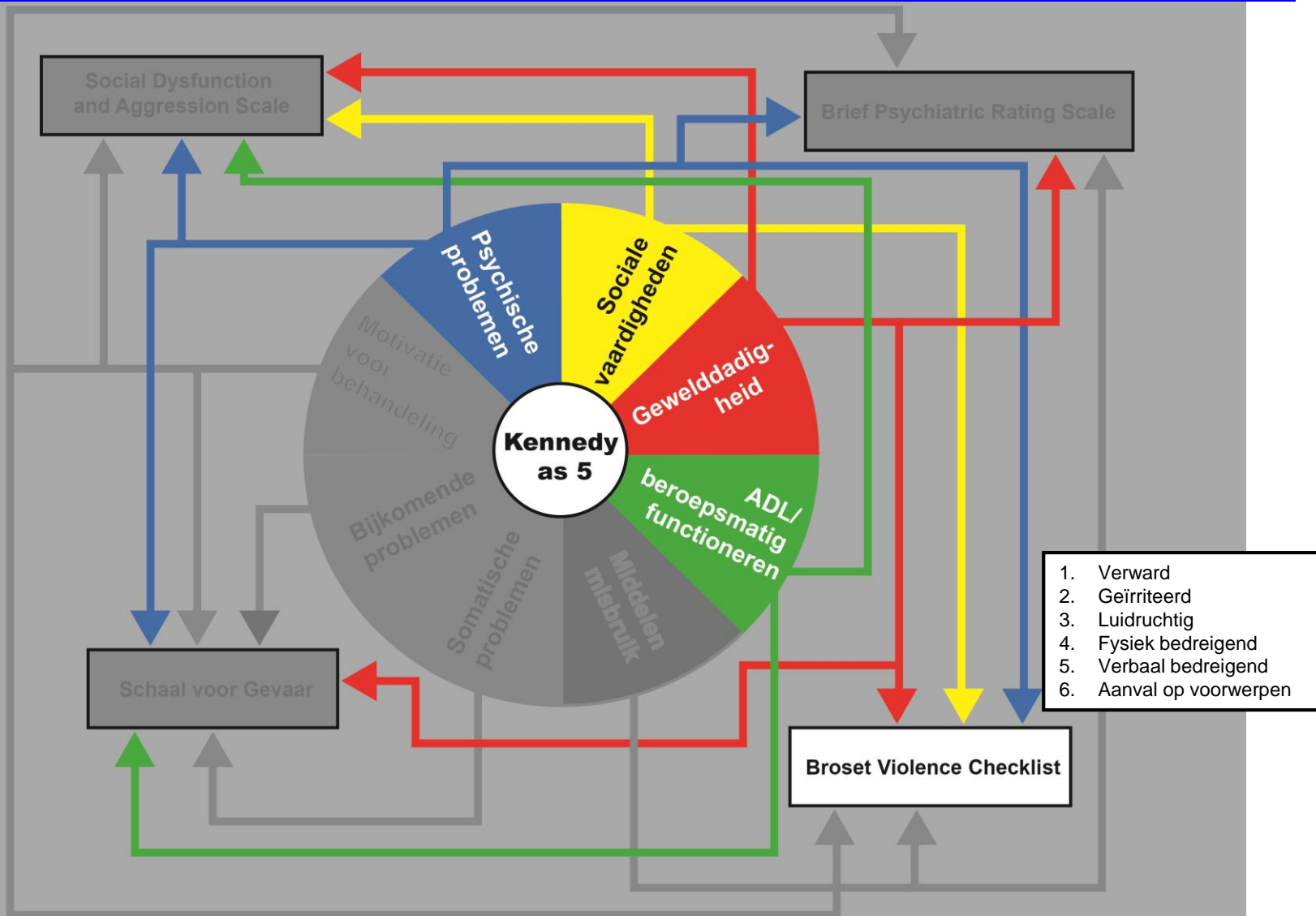
Kennedy Axis V (Kennedy, 2003)

