

Cahier SYMPOSIUM

*Een initiatief van de psychiatrische
ziekenhuizen van de vzw Emmaüs*



Psychiatisch Ziekenhuis
Sint-Norbertus Duffel



en
Psychiatisch Ziekenhuis
Bethaniënhuis Zoersel



vrijdag 1 april 2011



Dwang en drang

Afzonderen en andere dwangmaatregelen
tijdens een psychiatrische opname

COLOFON

Samenstelling redactie:

Ingrid Moerman

Lutgart Van Dongen

Dirk Armée

Fotograaf:

Brieuc Kestens

Verantwoordelijke uitgever:

Dirk Armée

Stationsstraat 22c

2570 Duffel

Opmaak:

www.hetgeelpunt.be

Mei 2011

Met de steun van:



Bristol-Myers Squibb Belgium



S Y M P O S I U M

1 april 2011

C a h i e r D w a n g e n d r a n g

Afzonderen en andere
dwangmaatregelen
tijdens een psychiatrische
opname

Inhoudstafel

Voorwoord p. 5

Afzondering: negatieve effecten van dwang op angsten, wanen en de patiënt-hulpverlener relatie

Een Vlaamse getuigenis p. 6

Een Nederlandse getuigenis p. 9

Duffelse praktijk: illustratie van een complex samenspel

Samenvatting p. 12

Tien jaar terugdringen van dwang en drang.

Learned lessons en kritische succesfactoren

Samenvatting p. 16

Een praktisch-ethische reflectie op dwangmaatregelen in de psychiatrie

Samenvatting p. 18

Workshops:

De geïsoleerde psychiater: dilemma's voor de arts bij afzondering.

Commentaar: Marc De Cuyper p. 20

Separatie: bezoek opnameafdeling De Fase A, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus en de concrete verpleegkundige toepassing.

Commentaar: Leo Van Dessel p. 22

Het signaleringsplan. Preventief werken met vroege signalen van crisis.

Commentaar: Walter De Clercq p. 24

Agressie! Maar dan? De impact van agressie is niet te onderschatten. Hoe kan je de therapeutische relatie herstellen?

Commentaar: Anne Dekerk p. 26

Ervaringen van familieleden met dwang en drang.

Commentaar: Maarten Desimpel p. 29

Dwangmaatregelen in psychiatrie: veel feiten, enkele cijfers.

Commentaar: Bart Reynders p. 30

Voorwoord



Niemand kan de sterk toegenomen humanisering en vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg van de laatste jaren ontkennen. Evenmin kan men ontkennen dat mensen bij een acute crisis of bij instabiliteit in de loop van een langer durend ziekteproces intensieve zorg nodig hebben. Een organisatie die psychiatrische zorg biedt, ziet zich soms genoodzaakt dwangmaatregelen te hanteren. Deze maatregelen verlopen volgens een eigen logica, met geëigende procedures, vaak gepaard gaande met fixatie en in een accommodatie die daartoe speciaal werd bestudeerd en ingericht. Het ontbreekt een hedendaagse psychiatrische voorziening hierbij niet aan zorgvuldigheid bij dit alles – zorgvuldigheid binnen de eigen logica.

Wanneer we cliënten beluisteren die een psychiatrische crisis hebben doorgemaakt, dan valt vaak op hoe men, terugkijkend, inziet, begrijpt en accepteert dat hulpverleners zijn opgetreden op de wijze zoals ze zijn opgetreden. Maar dat betreft zelden de fase van dwang en afzondering. Nagenoeg iedereen die, hoe kort ook, een afzonderingsfase heeft gekend, kijkt daarop terug als op een trauma.

De bouw en inrichting van een nieuw complex voor opname van psychiatrische patiënten in 2009 te Duffel, zette al aan tot reflectie. De reacties tijdens een ontmoeting met ‘ervaringsdeskundigen’ bij de viering van tien jaar Uilenspiegel enerzijds, en het voornemen om het gebruik van afzondering fors terug te dringen, dat te lezen staat in tal van (Nederlandse) vaktijdschriften anderzijds, zetten de initiatiefnemers aan dit symposium te organiseren.

Het lijkt passend het symposium te starten bij de beleving van de patiënt die dwang ervaren heeft. Vervolgens onderzoeken we tal van elementen die een rol spelen bij een beslissing om al dan niet dwang en afzondering te hanteren en de mogelijke alternatieven en de randvoorwaarden daarbij.

De psychiatrische centra van Duffel en Zoersel verzorgen dagelijks samen zo’n 1.500 patiënten. Deze verantwoordelijkheid zet aan tot het regelmatig inrichten van symposia, waarbij gekozen wordt voor een maatschappelijk-ethische invalshoek. Dit symposium is inmiddels het zesde in deze reeks.

Dr. Patrick Vancoillie, hoofdgeneesheer, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus, Duffel

Afzondering: negatieve effecten van dwang op angsten, wanen en de patiënt – hulpverlener relatie.

Uit onderzoek blijkt (cfr. workshop dr. Bervoets) dat er in het denken omtrent dwang nauwelijks aandacht is voor het patiëntenperspectief. Dit kan als een grote tekortkoming beschouwd worden. Daarom beginnen we dit cahier met het patiëntenperspectief, meer bepaald met een Vlaamse en Nederlandse getuigenis. We hadden kunnen kiezen om mensen aan het woord te laten die ‘tevreden’ waren over de manier waarop de hulpverleners met dwang zijn omgegaan. Liever kiezen we ervoor om mensen aan het woord te laten waarbij we moeten vaststellen dat we er, ondanks onze inspanningen, niet in geslaagd zijn om de (mogelijke) therapeutische effecten van dwang te benutten. Redenen hiervoor zijn velerlei. Sommige redenen liggen buiten onze macht, zoals grootte van de afdeling, hoeveelheid personeel, en hebben een grote invloed op de wijze waarop men met elkaar en dwang kan omgaan. Andere redenen liggen wel binnen onze macht. Het zijn net deze redenen die we, onder andere dankzij deze verhalen, trachten te begrijpen om er iets mee te doen. Het zijn immers de minder fraaie verhalen die ons helpen om ons denken en beleid omtrent dwang te kunnen verfijnen.

Geert Kestens, Vlaamse getuigenis

Beleving afzondering

Uit het niets dagen plots een zevental verplegers op voor de deur van je kamer.

Wat gebeurt er? Snel dringt het tot je door dat ze je komen halen voor afzondering. Je smeekt dat het niet hoeft, dat het echt niet nodig is. Tevergeefs, al wat je zegt, is voor dovemansoren bestemd. Het proces is in gang gezet, de beslissing is genomen. Er is geen weg terug. Protest en verontwaardiging gaan dit niet veranderen. De overmacht aan personeel maakt enig verweer zinloos en je beseft dat opstandigheid de zaak niet ten goede zal komen. Je ondergaat het en wordt overmand door een gevoel van machteloosheid. Dan volgt het onvermijdelijke ritueel: kleren uit, bril af, horloge uit, ring uit en tenslotte wordt er een wit kleed over je heen gedrapeerd. Je roept nog of die bril en horloge echt uit moeten. Het mag niet baten. Je bent de grip op de situatie kwijt. Procedure is procedure. Deur op slot. Na enige tijd gaat de deur open. De verpleging komt de spuiten geven. Ik wil ze niet. Niets aan te doen. Kleed omhoog, eerste spuit in de linkerbil, tweede in de rechterbil. In afzondering word je geconfronteerd met je eigen gedachten. Ze tolleren tegen hoge snelheid door je hoofd. Gedachten, herinneringen, beelden, gewaarwordingen, stemmen vloeien vliegensvlug door elkaar. De beeldenstroom stopt niet. Ha, er is een krijtbord. Ik begin te schrijven. Verdomd, waar is mijn bril? De woorden die ik opteken kan ik maar wazig onderscheiden zonder mijn bril. Ik voel me ontheemd en sukkelachtig zonder mijn bril. Maar ja, alles went zeker? Achteraf beschouwd is zo'n bord wel een goed idee voor mensen die een psychose doormaken. Alles wat binnenkomt wordt in een alles betekend schema opgetekend op het bord. Je zit in een magische wereld. Begrippen als liefde, rechtvaardigheid, barmhartigheid, waarheid, standvastigheid, discipline,