Brief Psychiatric Rating Scale (Overall et al, 1988)

Schaal voor Gevaar (Mulder & van Baars, 2004)

Social dysfunction and Aggression Scale (Wistedt et al, 1990)

CrisisMonitor dagscores



Broset Violence Checklist

BVC: score 0 of 1

Verward

Geïrriteerd

Luidruchtig

Fysiek bedreigend

Verbaal bedreigend

Aanval op voorwerpen

Bij score 1:

Extra toezicht of frequente checks overwegen

Bij score 2 tot 3:

Kans op controle verlies. Crisisoverleg starten. Opschalen van zorg en contact momenten

Bij score HOGER dan 2:

Acuut interveniëren is noodzakelijk. Direct veiligheid herstellen. Permanente observatie opstarten.

Totaal

Patient X

1e week van opname	dinsdag 27-03-2012						t/m	maandag 02-04-2012						
BVC: score 0 of 1	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
01 Verward	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
02 Geïrriteerd	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
03 Luidruchtig	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
04 Fysiek bedreigend	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05 Verbaal bedreigend	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06 Aanval op voorwerpen	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kennedy AS V: score 100 – 5	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
01 Psychische problemen	20	20	30	30	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
02 Sociale vaardigheden	30	35	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	50
03 Gewelddadigheid	40	40	20	40	20	40	50	60	60	60	60	60	60	60
04 ADL/ Beroepsmatig functioneren	20	20	20	30	30	30	40	40	50	50	50	50	50	50
Interventies	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag



Escalatie en stabilisatie patronen ?

2e week van opname	dinsdag 03-04-2012						t/m	maandag 09-04-2012						
BVC: score 0 of 1	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
01 Verward														
02 Geïrriteerd														
03 Luidruchtig														
04 Fysiek bedreigend														
05 Verbaal bedreigend														
06 Aanval op voorwerpen														
Kennedy AS V: score 100 – 5	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
01 Psychische problemen														
02 Sociale vaardigheden														

Pieken van crisis situaties ?

Kracht van functioneren patiënt in onderdelen?

	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5	week 6	week 7	week 8	week 9	week 10	week 11	week 12	week 13	week 14	week 15	week 16	week 17	week 18	week 19	week 20	
Kennedy AS Y: score 100 - 5																					
01 Psychische problemen	25	35																			
02 Sociale vaardigheden	20	35																			
03 Gewelddadigheid	30	50																			
04 ADL/ Beroepsmatig functioneren	40	45																			
05 Middelen misbruik	40	60																			
06 Somatische problemen	40	50																			
07 Bijkomende problemen	20	20																			
08 Motivatie voor de behandeling	20	40																			

Beloop niveau van functioneren op meerdere niveaus over weken gezien?

Schaal voor gevaar: score 0, 1, 2, 3, 4

01 Suïcide/ letsel risico	0	0																			
02 Maatschappelijke teloorgang	4	4																			
03 Zelfverwaarlozing	3	2																			
04 Agressie van anderen	3	2																			
05 Geweld naar anderen	3	2																			
06 Psych. gezondheid van ander	3	2																			
07 Verwaarlozing ander																					
08 Veiligheid personen/ goederen	2	1																			

Welk type gevaar staat op de voorgrond ?



SDAS: score 0, 1, 2, 3, 4

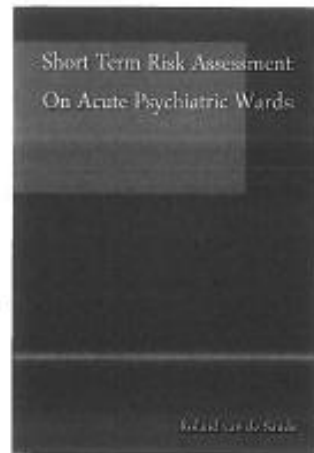
01 Niet gerichte verbale agressie	4	2																			
02 Gerichte verbale agressie	4	2																			
03 Prikkelbaarheid	4	2																			
04 Negativisme	4	2																			
05 Ontstemd zijn	4	2																			
06 Sociaal storend gedrag	4	3																			
07 Fysieke agressie tov personeel	3	0																			
08 Fysieke agressie tov anderen	2	0																			
09 Zelfverwonding	0	0																			
10 Fysiek geweld tegen dingen	2	0																			
11 Suïcidale gedachten/ neigingen	0	0																			

**Is er vooral sprake van verbale dreiging ?
Hoe ver kan bepaald gedrag gaan pieken ?**

BPRS: score N, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

01 Bezorgd lichamelijke toestand	1	1																			
02 Angst	1	2																			
03 Autisme	1	1																			
04 Formele denkstoornis	6	4																			
05 Schuldgevoelens	1	5																			
06 Agitatie	6	3																			
07 Gemaniëreedheid	6	2																			
08 Zelfoverschattinn	6	2																			

Verband tussen ernst symptomen en gedrag ?



Academisch proefschrift: Roland van de Sande

Short-term risk assessment on acute psychiatric wards: evaluation of the Crisis Monitor Approach

Dit proefschrift heeft als centraal thema de vermindering van agressie en dwangtoepassing op acute psychiatrische afdelingen. Om dit doel te realiseren ontwikkelde Van de Sande de Crisis Monitor, bestaande uit een set instrumenten die gestructureerde observaties en risico-inschatting mogelijk maken in de alledaagse klinische praktijk van de acute psychiatrische afdeling.

De set bestaat uit twee instrumenten die dagelijks worden afgenomen. Ten eerste de Kennedy As-V (korte versie) die het niveau van functioneren van de patiënt in kaart brengt op een aantal functionele gebieden. Ten tweede de Brief Violence Checklist die een aantal gedragingen meet die voorspellend zijn voor het optreden van agressief gedrag op de korte termijn: verwardheid, prikkelbaarheid, luidruchtigheid, fysieke/verbale dreigingen en het vermijden van voorwerpen. Daarnaast worden er vier instrumenten wettelijk afgenomen: de Kennedy As-V (lange versie), de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; ernst van psychopathologie), de Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS; gedragsproblemen) en de Dangerousness Scale (gevaarlijk gedrag). De uitkomsten op deze schalen

cluster-gerandomiseerd experimenteel onderzoek over een tijdperiode van 40 weken. Er namen 597 patiënten deel afkomstig van vier acute afdelingen, waarvan er twee de experimentele conditie vormden en twee de controloeconditie. Toepassing van de Crisis Monitor leidde tot een significante vermindering van het aantal agressie-incidenten (relative risk reduction (RRR) -68%) en van patiënten die betrokken waren bij agressie (RRR -50%). Verder nam de tijd die patiënten in separatie doorbrachten significant af (RRR -43%). Er vond echter geen significante vermindering plaats van het aantal separaties en van het aantal patiënten dat werd gesepareerd. Het proefschrift bestaat verder uit een aantal deelstudies gerelateerd aan het centrale thema. In hoofdstuk 3

dr. Berno van Meijel
lectuur GGZ-verpleegkunde,
Hogeschool Inholland /
Persoons Groep

Wetenschappelijke toetsing Crisis Monitor benadering

in de psychiatrie. Hoofdstuk 4 vormt dan de kern van zijn onderzoek: een onderzoek naar de effecten van de toepassing van de Crisis Monitor met behulp van een

(toetsproef) etniciteit) die samenhangt met separatie. Van de Sande concludeert op basis van zijn onderzoek dat de gehanteerde instrumenten geschikt zijn



Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment

R. van de Sande, H. L. I. Nijman, E. O. Noorthoorn, A. I. Wierdsma, E. Hellendoorn, C. van der Staak and C. L. Mulder

Background

Short-term structured risk assessment is presumed to reduce incidents of aggression and seclusion on acute psychiatric wards. Controlled studies of this approach are scarce.