geloof worden gepositioneerd naar west, zuid, oost, noord, links, rechts in mijn kleurencirkel. De wereld samengevat in een cirkel. Dat is op dat moment de heilige waarheid voor mij. Maar ik voel dat ik de situatie niet meer meester ben. Ik voel een druk in mijn hoofd alsof ze er informatie in willen stoppen terwijl mijn harde schijf het niet kan verwerken. Ik heb ook het gevoel dat ik me enkele centimeters boven mijn lichaam bevind. Mijn hoofd staat op springen. Mijn mond spert open. Dit gebeurt verscheidene malen. Ik krijg het niet gestopt. Wat gebeurt er toch met mij? Hoe krijg ik dit onder controle? Ik moet hier weg. Ik begin te bidden in alle richtingen. Elk uur volgens een vast stramien naar de verschillende windrichtingen. Dan ontdek ik een klein klokje aan de buitenkant van het raam. Ik kan het niet goed lezen zonder bril, maar als ik mijn ogen samenknijp kan ik mij focussen op het uur. Toch nog iets structurend gevonden in deze kille, klinische ruimte. Ik heb het gevoel dat ik word afgerekend door God. Het lijkt wel of de balans van mijn leven wordt opge maakt. Het vonnis is geveld: krankzinnigheid. Onrust in mijn hoofd, alsof er een poort in mijn hoofd open staat die niet meer te sluiten valt. Welke macht neemt het hier van mij over? Hier geraak ik nooit meer uit, denk ik. Het besef dat ik hier alleen ben, dat ik alleen moet worstelen met mijn gedachten en angsten maakt me radeloos. Dit is de hel. Je leefruimte is beperkt tot enkele akelige vierkante meters. De muren komen op je af. Ik wens me in de vrije natuur waar ik al stappende drukte in mijn hoofd zou kunnen ventileren. De tijd tikt verder. Wanneer komt er iemand? Komt er wel iemand? Wanneer brengen ze drank? Hoelang moet ik hier nog zitten? Vooral het totaal overgeleverd zijn aan de goodwill van derden, die totale afhankelijkheid en hulpeloosheid vallen me zwaar. Weten ze dat ik hier aan het afzien ben? Waar blijft de verpleging? Wanneer gaat die deur open? Hoor ik iets? Nee, toch niet. Die onzekerheid en onvoorspelbaarheid, ik word er gek van.

Ik wil een sigaret. Normaal rook ik erg veel tijdens een opname. Het is een manier om de drukte in je hoofd en die knagende drang naar nicotine de baas te kunnen. Het is om de muren op te lopen. Ik word niet rustiger. Een vaak miskend en onderschat probleem bij opsluiting in de kamer of afzonderingskamer is de afhankelijkheid van nicotine. Ook de bijwerking van hoge dosissen neuroleptica resulteren soms in een bewegingsdrang die maken dat het vastzitten in een kleine ruimte erg problematisch is. Ik denk dat er vaak teveel medicatie wordt toegediend. Ik ben van mening dat met een gewone dosis de storm in je hoofd na een tijdje ook wel gaat liggen. Het vraagt gewoon veel tijd. Het is zoals een sneeuwbal die aangroeit tot een lawine maar die uiteindelijk tot stilstand komt in de vallei. Een teveel aan medicatie kan spasmen opwekken en desoriënterend werken en is misschien zelfs contraproductief. Ik spreek uit ervaring: bij opsluiting in de kamer zou je een moord begaan voor een sigaret, jezelf iets aandoen, je verhangen. Uiteindelijk komt er een verpleger binnen die je aanmaant om nog wat pilletjes te nemen. Je vraagt hem vriendelijk of je een sigaret mag roken. Het antwoord is nee. Uit onmacht scheld je hem de huid vol. De verpleger wordt angstig en sluit de deur opnieuw. Teneinde raad beuk je uit frustratie als een waanzinnige op de deur, sla je met je riem tegen het raampje van de deur. Je ontbrandt in een woede die je nog nooit gevoeld hebt. Het beest wordt wakker in jezelf. Je wil eruit. Het gaat van kwaad naar erger. Je wordt agressiever en agressiever. Binnenin brand je op. Afgaand op dit gegeven besluit de verpleging dat afzondering noodzakelijk is. Je gaat naar de afzonderingskamer waar je dus gefixeerd wordt. En het ergste is die plasbuis die ze rond je penis schuiven. Je wordt in je eer gekrenkt. Kortom vernederend, een vorm van ontmenselijking. Daar lig je dan vastgebonden aan armen, middel en benen. Je kunt geen kant uit. Je probeert je los te rukken. Mission impossible. Je hart slaat op

hol, je bloeddruk stijgt en de druk in je hoofd neemt toe. Je schreeuwt je stem schor omdat je vindt dat je onrechtvaardig behandeld wordt. Eigenlijk wou je alleen maar een sigaret roken. Je roept je onschuld uit. De behandeling voelt erger aan dan het doormaken van de psychose. Dit maar om aan te tonen dat iets snel kan escaleren door misverstanden en verkeerde observatie. Soms wordt afzondering ook aangewend als straf terwijl de patiënt eigenlijk geen notie meer heeft waarom hij gestraft wordt, waardoor de maatregel zijn doel volledig mist.

Terug naar mijn verhaal. Ik zou willen weglopen, de wereld in, maar de deuren zijn mijn grens. Ik tuur door het raampje van mijn celdeur. Mijn zicht: de overliggende afzonderingskamer. De raampjes zijn afgeplakt met papier. Ik hoor hem roepen en kermen. Ik roep terug, maar een conversatie zit er niet echt in. De slaap vatten lukt niet. Altijd datzelfde monotone beeld van de cel. Ik voel me als een onschuldige die ten onrechte wordt opgesloten. Waarom? Ik zie de therapeutische waarde ervan niet in.

Achteraf bleek dat ik te aanwezig was op de afdeling wat de goede werking in het gedrang kon brengen. Ik was verward. Ik was te uitgelaten en gedreven, misschien zelfs te extatisch en eigengereid. Ze hadden de indruk dat dit verwarrend kon zijn voor een aantal medepatiënten. Ook hadden ze het gevoel dat ik de zaak niet meer onder controle had. Ik vond geen rust. Alles had betekenis. Ik drong mijn gedachten en theorieën teveel op aan patiënten en verpleging. Dat zou tot onrust en wantrouwen kunnen leiden in een chronische afdeling. Ik was te dominant aanwezig waardoor anderen in hun zijn zouden kunnen worden aangetast. Hoewel ik zelf nooit het gevoel heb gehad dat ik een gevaar was voor mezelf of voor anderen. Ik denk dat het gevaar schuilt in de routine. Dat men je gaat zien als het zoveelste geval van een acute

psychiatrische patiënt. Een soort van objectivering van het unieke individu waardoor de mens op zich en zijn waardigheid in het gedrang komen. Terwijl het verhaal van de patiënt, hoe bizar soms ook, vergeten wordt. Tijdsdruk, onderbemanning, onvoldoende geschoold personeel, demotivatie, financiële haalbaarheid, routine zijn factoren die een meer persoonlijke benadering moeilijk maken.

Er gaapt vaak een grote kloof tussen de inwendige beleving van een psychotische persoon en de perceptie van buitenstaanders. Het vraagt veel geduld en inleving. Dat neemt niet weg dat er toegewijd en betrokken personeel is. Ik geef een voorbeeld van die kloof tussen de beleving van de patiënt en de perceptie van de buitenstaanders. Vanuit therapeutisch oogpunt hadden ze beslist om mijn kamer prikkelarm te maken. Alle boeken en andere persoonlijke spullen moesten in de kast achter slot en grendel. In mijn psychotische beleving waren dat net de cruciale dingen. Ik begreep er de bedoeling niet van. Het leek alsof ze alles van mij afnamen. Het was net of mijn wereld instortte. Het team zal vast en zeker gehandeld hebben met de beste bedoelingen, maar het wekte bij mij vooral wrevel en onbegrip op.

Voor recidive psychotici kan ik mij niet van de indruk ontdoen dat de omkadering soms ontoereikend is. Men zou meer aandacht moeten hebben voor een therapeutische en persoonlijke benadering en feedback i.p.v. aandacht voor indamming en controle. Vaak vervallen chronische patiënten tot tweedegradsburgers. Ik ben mij ervan bewust dat bij ontsporing of ongeremdheid soms moet overgegaan worden tot repressieve maatregelen. Het mag echter niet de regel of een gemakkelijke oplossing zijn. Een psychotisch iemand verliest vaak al dan niet terecht zijn status als een 'te bereiken' iemand waardoor de verpleging het heft in eigen handen neemt en ze zo gaan bepalen wat goed is en wat niet voor de persoon

in kwestie. Gelijkaardige interactie met de verzorgende wordt moeilijk. Er wordt in je plaats beslist. Ik ben van nature iemand die redelijk veel waarde hecht aan mijn autonomie en vrijheid. Dat maakt het allemaal niet gemakkelijker bij een acute psychose. Maar ik realiseer me dat het vaak een erg moeilijke oefening is voor het verplegend personeel. Wat beter kan naar mijn aanvoelen is de communicatie t.a.v. familie.

Terug naar mijn verhaal. Er komt iemand binnen. Het is ochtend. Eindelijk, er komt iemand binnen. Ik vraag of ik eruit mag. Ze antwoordt niet alsof ze geen oor heeft voor mij. Ik weet wel dat dat moet besproken worden op een vergadering. Net zoals ik mij moet schikken in mijn lot kan zij niet eigenhandig beslissen wat er moet gebeuren. Ik dreig ermee niet meer te eten maar beseft dat dit de situatie niet zal veranderen. Ze brengen het eten binnen. Geen tafeltje voorzien. Ik voel me als een hond die ze zijn plastic bordje in zijn hok binnenbrengen. Plastiek bestek, plastic bordje. Het is toch even wennen. Na de maaltijd een sigaretje in de gang tussen beide cellen. Na urenlang afkicken is dit een verademing. Dit is het moment waarnaar je al zo lang snakt. Heerlijk. Na enkele dagen mag ik uit de cel. Dan volgt het uittredingsritueel.

Een verplichte douche in de tussengang van de twee cellen. De hoofddeur is nog vast, maar er is dat zalig vooruitzicht van de vrijheid. Straks gaat die deur eindelijk open. Onder het oog van twee verpleegsters moet ik douchen. Ik voel me onwennig en bekeken en als ik eerlijk mag zijn wat vernederd. Eén van de verpleegsters gaat ondergoed voor me halen in de kamer. Om de één of andere reden bleek mijn horloge zoek. Waarschijnlijk in alle tumult meegenomen door een andere patiënt. Ik weet het niet. En dan uiteindelijk het verlossend moment. De deur gaat open, de vrijheid lonkt. Maar het trauma zal nog lang nazinderen.

Wouter Kusters, fragmenten uit het verhaal

Eenmansdood; uit het boek **Alleen, berichten uit de isoleercel** 2007, Rotterdam: Lemniscaat.

De cellen zijn twee bij drie. Aan de smalle kant: een witte stalen kluisdeur met een rond raampje erin als een patrijspoort. Daar tegenover, aan de andere smalle kant: een raam van dubbel plastic met uitkijk op een ommuurde binnenplaats bezaaid met gras. Tussen het dubbel plastic hangt een klok en een blauw gordijn, dat alleen wij kunnen bedienen. De ene lange zijde is van groene schoolbordverf, en de andere lange zijde is glad en geel. Deze laatste loopt bijna ongemerkt over in de vloer.

Daarin treft hij zichzelf opnieuw aan, naakt, op een dun wit papieren broekje en een lichtblauw papieren hemd na. Hij ligt op een matras op een witte, zware deken. Als hij opkijkt ziet hij de vier wanden en het plafond met het gedempte licht. Hij legt zijn hand op de vloer. De temperatuur is opvallend hoog. Alsof er een kip gaat worden gebraden. De vloer geeft niet mee en beweegt niet. Hij merkt op dat de vloer hard is en hij er op kan staan, en hij doet dat ook. Hij zet zijn voeten naast de matras op de grond, zet zich af met zijn handen. Ietsjes voorovergebogen laat hij zich in de beweging vallen, zijn beenspieren spannen, en hij valt omhoog. Hij staat nu overeind in de cel. Uit vrije wil, lijkt het. Alles hier geschiedt in volkomen vrijheid, hoewel de vrijheid van de één ophoudt bij de muren die er door een ander zijn neergezet (...). Linksboven in de hoek is een rooster ingebouwd, waardoor gassen af en aan kunnen worden gevoerd. Zacht zoemend hoor je het in de verte al ruisen. Het gesis van gas uit een leiding klinkt anders. Op gasleidingen staat druk, en een gaslek is klein waardoor er een hoge toon uitpiept. Hoewel een gaslek sist als een slang, is de totale hoeveelheid gas

die ontsnapt minder dan je zou verwachten. Uit een gasleiding stroomt veel minder dan door dit rooster. Het rooster pompt makkelijk honderden liters gas in en uit



de cel. Voor het systeem maakt het niet uit of het lucht is of gifgas. Natuurlijk stroomt er geen gifgas door het rooster. Dat zou zijn einde betekenen. Er wordt toch voor hem gezorgd? Hij is aan de goede zorgen overgeleverd. Maar hij moet ook realistisch zijn. Er zit geen schot in de zaak. Zijn termijn is al lang verstreken. Als hij niet langer houdbaar is dan zijn er weinig bezwaren tegen om gas de cel in te pompen. Het zou niet de eerste keer zijn. Toentertijd was gas een beproefd medicijn. En net als nu was er destijds ook een probleem met stalen types. Ze vragen er zelf om; hij doet zoals het niet moet. Schuren doet hij goed, dat wel, maar het doel van zijn schuren is fout. Oké, er zijn rechten: dieren mogen worden vergast, mensen nooit. Daar is hard voor gestreden, dat nie wieder, mensenrechten boven alles. Maar mensen zijn ook dieren, en in Amerika worden er mensen vergast bij wijze van straf. Zou hij straf verdienen vanwege zijn geschreeuw?

Goed, dit is niet Amerika, maar hij is wel een dier. Als hij menselijker was, zou hij onder de mensenrechten vallen. Hoe kan hij vanuit zijn dierlijke toestand nog opgewaardeerd worden tot een humaan niveau? Hij zal ons snel moeten overtuigen van zijn menselijkheid. Hij kan wel schreeuwen tegen onze roosters alsof het microfoons zijn dat hij zyklon b wil snuiven. Kom maar op! Dat overtuigt ons alleen maar meer van zijn overbodigheid. Een stem, beweging, organen zonder lichaam, lichaam zonder organen; waarom zouden wij niet meteen die gaskraan openzetten? Leg dat maar eens uit. Het is mooi geweest. Zo schokkend is dat nou ook weer niet. Wie alle hoeken heeft gezien en gangen doorlopen en vast is komen te zitten in een dood bewegingloos punt, daar is geen oplossing meer voor, die is terminaal. Wie aan zijn eind is, wordt geëxtermineerd. Vroeger deden we dat routineus met honderden, duizenden tegelijk. Dan stopten we ze met z'n allen in een cel, gaskraan open, zyklon b naar binnen en klaar. Opgeruimd staat netjes.

Is dat niet overdreven? Stelt hij zich niet een beetje aan? Dit is toch geen kamp? Toen, ja toen was het oorlog, en werden douchekoppen gebruikt. Die hangen nu ergens anders en dienen alleen voor watertoevoer. Dat heeft hij zelf gezien. Maar gedroeg hij zich daar niet te vrijpostig en frivol? Zo roept hij het over zichzelf af. Het valt natuurlijk minder op als het met roosters gebeurt. Douches staan er om bekend en voor je het weet heb je een schandaal. Met behulp van een rooster, één voor één, valt het niet op. Er zijn ten slotte zoveel cellen. Iedere cel is een éénmanscel, en brengt een éénmansdood met zich mee (...).

Het gas is warm, en stroomt van boven uit het rooster de cel in. Bij zijn voeten is het koud, maar zijn hoofd warmt al wat op. Hij is eindelijk stil, dat is alvast een succes. Dan bukt hij zich en bergt zich als een frontsoldaat na een gasaanval voor de onzichtbare vijand. Hij neemt maatregelen: de matras gaat

naar de andere kant van de cel, zo ver mogelijk weg van het rooster, en hij trekt de deken over zich heen. De bekertjes water zijn uit hun constellatie bevrijd en naast hem neer gezet. Hij ligt nu helemaal stil, met zijn mond in de hoek. Hoe minder hij beweegt, des te minder stroomt de lucht uit de cel en des te minder gas ervoor in de plaats kan komen. Af en toe drinkt hij kleine slokjes terwijl hij zijn mond zo dicht mogelijk bij de grond probeert te houden. Alsof water hem van het gas zou kunnen redden. Hij denkt dat het water zuiver is, en kwalijke substanties kan binden. Hij verslikt zich en spuugt het water uit, begint te hoesten en gooit de deken van zich af. Kracht en hernieuwde woede wellen in hem op. Tegen de verdrukking in voelt hij dat hij nog kan bewegen. Hij kan zijn ledematen nog alle kanten op sturen. Hij blijkt ook nog in staat te zijn om voorwerpen op te pakken en deze van plaats te veranderen. Het gas heeft zijn centrale zenuwstelsel nog niet aangetast. Hij pakt zijn deken en probeert die tegen het rooster te hangen, maar er is geen aangrijpingspunt. Ondanks verschillende manieren van gooien, smijten en werpen, valt de deken telkens terug op de vloer. Dus dan zet hij zijn matras tegen de muur, maar ook deze dekt het rooster nog niet af. De matras is hard genoeg om tegen de muur te blijven staan, maar te zacht om te gebruiken als klimplank. Het rooster zit te hoog om er iets aan te kunnen doen. Misschien kan hij het raam met geweld openen. Hij slaat ertegen, timmert er op. Hij neemt een aanloop en werpt zich met alle kracht tegen het raam. Schreeuwen, slaan, het helpt niet. Geheime knopjes zijn er ook niet. Toen niet, dat hebben ze geweten, en nu dus opnieuw niet. Dit is zijn laatste kans: het raam. Het is de enige poort naar buiten, de rest zit muurvast. Als hij er maar lang genoeg tegen slaat zal het toch een keer mee moeten geven.