Aims

To evaluate the effect of risk assessment on the number of aggressive incidents and time in seclusion for patients

Results

The numbers of aggressive incidents (relative risk reduction –68%, $P < 0.001$) and of patients engaging in aggression (relative risk reduction RRR = –50%, $P < 0.05$) and the time spent in seclusion (RRR = –45%, $P < 0.05$) were significantly

lower in the experimental wards than in the control wards. Neither the number of seclusions nor the number of patients

Association between short-term structured risk assessment outcomes and seclusion.

van de Sande R¹, Noorthoorn E, Wierdsma A, Hellendoorn E, van der Staak C, Mulder CL, Nijman H.

+ Author information

Abstract

Research findings indicate that the symptoms and behaviour of acute psychiatric patients can fluctuate drastically within hours, and that structured daily risk assessments can reduce the risk of aggressive incidents and the duration of seclusion. The aim of this study was to investigate the validity of two structured observation tools, the Brøset Violence Checklist (BVC) and the Kennedy Axis V), as an aid in seclusion-related clinical decision-making. In this study, 7403 day-to-day risk assessments were collected over 10 725 admission days (72% of the maximum number of structured assessments). A total of 7055 daily assessment scores from 301 acute psychiatric patients were used for the multilevel analysis. The sample demonstrated that dynamic and static factors were related to seclusion. Dynamic factors included dysfunctional scores on the item 'confusion' on the Brøset Violence Checklist, and psychological impairment and impairment of social skills on the Kennedy Axis V. Static factors included non-Western descent, male sex, age less than 35 years, unmarried, and to some extent, a personality disorder. McFadden's pseudo R(2) value showed that most of the final model was related to the dynamic factors. We concluded that the incorporation of the BVC and the Kennedy Axis V into standard practice was helpful in identifying patients at high risk of seclusion.

Kennedy Axis V: Clinimetric properties assessed by mental health nurses.

Faay MD, van de Sande R, Gooskens F, Hafsteinsdóttir TB.

Clinical Health Sciences, Faculty of Medicine, Utrecht University, Utrecht, the Netherlands; Department of Psychiatry, Division of Neurosciences, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, the Netherlands.

Abstract

The Kennedy Axis V is a routine outcome measurement instrument which can assist the assessment of the short-term risk for violence and other adverse patient outcomes. The purpose of this study was to evaluate the interrater reliability and clinical utility of the instrument when used by mental health nurses in daily care of patients with mental illness. This cross-sectional study was conducted in inpatient and outpatient adult psychiatric care units and in one adolescent inpatient unit at a university hospital in the Netherlands. Interrater reliability was measured based on the independent scores of two different nurses for the same patients. The clinical utility of the instrument was evaluated by means of a clinical utility questionnaire. To gain a deeper understanding of rating difficulties at the adolescent unit, additional data were collected in two focus group interviews. The overall results revealed a substantial level of agreement between nurses (intraclass correlation coefficient and Pearson 0.79). Some rating challenges were identified, including difficulties with scoring the instrument and using tailor-made interventions related to the scores. These challenges can be resolved using refined training and implementation strategies. When the Kennedy Axis V is accompanied by a solid implementation strategy in adult mental health care, the instrument can be used for short-term risk assessment and thereby contribute in efforts to reduce violence, suicide, self-harm, severe self-neglect, and enhanced objectivity in clinical decision-making.

© 2012 The Authors; International Journal of Mental Health Nursing © 2012 Australian College of Mental Health Nurses Inc.

PMID: 23211020 [PubMed - as supplied by publisher]



Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Ernst actuele psychopathologie (26 items)

1. Denkstoornissen
2. Depressie
3. Gebrek aan energie
4. Manie
5. Desoriëntatie

Schaal voor Gevaar (SVG)

- **4 soorten gevaar voor de patiënt zelf:**
 - **I** Gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen;
 - **II** Gevaar dat betrokkene maatschappelijk ten onder gaat;
 - **III** Gevaar dat betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen;
 - **IV** Gevaar dat betrokkene door zijn hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.
- **3 soort gevaar voor een ander:**
 - **V** Gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig letsel zal toebrengen;
 - **VI** Gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
 - **VII** Gevaar dat betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.
- **1 soort algemeen gevaar:**
 - **VIII** Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