Dit is niet langer een spel. We laten niet meer met ons sollen. Storende elementen leggen we het zwijgen op. Hein en Nico

rukken uit, stampend door de gang. Daar is hij wel even stil van. Dit is anders dan hij met zijn perverse jodenfantasieën kon bedenken. Hij vraagt erom met zijn lawaai. Het is voor zijn eigen bestwil om in te slapen. Dan is iedereen beter af. De sleutel draait het slot van het voorportaal open. Ze komen echt, de stemmen zijn er al. De kluisdeur opent zich. Hein is een blonde nazi, terwijl Nico undercover voor de geheime dienst werkt. Ze kijken hem niet aan. Op de grond moet hij, verbaal of fysiek, hij mag het zelf zeggen. Broek naar beneden. Als hij niets zegt en alleen maar schreeuwt, nemen wij het wel over. Nico houdt hem in bedwang. Zijn armen, zijn hoofd, zijn benen plat op de grond gedrukt. Moet hij maar niet zo schreeuwen. Wij doen dit ook niet voor de lol. Hein pakt de spuit. Nee, nee, nee. Hij wordt gesmoord. We drukken hem nu helemaal weg, en laten andere signalen die van hem overstemmen. Hij valt in zichzelf naar binnen; hij schenkt zijn lichaam aan de wetenschap en trekt zich verder terug. Hij is er niet meer en alles gaat vanzelf. De cellen zijn luidruchtig, maar hij zwijgt vanonder zijn steen als een boeddha. Er zijn drie mensen in één cel. Eén persoon ligt op de grond. Een tweede zit daarop. Een derde heeft een spuit, gevuld met zwaar metaal. De arm van de derde zwaait naar de bil van de eerste. De punt van de spuit prikt en zet door. Weerstand wordt overwonnen door metaal. Het glijdt naar binnen en doordringt hem. Lost zich in hem op. Metaal zwermt uit. Druppels waaieren uiteen, verspreiden zich, en smelten met hem samen. Nico en Hein weten het niet; hij wel. De spuit is goed, de spuit is fijn. Hij is vloeibaar metaal geworden (...).

Duffelse praktijk: illustratie van een complex samenspel.

Dirk Armée, algemeen directeur, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus, Duffel

Bart De Boeck, opleider veiligheidshandelen/ergotherapeut afdeling De Fase A, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus, Duffel

Situering

De lezing illustreert een praktijk: een praktijk die naar best vermogen vervuld wordt, die een geschiedenis heeft, resultaat is van beslissingen, resultante van spanningsvelden, en nog evolutie kent. Het is een illustratie van een praktijk die het resultaat is van talrijke elementen in een complex samenspel: (wettelijk) kader, uitgeoefend toezicht, plichtleer, deontologie, stand van de wetenschap, maatschappelijke context, management, leiderschap, visie, gedragscode, procedure, architectuur, infrastructuur, materiële werkmiddelen, bestaffing, arbeidsklimaat, opleiding, nascholing, regio, omgevingselementen, regelruimte.

Wanneer één element aanzienlijk wijzigt, heeft dit invloed op het geheel.

De focus van de lezing ligt op 'het afzonderen' van patiënten, al dan niet met fixatie: afzonderen als beschermingsmaatregel door het tijdelijk onderbrengen van een patiënt in een gesloten afzonderingskamer; fixeren als beschermingsmaatregel die de mobiliteit van een patiënt beperkt met als doel voorkomen dat hij zichzelf of anderen lichamelijk letsel zou toebrengen en behandeling mogelijk maken.

Uitgangspunt is dat het nemen van dwangmaatregelen niet de gewenste oplossing is maar dat, zoals bij de gedwongen opname geldt, beschermingsmaatregelen enkel mogen getroffen worden als er geen andere geschikte behandeling voorhanden is. Wanneer men toch tot afzondering moet overgaan, is zorgvuldigheid op tal van vlakken noodzakelijk.

Het Psychiatrisch Ziekenhuis van Duffel heeft 601 erkende bedden en stoelen. Daarvan zijn 110 bedden z.g. 'gesloten' bedden. In 2010 waren er 1363 opnames (abstractie makend van het dagcentrum en CEPOS). Het overgrote deel van deze

opnames betreft mensen die vrijwillig in behandeling komen en ook in overleg tot een behandelplan komen. Er zijn ongeveer 140 opnames per jaar in gedwongen statuut. Gedwongen statuut betekent niet altijd gedwongen behandeling en betekent zeker niet steeds afzondering. De acute opnameafdeling, De Fase A, biedt in ons ziekenhuis een werking in gesloten setting in functie van externe (268) en interne (66) crisisinterventie. Het gaat dus om een plek met geconcentreerde deskundigheid.

De bouw van een crisisafdeling

Het gebouw waarin acute opnames plaatsvinden - en waarin ook de afzonderingen gebeuren - werd in gebruik genomen in april 2008 maar werd reeds geconcipieerd in 2001. Bouwen voor psychiatrie is een complexe opdracht, die lastiger wordt naarmate men voor een meer precieze doelgroep en opdracht bouwt. Contextelementen evolueren immers snel waardoor aanvankelijk goed gefundeerde keuzes soms gedateerd raken maar niettemin 'versteend' zijn.

In de nieuwbouw beschikt iedereen over een eenpersoonskamer zonder daarvoor een supplement te betalen. Patiënten hebben op de kamer eigen sanitair, kastruimte en werkblad. Na het betrekken van het nieuwe gebouw viel meteen op hoe de betere accommodatie het privacy- en comfortgevoel van patiënten versterkte waardoor er onmiddellijk meer rust kwam. Verder voorziet de architectuur voor een geheel van dertig bedden drie leefgroepen in een meer harmonieuze groepsaamenstelling. Dit alles heeft een sterk de-escalerend effect.

Afdeling De Fase A: de praktijk

De opnamedienst is op de campus zo ingeplant dat deze omwille van de hoogste toezichtfunctie in het hart van de campus bevindt. Hoe meer een patiënt terug naar de samen-

leving kan georiënteerd worden, hoe meer zijn afdeling aan de periferie ligt, langsheen de straatzijde, 'alsof het een huis in de rij is'.

Ook binnen de afdeling met de hoogste toezichtfunctie is er gradatie: van hoogste toezicht in hiertoe speciaal uitgeruste aparte afzonderingskamers, dicht bij de desk, tot een leefgroep voor acht patiënten voor wie het einde van de gesloten opname al in zicht is.

Dit vertaalt zich in acht high care kamers en drie leefgroepen met telkens een eigen tuin.

In principe kunnen er op deze afdeling slechts 30 patiënten opgenomen worden. Dit wil zeggen dat wanneer alle acht afzonderingskamers in gebruik zijn er slechts 22 individuele kamers bezet zijn. Voor elke patiënt die op een high care kamer verblijft houdt men steeds een reguliere kamer beschikbaar. Om het even wanneer men beslist dat deze patiënt naar een gewone kamer kan is dit ook onmiddellijk mogelijk. Enkel bij periodes van hoge opnamedruk/vraag lukt dit helaas niet altijd.

De leefgroepstructuur is zodanig dat patiënten een steeds grotere vrijheidsgraad krijgen en aankunnen. Patiënten starten echter niet steeds in de high care met afzondering. Men doorloopt ook niet altijd achtereenvolgens de drie leefgroepen. Flexibiliteit is hierbij zeker aangewezen.

Crisisopname van externe patiënten gebeurt alleen op De Fase A. Intern is het ziekenhuis gestructureerd in verschillende sectoren met tal van specialismen. Bij voorkeur vangt elke sector crisissen op in de eigen accommodatie. Maar niet elke afdeling of sector heeft de gepaste infrastructuur. In dat geval treedt De Fase A op als interne crisisafdeling. Dat kan gaan van een korte opvang in een afzonderingskamer terwijl men

een bed behoudt op de eigen afdeling, over een afzondering met daarna kort verblijf op De Fase A tot een volledige transfer.



Elke dwangmaatregel wordt uiteraard ook geregistreerd. Er is één type registratie voor zowel maatregelen in het kader van de gedwongen opneming als bij vrije opname. Registratie documenteert de praktijk en biedt de mogelijkheid van inspectie. Registratie kan ook gebruikt worden om de eigen praktijk kritisch te onderzoeken en te optimaliseren. 'Moeilijke' casussen of 'twijfelgevallen' kunnen binnen het team tijdens een intervisiemoment (her)besproken worden om te zien of de situatie anders had kunnen opgelost worden. De documentatie kan ook voorwerp worden van wetenschappelijk onderzoek.

Variaties op de praktijk

Een vrijwillige opname biedt soms te weinig garanties voor veiligheid. Soms stemt een patiënt in met opname



maar wil de dienst iemand alleen in gedwongen statuut opnemen. Soms ziet een afdeling geen indicatie in behandeling maar wordt het ziekenhuis gevorderd een patiënt gedwongen op te nemen. Gedwongen opname van psychiatrische patiënten is vaak ook voor het ziekenhuis een gedwongen opname.

Doordat het Psychiatrisch Ziekenhuis te Duffel het enige is in het arrondissement Mechelen, betekent een vordering van het parket Mechelen bijna steeds ook opname.

Maatschappelijke overlast en criminaliteit horen niet afgevoerd te worden naar een psychiatrisch ziekenhuis maar komen er soms in terecht. Aangemeld zijn als patiënt of een zelfdefiniëring als 'patiënt' mag geen legitimatie zijn tot fysiek geweld t.a.v. het personeel. Maar het gebeurt soms dat de patiënt omwille van zijn ziekte toestand schade berokkent

aan medewerkers. Voor deze medewerkers is het niet evident om die feiten te verbinden met dat ziektebeeld. Daar ligt een opdracht voor het team en eventueel voor het Stress Support Team van het ziekenhuis.

Naast de gespecialiseerde afdeling De Fase A zijn er natuurlijk ook andere afdelingen, die minder geconfronteerd worden met dwangmaatregelen. Op deze afdelingen vervaagt de competentie (kennis, gedrag, houding) i.v.m. dwangmaatregelen omdat ze er minder mee bezig zijn. Doordat één afdeling deze verantwoordelijkheid opneemt blijven andere diensten daarvan gespaard. Het valt niet te ontkennen dat hierbij sprake kan zijn van enige 'splitting' tussen 'de goede afdeling die zoiets niet doet' en 'de kwade die straft'.

Ook binnen het team kunnen bij medewerkers tegenstrijdige emoties ontstaan in het kader van dwang- en beschermingsmaatregelen. Bij acute actie is er best eenheid van optreden. Daarbuiten is meningsverschil zelfs een goede zaak. Al te strikte procedures kunnen immers de noodzakelijke differentiatie in functie van de verschillen tussen patiënten in de weg staan en zelfs angst verhogen in de omgang met ontregelde patiënten.

Hoe patiënten de eerste weken ervaren, zou een belangrijke prognostische waarde kunnen hebben voor toekomstige opnames. Procedurele eerlijkheid, begrijpelijke informatie, respect, empathie, het maximaal betrekken van patiënten bij behandelbeslissingen kunnen de patiënttevredenheid verhogen maar ook lange termijn outcome verbeteren.

Het hele ziekenhuis zou met betrekking tot beschermingsmaatregelen een 'holding' functie moeten waarmaken waarin afzondering en fixatie hun plaats krijgen als uitzonderlijke

maar noodzakelijke procedures. In die geest zou traumatisering kunnen afnemen, zowel bij patiënten als bij personeel. Met het bevragen van patiënten naar hun afzondering en fixatie moet omzichtig worden omgegaan. Z.g. 'debriefings' zijn zeker geen onverdeeld succes.

Het is belangrijk dat doorheen het hele zorgcontinuüm dat een patiënt in verschillende afdelingen van het ziekenhuis doorloopt de afzondering, die iemand ondergaan heeft, kan besproken worden. Soms is het spreken hierover pas veel later mogelijk. Hulpverleners hebben daarin solidair een verantwoordelijkheid op te nemen om te helpen deze ervaring een plaats te geven in iemands ziek zijn en leven.



Tien jaar terugdringen van dwang en drang.

Learned lessons en kritische succesfactoren

Sybre Bangma, voorzitter Raad van Bestuur Dimence, vicevoorzitter GGZ, Nederland

Enkele cijfers

Nederland kent een lange geschiedenis op het vlak van zorg voor psychiatrische patiënten. Daarin speelden dwangtoepassingen zoals bijvoorbeeld afzondering een rol. Die rol en toepassing van afzondering staan herhaaldelijk ter discussie. In 2001 werden initiatieven genomen voor de ontwikkeling van een handvest 'Terugdringen dwang en drang in de GGZ'. Daar werd de basis gelegd voor een proces dat anno 2011 al tien jaar duurt. Tussen 2003 en 2005 namen twaalf instellingen deel aan een project dat door Maastricht is opgezet met als doel dwangmaatregelen te verminderen. Zij waren de koplopers! Zonder extra subsidie gewoon aan de slag! In 2005 werd er door GGZ Nederland (Andrée van Es) besloten dat een reductie van dwang met 10% per jaar mogelijk moest zijn. In 2006 volgde de eerste landelijke subsidietoekenning aan instellingen die projecten indienden in verband met terugdringen van dwang en drang. Vanaf 2006 was er jaarlijks vijf miljoen euro beschikbaar, gericht op de reductie van dwang. In 2006 deden er 15 instellingen mee. In 2007 waren het er 35 en in 2008 telden we 42 instellingen. In 2010 deden er 52 instellingen mee aan dit project en in 2011 hebben 53 instellingen een projectvoorstel ingediend. De indieners variëren van een afzonderlijke afdeling tot en met een volledige instelling. De PUK (Psychiatrische Universiteit Kliniek) en PAAZ'en (Psychiatrische Afdelingen Algemeen Ziekenhuis) namen voor het eerst deel in 2010 en in 2011 zijn ze wederom ruim vertegenwoordigd.

GGZ Nederland

GGZ Nederland is de branche-organisatie voor instellingen in de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg. GGZ Nederland monitort de projectstructuur en voert de regie over het toekenningsproces. Ze levert advies in de totstandkoming van beleidsregels en daarmee ook in de subsidietoekenning. Daarnaast draagt ze bij tot het creëren van een draagvlak, kennisdeling, stimuleren van registratie, ontwikkeling van veldnormen en visie op intensive care en inventarisatie en verspreiding van best practices bij terugdringen van dwang en drang. GGZ Nederland heeft een 'projectleider dwang en drang' aangesteld die het dossier i.v.m. het terugdringen van dwang en drang onder zijn hoede heeft. Naast de landelijke projectleider is er een stuurgroep dwang en drang. Deze bestaat uit vertegenwoordigers van: het Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg; Zorgverzekeraars Nederland; Inspectie voor de Gezondheidszorg; GGZ Nederland; het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Vereniging voor PAAZ-managers.

Terugdringen van dwang

In de afgelopen tien jaar is er op basis van projecten een groot aantal best practices voor het terugdringen van dwang in de GGZ ontwikkeld. Binnen GGZ Nederland proberen we die ontwikkelingen structureel te borgen in de eigen organisaties. Elke GGZ-organisatie zou zich het denken over onvrijwillige zorg in de GGZ moeten eigen maken en hiervoor permanent aandacht moeten hebben. Om dit te faciliteren is er vanuit het ministerie van VWS in 2011 geld beschikbaar gesteld. Daarnaast heeft datzelfde ministerie opdracht gegeven dit proces van borgen te onderzoeken en te auditen. Deze acties

zijn de laatste stappen in een tienjarig proces waar terugdringen van dwang en drang de doelstelling was. GGZ Nederland onderneemt verschillende acties ter ondersteuning en bevordering van het implementatieproces. De ervaringen van tien jaar terugdringen van dwang en drang worden op dit ogenblik gebundeld in een aantal 'lessons learned' en 'kritische succesfactoren'.



Een praktisch-ethische reflectie op dwangmaatregelen in de psychiatrie.

Prof. Axel Liégeois, hoogleraar praktische theologie, faculteit Godgeleerdheid, K.U.Leuven en stafmedewerker ethiek, Broeders van Liefde

Dialogo

We opteren voor de dialoog als uitdrukking van een relationele benadering in de zorg. Deze benadering gaat niet



uit van het standpunt van de zorgverleners óf van de zorgvrager, maar vanuit het perspectief van de relatie en de interactie tussen beide: zorgvrager én zorgverleners in hun context. De relationele benadering verbindt mensen met elkaar en integreert het goede uit de andere benaderingen.

De dialoog is bovendien de meest aangewezen weg om keuzes in de zorg te maken en te evalueren. In deze dialoog zijn drie partners betrokken, met name de zorgvrager, de naasten en de zorgverleners. Omdat het gaat om drie partners, kunnen we spreken van een dialoog.

In deze relationele benadering kunnen we de juridische benadering integreren, die het standpunt van de zorgvrager voorop stelt. In de dialoog kan de zorgvrager immers een geïnformeerde toestemming of een voorafgaande toestemming geven, of kunnen de naastbetrokkenen een plaatsvervanger

de toestemming geven. Bij toestemming is wilsbekwaamheid een sleutelconcept: het veronderstelt voldoende begripsvermogen en oordeelsvermogen van de zorgvrager.

Dwang

Het is echter niet altijd mogelijk om in dialoog te gaan of om de toestemming van de zorgvrager te krijgen. In dergelijke uitzonderlijke situaties kan het aangewezen zijn dat de zorgverleners een dwangmaatregel nemen en dus de vrijheid beperken tegen de wil of zonder de toestemming van de zorgvrager. Dat kan echter nooit een vanzelfsprekende praktijk worden.

Om dit te vermijden, hebben zorgverleners de taak alle vormen van dwang kritisch te evalueren. Vanuit een ethische benadering zijn er drie voorwaarden voor het gebruik van dwang: (1) De zorgvrager is onvoldoende wilsbekwaam om in dialoog te gaan of het eigen gedrag te controleren. (2) Er is een dreiging van ernstige schade aan de gezondheid of de integriteit van de zorgvrager of een andere persoon. (3) Er is tenslotte een proportionele of redelijke verhouding tussen de dwang en de schade: dat impliceert dat er geen alternatieven zijn, met minder dwang, die de schade kunnen vermijden en dat er niet meer en niet langer dwang wordt uitgeoefend dan noodzakelijk.

Deze drie ethische voorwaarden komen in grote mate overeen met belangrijke concepten betreffende dwangmaatregelen die te vinden zijn in de juridische benadering, meer bepaald in de wet patiëntenrechten en in de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

Literatuur

Axel Liégeois, *Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg*, Leuven, LannooCampus, 2009 (vooral hoofdstuk 5 over de samenwerking tussen zorgvrager, naastbetrokkenen en zorgverleners, p. 109-128, en hoofdstuk 6 over vrijheidsbeperking en dwang, p. 129-146).