Social Dysfunction Aggression Scale

1. Niet gerichte verbale agressie
 2. Gerichte verbale agressie
 3. Prikkelbaarheid
 4. Negativisme
 5. Ontstemd zijn
 6. Sociaal storend gedrag
-
7. Fysieke agressie naar personeel
 8. Fysieke agressie naar anderen
 9. Zelfverwonding
 10. Fysiek geweld tegen dingen
 11. Suïcidale gedachten/ neigingen

Sterke combinatie met BPRS

Geeft indicatie voor agressie escalaties

**MULTIDISCIPLINAIR WERKEN
MET DE CRISISMONITOR**

CrisisMonitor primair proces

Meerdere malen per dag:

Kennedy As V –verkorte versie (4 items)
Broset Violence Checklist



Spoedoverleg
Overdrachten

Periodieke scores:

Kennedy As V –complete version
Social Dysfunction and Aggression Scale
Schaal voor gevaar
Brief Psychiatric Rating Scale



Behandelplan
bespreking

Incidentenevaluaties:

Retrospectieve analyse patronen uit de
dagelijkse en periode scores.

Aanpassing crisis beleid nodig?



Incidentanalyse

Multidisciplinaire uitgangspunten

- Verpleegkundigen hebben sleutelrol in het gestructureerd en frequent observeren en evalueren van het toestandsbeeld.
- Andere disciplines dienen de Crisis Monitor scores mee te nemen in hun overwegingen en dienen actief te zijn in het valideren of bijstellen van de scores.
- Scores vertalen naar objectieve gedragskenmerken en verschillen in het niveau van functioneren voor ambulante collega's.
- Betrek de scores ook bij de team analyse van een ernstig incident om volgende incidenten te minimaliseren.
- Weekscores zijn pas definitief na multidisciplinaire validatie

Voorbeeld bij nieuwe opname of snelle verandering toestandsbeeld

- **Advies:** nieuw opgenomen patiënten worden bij binnenkomst op de afdeling en gedurende de eerste 5 tot (maximaal) 10 minuten van opname geobserveerd via **BVC + Kennedy Axis V** door verpleegkundige en arts/ psychiater
- **Focus:** opnieuw inschatten acuut gevaar in de kliniek situatie. Patiënt heeft soms uren moeten wachten op transport naar kliniek. Scores gebruiken bij besluiten over op / afschalen intensive zorg.
- **Observatie = interactie.** verpleegkundigen (en arts) gaan actief het contact aan met de patiënt. Bij twijfel observatie punten vaststellen en frequente follow up.

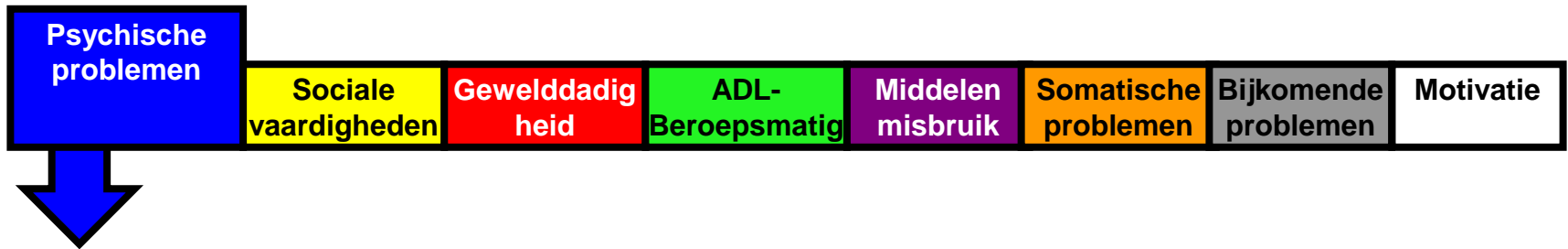
Dus: risico evaluatie + management

- Uitgangspunt is dat systematische monitoring met de observatie instrumenten wordt gedaan bij iedere patiënt van de start tot einde van de opname.
- Niet uitsluitend scoren maar ook kansen benutten om stabilisatie en behandeldoelen te objectiveren en bij te stellen. Dit is altijd een multidisciplinaire activiteit.
- Niet alléén focus op alarmerende scores maar ook actuele kracht van onderdelen in het functioneren van de patiënt expliciet maken.