De geïsoleerde psychiater. Dilemma's voor de arts bij afzondering.

*Dr. Marc Hermans, hoofdgeneesheer, dr. Frieda De Maere, psychiater, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis, Zoersel
Commentaar, Marc De Cuyper, psycholoog, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis, Zoersel*

Situering

Beide artsen zijn werkzaam op afdelingen waar acute psychiatrische crisissen en hoogdringende, vaak gedwongen,



opnames frequent voorkomen. Dit maakt hen uitgelezen partners om van gedachten te wisselen over de dagelijkse praktijk van afzondering in het bijzonder en beperkende maatregelen in het algemeen.

De artsen stelden vier concrete casussen voor, waarbij onmiddellijk een levendige discussie tussen de sprekers en publiek ontstond.

Afzondering, een complexe zaak van het hele team

Tijdens de plenaire lezingen was te horen dat het afzonderen van patiënten en het opleggen van beperkende maatregelen een zaak van het ganse team is, alhoewel verpleegkundigen soms nog het gevoel hebben dat ze er alleen voor staan. Dit geldt niet zozeer voor de uitvoering van de maatregel, maar

vooral voor het zoeken naar alternatieven en het nemen van beslissingen. Dit gevoel kwam in de workshop echter niet tot uiting. De hedendaagse multidisciplinaire teams boden volgens de deelnemers genoeg ondersteuning en veiligheid. Op dit vlak is op relatief korte tijd een vrij lange weg afgelegd. Het feit blijft echter dat de problematiek rond dwang en drang zeer complex is: de rode draad doorheen deze studiedag. Het welzijn van de patiënt en zijn familie, de veiligheid van het beheersen van een acute toestand, het op gang brengen of houden van een behandelproces, het zoeken naar alternatieven, het naleven van tal van wettelijke en afdelingsgebonden voorschriften, zijn slechts een aantal facetten die tegelijk in overweging genomen moeten worden. Het is op dit kruispunt van problemen en hindernissen dat beide psychiaters hun taak situeerden. Dr. Hermans benadrukte bovendien dat psychiaters als eindverantwoordelijken van een behandeltraject therapeutische en juridische aansprakelijkheid dragen en daar soms ook op aangesproken worden.

Het isolement van de psychiater

Doorheen een geanimeerd debat, vertrekkende vanuit reële casussen, werd de misvatting rechtgezet als zou de psychiater uit hoofde van zijn functie een meer afstandelijke en minder betrokken partij zijn. Zowel de mensen op de werkvloer als de patiënt en zijn omgeving rekenen op hem voor sturing en begeleiding, het bieden van alternatieven en het zoeken van uitwegen uit impasses. Precies omdat hij niet midden in het centrum van het tumult staat maar net betrokken genoeg is, maakt dat hij deze taak met de nodige objectiviteit kan invullen en door alle partijen als gesprekspartner wordt aanzien. Het isolement van de psychiater waarnaar de titel verwijst, droeg dus helemaal geen negatieve bijklank. Het leek integendeel een belangrijk element te zijn waardoor hij zijn taak kan vervullen.

Doorheen de verschillende casussen bleek steeds de noodzaak om, doorheen een veelheid aan soms elkaar tegensprekende factoren, een evenwicht te vinden. De centrale toetssteen was steeds het bieden van de beste zorg voor de patiënt en zijn naasten, het beperken van traumatisering en tegelijk het behouden of het opbouwen van een therapeutische band. Daarbij moet natuurlijk rekening gehouden worden met de veiligheid van het team en de bescherming van de patiënt tegen te overdreven dwangmaatregelen. Indien deze laatste nodig zijn, moet de hulpverlener deze steeds eerst met de patiënt onderhandelen. Respectvolle bejegening, aandacht voor de kwetsbaarheden en rechten van de patiënt staan voorop. Pas als een compromis onmogelijk is, zal de hulpverlener overgaan tot veiligheidsmaatregelen. Tegelijk wordt ervoor gezorgd deze toestand zo kort mogelijk te maken.

Externe veiligheidsmaatregelen

Er werd ook stilgestaan bij de toenemende tendens om politie in te schakelen bij incidenten. Dit lijkt in de meeste ziekenhuizen te gebeuren. Niet iedereen was daar overal en altijd gelukkig mee. Te overmatig geweld en gebrek aan kennis om met psychiatrische problematiek om te gaan, waren de meest gehoorde klachten t.a.v. de politie. Goede afspraken en het bijbrengen van gepaste kennis en attitudes, via bijscholing, werden als oplossing gesuggereerd.

In het Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis schakelt men intern opgeleide stewards in. Door hun permanente aanwezigheid verhogen zij het veiligheidsgevoel en maken ze onveilige situaties beheersbaar waardoor het aantal interventies van de politie vermindert.

Ook maakt men gebruik van het intern ontwikkelde **BOMBAV**-model: dit is een adequaat en eenvoudig hulpmiddel om over beperkende maatregelen en vooral de noodzaak en de draag-

wijde ervan te reflecteren. Aspecten van **Bejegening** van de patiënt, **Organisatorische** en wettelijke principes, **Mensbeeld** van de behandelaar, **Behandelplan** en therapeutisch doel van



de maatregel, het zoeken van **Alternatieven** en het bieden van **Veiligheid**, zijn de zes dimensies die hier op gelijkwaardige wijze aan bod komen.

Hieraan had gerust een aparte workshop kunnen gewijd worden.

Afzondering: bezoek opnameafdeling De Fase A en de concrete verpleegkundige toepassing.

*Roel Storms, hoofdverantwoordelijke, Bart De Boeck, opleider veiligheidshandelen /ergotherapeut, Marianne Dewolf, verpleegkundige, Psychiatrisch Ziekenhuis Sin-Norbertus, Duffel
 Commentaar, Leo Van Dessel, stafmedewerker, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus, Duffel*

Afzondering als noodzakelijk maar 'uitzonderlijk' onderdeel van de behandeling?

De medewerkers van afdeling De Fase A informeerden de deelnemers van deze 'bezoekworkshop' op een heel transparante en aanschouwelijke manier over hun manier van omgaan met dwang en drang.

Ze schetsten op een levendige en zeer belevingsgerichte manier het traject dat een patiënt, die in crisis wordt opgenomen, op deze afdeling doorloopt. Dat hierbij een kort verblijf in één van de afzonderingskamers in hun high care of hoge beschermingsunit zeker geen uitzonderlijk gebeuren is, werd niet ontkend.

Wat in dit verhaal opviel, was hun ervaring dat de toepassing van dwang en drang (afzonderen, fixeren, dwangmedicatie) blijkbaar niet weg te denken is in een behandelingssituatie die de opdracht heeft ernstige psychiatrische crisissen te moeten opvangen. Een kleine helft van de patiënten, die men hier in crisis opneemt, krijgt tijdens de opname wel eens de noodzakelijke zorgen in een afzonderingskamer, maar dit steeds voor een zo kort mogelijke periode. Bij de keuze voor toepassen van dwang spelen vooral de criteria veiligheid en bescherming een rol: niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de medewerkers.

Humaniseren van een dwangmaatregel

Vertrekkend vanuit de stelling dat afzondering vaak een noodzakelijk onderdeel van de behandeling uitmaakt, gaat de aandacht natuurlijk minder uit naar het realiseren van een zgn. 'afzonderingsvrije' behandeling. Men probeert veeleer de gedwongen aanpak te humaniseren, zelfs al beseft men dat het hier inderdaad om de meest indringende directieve en restrictieve aanpak gaat. Afzonderen wordt dan beschouwd als een onderdeel van een goed bedoelde behandeling, bij gebrek aan betere alternatieven.

Te oordelen aan de reacties en de vragen van de deelnemers van deze workshop is dit bij hulpverleners (in de acute psychiatrie) een vrij algemeen gedeelde mening. Overtuigingen als: de afzonderingskamer biedt veiligheid; geagiteerde patiënten hebben toch een prikkelarme omgeving nodig en komen er toch tot rust; een beperkt verblijf in een moderne technisch uitgekende en zoveel mogelijk op mensenmaat uitgedachte afzondering is toch ook weer niet zo erg en de 'winst' weegt dikwijls op tegen het 'nadeel'; duiken al snel op.

Afzondering op maat

De getoonde afzonderingskamers en het concept van deze high care unit werden door de workshopdeelnemers positief beoordeeld op hun 'inventief' karakter. Hierbij een, zeker niet volledig, overzicht van gerealiseerde patiëntgerichte aanpassingen en inspanningen: er is intercontact mogelijk; de afgezonderde patiënt kan altijd, zelfs in gefixeerde toestand, een oproepknop bedienen; er is constant luchtverversing en branddetectie. Het bed is zo gemaakt dat iemand er zich omzeggens niet meer kan aan kwetsen. Ook de muren zijn van zacht materiaal om zelfbeschadiging door bv. hoofdbonken tegen te gaan. De kamer laat door een groot one-way screen het daglicht binnen en biedt visuele contactmogelijkheid met een rustig achterliggend tuingedeelte. De tijdsoriëntatie wordt niet alleen onderhouden door een digitale klok in een zijwand, maar ook door in het afzonderingsgebeuren een herkenbaar dagschema aan te houden wat betreft ontbijt, ochtendverzorging, middag- en avondmaal, de diverse medicatierondes en het doktersbezoek. Wanneer de patiënt wordt afgezonderd, gaat men over tot intensieve verzorging en begeleiding: er is regelmatig, zowat ieder half uur, toezicht en behoeftepeiling; er is een ontvangstdesk waar familieleden kunnen ontvangen worden; er

is in de mate van het mogelijke begeleid contact mogelijk tussen patiënt en een vertrouwensfiguur; de unit heeft een eigen tuintje waar patiënt onder begeleiding even kan verblijven, een sigaretje kan roken; er is dagelijks bad- of douchegebruik; er wordt extra geïnvesteerd in personeel voor deze unit om de afzonderingspatiënten toch zoveel mogelijk contact en afleiding te kunnen geven. En dit alles is nog eens gekaderd in een schriftelijk vastgelegde procedure ‘afzondering’ en een dagelijkse uitgebreide briefing.

Kortom, deze workshop gaf de deelnemers de boodschap dat de behandelaars proberen zo empathisch en menselijk mogelijk met deze ook voor hen moeilijke realiteit om te gaan en hierover zo eerlijk en open mogelijk met hun patiënten te communiceren.

Bedenkingen

Toch bleven wij bij deze presentatie en de confrontatie met deze beschermingsunit en de energie die hier naar afvloeit met een dubbel gevoel zitten.

Belemmert precies al die ‘toegevoegde humane waarde’ niet dat men gevangen blijft in de stelling van ‘zonder dwang gaat het nu eenmaal niet’. Belemmert het niet het vrije denken over de enige echte humane oplossing: een afzonderingsvrije omgeving (waar afzonderen enkel nog als een hoogst extreme noodmaatregel zou gebruikt worden).

Door dwangomgeving en dwangtoepassing als vanzelfsprekend te accepteren als een vorm van behandeling blijven we, ondanks de zeker aan te moedigen inspanningen om de impact ervan door de hoger beschreven ingrepen te milderen, als hulpverleners misschien toch blijf geven van een tekort aan invoelingsvermogen. Hiervoor verwijs ik graag naar het indringende verhaal van Wouter Kusters in zijn inleidende lezing: je moet niet alleen kijken naar de omgeving maar vooral naar wat die omgeving met iemand doet... en dan kan je afzondering nooit verkopen als een vorm van behandeling! Dus: niet alleen opleidingen in ‘hoe veilig afzonderen’, maar beter nog in ‘hoe afzonderen vermijden’.

(Inspiratie hiervoor is o.a. te vinden in het werk van dr. Bert van der Werf die crisisinterventie vanuit een ontredderingsperspectief en de hierbij horende emotionele opvang bepleit. Bijzonder leerzaam is ook de publicatie van de cliëntenorganisatie GGzE (Eindhoven) ‘Open Deuren’, een stevig ervaringson-

derbouwd pleidooi voor een afzonderingsvrije psychiatrische omgeving.) (*)

Eerlijkheid noopt ons evenwel te stellen dat het niet alleen de hulpverleners zijn die hier verantwoordelijkheid dragen. De grootste verantwoordelijkheid ligt nog altijd bij de beleids- en wettenmakers die een bijzonder ambigu standpunt i.v.m. dwangbehandeling innemen. In onze beruchte wet op de patiëntenrechten wordt het gebruik van dwang helemaal niet geregeld, terwijl diezelfde wet het anderzijds niet onmogelijk maakt om dwang te gebruiken. Zo ontstaat er al gauw een grijze zone waarbinnen zeker niet altijd met de nodige omzichtigheid afwegingen gemaakt worden.



Een tweede belangrijke rem op het afzonderingsvrije denken is zeker het schrijnend gebrek aan personeel dat de overheid bereid is hiervoor in te zetten. Allicht is een verdubbeling van het aantal verpleegkundigen voor dergelijke afzonderingsvrije (preventieve) crisiszorg het minimum.

(*) **Informatie/aanvragen** exemplaar cliëntenorganisatie GGzE; Eindhoven
cliëntenbelangenbureau@ggze.nl
postbus 909, postvak 6103,5600 AX Eindhoven.

van der Werf, L.j., de separeer en de prikkelarme omgeving, Vakblad sociale psychiatrie, 22, 69 p 33-38.

Het signaleringsplan.

Preventief werken met vroege signalen van crisis.

Erik Kuijpers, stafmedewerker kwaliteit, onderzoek en ontwikkeling, GGzE, Eindhoven

Commentaar, Walter De Clercq, psycholoog, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus, Duffel

Situering

In zijn workshop verwijst Erik Kuijpers naar de signaleringsplannen in verband met een crisis die in de GGZ in Nederland reeds lang in gebruik zijn. Deze plannen worden voornamelijk gebruikt om een klinische terugval of decompensatie te voorkomen en op tijd gepaste hulp aan te bieden. De signaleringsplannen zijn vooral gericht op het psychisch welbevinden van patiënten met een psychotische kwetsbaarheid.

In zijn workshop wil hij ons aanleren hoe een dergelijke aanpak ook kan toegepast worden bij patiënten bij wie een neiging tot agressie bestaat, los van hun problematiek (psychose, persoonlijkheidsstoornis...).

Het signaleringsplan

Bij het uitwerken van een signaleringsplan baseert hij zich op:

- het crisisontwikkelingsmodel: in welk stadium van de (dreigende) crisis is welke interventie nodig? Vooral de overgang tussen dreiging van verlies van controle (van gedrag) en het effectieve controleverlies dient nauwkeurig te worden ingeschat: deze is nl. bepalend voor een verschuiving van een ondersteunende interventie naar een directieve, lees 'overnemende' interventie. M.a.w. welke gedragssignalen van de patiënt helpen de crisis in te schatten.
- de copingstijl: Erik Kuijpers gaat ervan uit dat bij bepaalde copingstijlen meer objectgerichte, bij andere meer persoonsgerichte agressie hoort. Uiteraard belangrijk om daar in een interventie mee rekening te houden.
- een uitgebreide kennismaking met de patiënt, zijn achtergrond, geschiedenis (ook ziektegeschiedenis), zijn functioneren t.a.v. zichzelf en anderen. Hierbij komt men gevoelige thema's op het spoor, waarbij men iets kan leren over mogelijke triggers tot crisisgedrag.

In de workshop probeerde Erik Kuijpers een dergelijke analyse van een casus uit te voeren om duidelijk te maken hoe dat kan leiden tot een signaleringsplan. Dat liep eerder stroef: het nadenken over de mens achter de patiënt is ons allen vertrouwd. Dat denken concreet doen resulteren in een overzichtelijk schema van copingstijlen en crisisgedrag waarop een adequate interventie mogelijk is, vereist echter meer oefening dan in het korte tijdsbestek mogelijk was.

Bedenkingen

Uitwerken van een signaleringsplan vraagt tijd (teamvergaderingen, besprekingen met de patiënt ...). Maar op een opnameafdeling is die tijd er meestal niet: patiënten komen vaak in crisis toe. Hier kan de hulpverlener dan alleen voortgaan op het intuïtieve aanvoelen van de persoon in nood. Dat is uiteraard een subjectief werkinstrument en niet in kaart te brengen in een plan, maar daarom niet minder belangrijk om er aandacht aan te besteden. Dit 'intuïtieve aanvoelen' uitspreken en toetsen bij collega's is een voortdurend leerproces.

Terecht maakt Erik Kuijpers de opmerking dat de crisissituatie vaak een interactieve situatie is. Ook de hulpverlener heeft daarom de verantwoordelijkheid om zich bewust te worden van zijn eigen 'gevoelige thema's'.

Ik merkte dat ik ook moeite heb met het begrip copingstijl en met de suggestie dat het hierbij om gedrag gaat (to cope = het aankunnen, het hoofd bieden, bestrijden...). Het proces van projectieve identificatie speelt zich meestal op een onbewust niveau af en is niet noodzakelijk in gedrag merkbaar. Het situeert zich eerder op een lichamelijk-gevoelsmatig niveau. Ik zou daarom de klemtoon willen leggen op het defensieve aspect: het gaat immers niet alleen over omgaan met stress, maar over afweren van vaak primitieve angsten (defensiemechanisme).



Of men nu impliciet in patiëntenbesprekingen over de patiënt spreekt, dan wel expliciet in de vorm van een signaleringsplan, het is in elk geval van het grootste belang na te denken over wat een persoon drijft (tot eventueel agressief of (auto)destructief gedrag). Alleen op die manier kunnen we die persoon, die zich aan ons toevertrouwd heeft, tegemoet treden met een houding van 'verstehen'.

Agressie! Maar dan?

De impact van agressie is niet te onderschatten. Hoe kan je de therapeutische relatie herstellen?