Link rapportage naar CrisisMonitor

1. Dagstructuur (dagritme, activiteiten, programma)
2. Psychisch functioneren: symptomen en gedrag
3. Medicatie
4. ADL
5. Somatiek
6. Suïcidaliteit
7. Dwangtoepassingen
8. Sociaal netwerk aspecten
9. Psychosociale stress:

Kennedy As 5 scores onder de 50



- Ernstige wanen en hallucinaties, heftige angsten of depressie
- Incoherentie, slechte concentratie, achterdochtig, ontremming
- Seksuele preoccupatie, geagiteerde stemming, manie
- Geen probleembesef en ziekte-inzicht
- Inadequate coping van stress
- Weinig zelfvertrouwen, hulpeloos, hopeloos
- Gebrek aan motivatie om te werken aan zaken
- Therapie ontrouw, functioneren sterk gekleurd door As I klachten

SAFE

(voorbeeld rapportage : psychisch functioneren: symptomen en gedrag)

Situatie: beschrijf omstandigheden: dus het gedrag van betrokkene(n), de relevante context en huidige symptomen in vorm, inhoud en ernst

Dus liever geen conclusies zoals psychotisch maar noteer vooral de geobserveerde klachtenpresentatie in vorm, inhoud en ernst.

Actie: beschrijf de acties of overwegingen die het team ingezet heeft.

Refereer hier bijvoorbeeld kort naar bestaande crisisplan of ander geïndividualiseerd proactief behandelbeleid.

Follow-up: beschrijf het resultaat van deze actie(s) en welke acties en afspraken er zijn gemaakt om verdere escalatie of terugval te voorkomen.

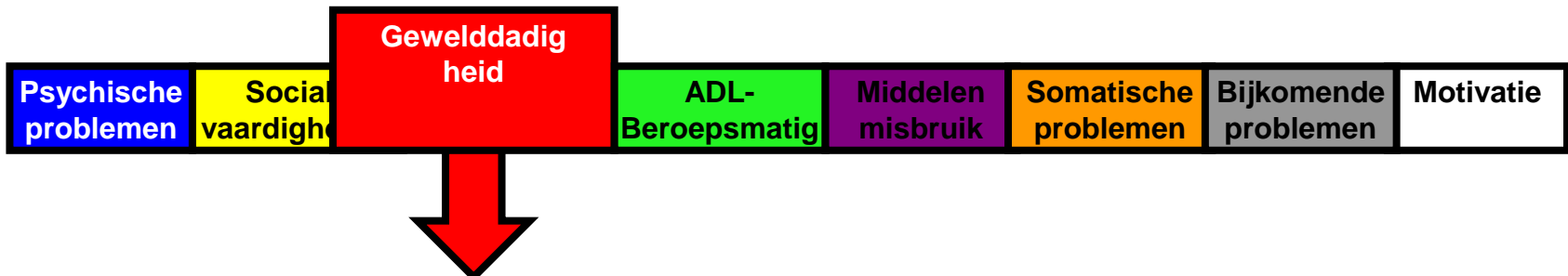
Noteer bijvoorbeeld dat er sprake is van mildere Kennedy scores en lagere BVC na een bepaalde periode. Als het kan ook soort gedragingen omschrijven.

Evaluatie: (wel/niet/gedeeltelijk succesvol), prognose rond veiligheid en welke vorm van monitoring er afgesproken of wenselijk is

Piek van crisis is voorbij, nu dus terugblikken met de patiënt en naasten.

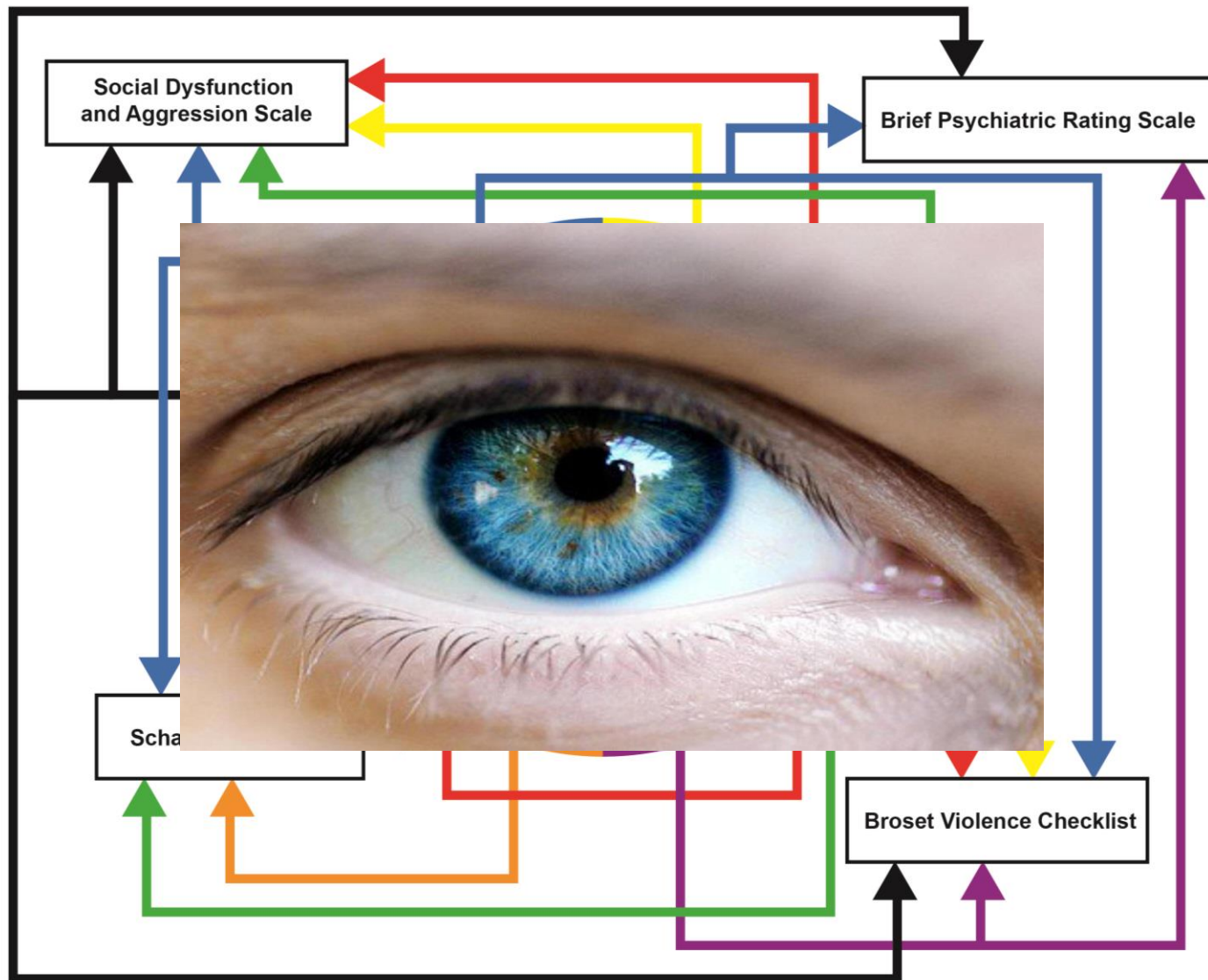
Noteer of de verplichte separatie evaluatie is aangeboden en of de patiënt hier aan wilde meewerken of niet.

Kennedy As 5 scores onder de 50



- Recente historie met ernstige geweldsincidenten
- Wordt snel verbaal dreigend bij frustraties
- Brandsticht gevaar
- Snel slaan of schoppen
- Grote problemen met boosheid, agressieve uitbarstingen
- Frequent suicidale gedachten, zelfdestructief gedrag
- Recente historie met ernstige tentamen suicide

Instrumenten vullen elkaar aan



Voorbeelden Interpretaties

Kennedy As 5	Zijn er psychische en/of somatische risico's? Risico op geweld en suicide?
BPRS	Welke ernstige symptomen staan op de voorgrond en hoe is dit ten opzichte van de vorige week. Moet de werkdiagnose worden herzien?
SDAS	Welke (potentieel) gedragsproblemen vragen extra aandacht? Heeft dit al tot incidenten geleid? Is er een verband tussen het aanwezige gedrag en hoge BPRS scores?
Schaal voor gevaar	IBS Criteria, welke risico's zijn er (nog) ambulant? Is opname nog geïndiceerd? Is het gevoerde vrijhedenbeleid te onderbouwen?
BVC	Hoe is het verloop van de scores? Is er een lijn zichtbaar in het zelfcontrole en agitatie niveau? Is het te verklaren? Welke interventies kunnen de scores beïnvloeden?

TRAINING IMPLEMENTATIE VAN DE CRISISMONITOR

HANDLEIDING

Werken met de CrisisMonitor

Kennedy As-V, BVC, Schaal
voor Gevaar, SDAS, BPRS

R. van de Sande, N. Mulder, H. Nijman



E-LEARNING



eModule

Ga naar de e-module

Oefening 🏠 ? ✕

Teamkamer

Aan de slag!
Je loopt nog een dag mee op de afdeling. Je gaat nu zelf aan de slag aan de hand van de casuïstiek van een aantal patiënten.

De opdracht luidt:
Lees de dossiers, bekijk de vijf scènes en beantwoord de vragen die tussendoor gesteld worden. Je vult onder andere de dagelijkse CrisisMonitor-scores in. Dat zijn de scores voor de verkorte Kennedy as 5 en de BVC.

- Dossiers** ✓
- 07.45 uur** ✓
- 08.30 uur** ✓
- 11.30 uur** ✓
- 14.30 uur** ✓
- 16.00 uur**

Pagina 1 / 29

Terug naar cursus

Randvoorwaarden borging

- Reflectie op visie, missie en wetenschappelijke output
- Beproefde werkmodellen
- Context sensitieve toepassing
- Klinische supervisie
- Frequentie procesevaluaties
- Permanente educatie
- Investeren in kenniscirculatie

Veranderen en vasthouden

Veranderen

1. Urgentiebesef
2. Leidende coalitie vormen
3. Visie en strategie
4. Veranderingsvisie delen
5. Breed draagvlak
6. Korte-termijn successen
7. Verbeteringen consolideren
8. Verankering veranderingen

(Leading Change, Kotter (1996))

Implementeren

1. Consistent leiderschap
2. Meten dwang en incidenten
3. Reflectieve praktijkvoering
4. Systematische risicotaxatie
5. Dialoog patiënten en familie
6. Post incident evaluaties

6 kernstrategieën (Huckshorn, 2004)

Crisis Monitor implementatie begeleiding

FASE 1: SCAN RANDVOORWAARDEN

- Doorlichten huidige lokale primaire proces
- Doorlichten lokale draagvlak
- Verslag en terugkoppeling

FASE 2: TRAINING EN INVOERING

- Opleiden alle teamleden (face to face bijeenkomsten en/of e-learning)
- Extra coaching aandachtfunctionarissen en implementatie coördinatoren
- Coaching on the job, taxeren en gestructureerde casuïstiek bespreking

FASE 3: NAZORG EN BORGING

- Borging audits 3 maandelijks
- Eventuele nascholing of klinische supervisie op onderdelen

Discussie ?