*Yves Moons, sociotherapeut, Martine Dupont, sociotherapeut, Sigrid Meeus, sociotherapeut, Melissa Raeymakers, psychiatrisch verpleegkundige, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis, Zoersel
Commentaar, Anne Dekerk, psycholoog, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus, Duffel.*

Situering

Het thema van de workshop was het herstellen van de therapeutische relatie na concrete agressie van een



patiënt ten aanzien van een hulpverlener in de context van de intensieve behandelafdelingen Wel en Stroom (Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis Zoersel). Het gaat hier in feite over de situatie waarbij de therapeutische relatie omslaat in een verhouding dader-slachtoffer. Na rust kan bekeken worden of er herstel van de therapeutische relatie mogelijk is. Reflectie van beide partijen en dialoog zijn hierbij cruciaal. Opvallend vond ik vooral het soort klimaat dat de hulpverleners actief creëren op de afdeling. Een klimaat regelt immers de temperatuur van de afdeling en de temperatuur van het denken. Een aantal gedachten hierrond.

Prolegomena

Vrijheid en veiligheid zijn aanzienlijk toegenomen in onze Westerse wereld. Het zijn waarden die we hoog in het vaandel dragen. Al gaat dat niet gepaard met een toename van een 'gevoel' van veiligheid. Integendeel, zo lijkt het. Getuige de stemmen die al minstens een decennium lang opgaan over de politiek en cultuur van de angst. Socioloog Frank Furedi schreef zijn populair (en ook eenzijdig) boek "Cultuur van de angst" in 1997. Door een veilig klimaat te willen installeren, geeft men een gevoel van onveiligheid, luidt het. Statistieken helpen een handje omdat via cijfers alles een berekend risico lijkt. Filosoof Peter Sloterdijk benadrukt vooral de huidige antiautoritaire samenleving waarbij de catastrofe de nieuwe autoriteit is geworden. Tevens zijn we als mens zélf een gevaar geworden voor de toekomst van de wereld: de klimatologische problemen hebben we zelf veroorzaakt. Angst en onveiligheidsgevoelens zijn een gevolg van dit alles.

In 2008 vonden twee uiteenlopende gebeurtenissen plaats in onze buurlanden. Gezien de mediatisering van zulke gebeurtenissen spelen ze een fundamentele rol in de beeldvorming over de psychiatrie en de psychiatrische patiënt. In Frankrijk werd iemand gedood door 'een psychiatrische patiënt'. In Nederland stierf er dat jaar iemand in de afzonderingskamer. Beide gebeurtenissen riepen veel emotionele reacties op bij een breed publiek. Twee extreme voorbeelden, die tegen-gestelde gevoelens oproepen. Enerzijds de noodzaak om mensen te beschermen voor een gevaar tegen de ander of zichzelf en anderzijds het mensonwaardige van opgesloten te worden en er dan helemaal alleen te sterven. In Frankrijk heeft President Sarkozy met verwijzing naar deze gebeurtenis in 2008 een (erg repressief) wetsvoorstel gedaan waarover op dit moment veel te doen is. Zijn pleidooi voor meer veiligheid creëert, zo lijkt het, meer angst voor elke psychiatrische patiënt. Bij dit wetsvoorstel wordt ook rekening gehouden

met de huidige ‘ambulantisering en vermaatschappelijking’ van de zorg. Mensen kunnen namelijk niet steeds architecturaal opgesloten worden, maar kunnen bijvoorbeeld ook een enkelband dragen als een vorm van opsluiting. Met dit wetsvoorstel voor de psychiatrie gaat Frankrijk eigenlijk in tegen de huidige tendens in vrijwel heel Europa om dwangmaatregelen aanzienlijk te reduceren.

Een (perceptie)kloof tussen hulpverlener en patiënt?

Een zoektocht naar wetenschappelijk onderzoek omtrent de traumatische ervaring van afzondering levert weinig resultaten op. Er is weinig wetenschappelijke evidentie te vinden i.v.m. de effectiviteit van afzonderingsmaatregelen. Er wordt daarom gezocht naar alternatieve maatregelen en preventie. Een aantal onderzoeken gaat over de perceptiekloof tussen hulpverlener en patiënt. Hulpverleners denken meestal niet meer in termen van sancties en straffen, of vanuit een paternalistische of bevoogdende positie (antiautoritaire cultuur). Dit wil niet zeggen dat de bevoogding (impliciet) niet meer bestaat. Het huidige discours omtrent dwang- en drangmaatregelen draait rond het kalmerende effect ervan. Het bieden van rust en veiligheid en het therapeutische effect van de afzondering worden benadrukt. Patiënten ervaren afzondering niet steeds als kalmerend of rustgevend en houden er dus vaak negatieve gevoelens of traumatische belevingen aan over. Een dialoog over deze kloof lijkt fundamenteel. Krijgt de patiënt bijvoorbeeld de ruimte om het niet als rustgevend te zien en dit uit te drukken? En kan daarover gesproken worden? Ook op andere vlakken komt de perceptiekloof tussen patiënt en hulpverlener terug. Bijvoorbeeld de perceptie over de redenen waarom dwang toegepast wordt kan aanzienlijk verschillen. Deze kloof in perceptie tussen hulpverlener en patiënt speelt ongetwijfeld een rol in het herstellen van de therapeutische relatie.

Eenzaam of verbonden.

Tijdens de voormiddag vertelde Wouter Kusters hoe de ervaring van letterlijk volledig afgesneden te worden van elke realiteit hem nog meer terugwierp op zijn wanen. Tijdens zijn verblijf in de afzonderingskamer voelde het alsof niets wat hem eigen was nog overbleef (geen eigen kleren meer, geen boeken, ...). Hij haalde ook het gebrek aan menselijk contact aan. Dit laatste staat in contrast met een aantal alternatieve



maatregelen waarbij er juist wel voor permanent contact gekozen wordt. Er wordt binnen deze laatste visie vanuit gegaan dat iemand in zo'n ontredderde toestand op geen enkel moment alleen gelaten mag worden, of dat men alleszins in contact moet blijven met de persoon. In Noorwegen werkt men zo bijvoorbeeld met een ‘seclusion area’. Dat is een soort mini-afdeling waar men in afzondering kan verblijven. Tijdens de afzondering is de regel dat de patiënt nooit of te nimmer alleen gelaten mag worden. In Ierland is er een voorbeeld waarbij de ‘seclusion room’ uitkomt op de leefruimte en er op die manier voortdurend oog- en oorcontact met medepatiënten gehouden wordt (*). Ook in het ziekenhuis in Duffel werkt men op een bepaalde afdeling met een zogenaamd doorgeefstelsel: een patiënt die bijvoorbeeld in acute, ontredderde toestand wordt binnengebracht wordt hand-in-hand meegenomen en ‘doorgegeven’ van de ene aan een andere hulpverlener, zodat die persoon een constante aanwezigheid voelt van anderen.

Workshop.

Uit het verhaal van de sociotherapeuten en psychiatrisch verpleegkundigen van Stroom en Wel spreekt een actieve zoektocht naar een onderhandelingsklimaat. Een onderhandelingsklimaat waarbij ook plaats is voor herstel van de relatie indien het toch tot een incident komt. Het gaat hier over een afdeling waar in de regel geen psychotische mensen verblijven. Het gaat net om patiënten die worstelen met relaties en het aangaan van relaties, of het gaat om patiënten waarbij

(hulpverleners)relaties zijn vastgelopen: mensen met weinig basisvertrouwen, hechtingsmoeilijkheden, enz. De afdeling werkt met een aantal zinvolle principes waarmee zij een ‘onderhandelings’klimaat creëren i.p.v. een ‘beheers’klimaat. Op deze afdeling worden patiënten nooit gefixeerd en wordt nooit dwangmedicatie toegediend.

Hieronder een aantal elementen uit hun betoog op een rij:
-Keuze voor zo weinig mogelijk regels. Alle zinloze en overbodige regels worden overboord gegooid. Ook werken ze niet zozeer met groepsregels maar proberen ze duidelijke afspraken op maat van de patiënt te maken.

-Zoveel mogelijk zoeken naar alternatieven voor dwangmaatregelen en proberen daar creatief in te zijn. Zo wordt de drempel om tot dwangmaatregelen over te gaan, verhoogd.

-Evolutie van een paternalistisch naar een onderhandelingsklimaat waarbij verantwoordelijkheid en dialoog een grote rol spelen: zo weinig mogelijk toepassen van dwangmaatregelen en zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij de patiënt laten.

-Indien het toch tot afzondering komt, proberen ze dit zo kort mogelijk te houden. Eén uur kan bijvoorbeeld genoeg zijn.

-Wanneer iemand in de afzonderingskamer verblijft, houden ze contact met de patiënt. Dit doen ze bijvoorbeeld met schrijfopdrachten omtrent het incident. Deze schrijfopdrachten zien ze ook als een eerste stap naar dialoog en herstel.

-Indien het mogelijk is om de relatie te herstellen, wordt er zo snel mogelijk een dialoog aangegaan. Niet enkel binnen de duale relatie van de betrokken patiënt en hulpverlener, maar ook met het team en de medepatiënten. Hulpverleners hebben ook eigen angsten en kunnen incidenten ook traumatisch ervaren. Omkadering en opvang van een team zijn daarbij cruciaal. Ook een hulpverlener en zijn team moeten herstellen na een incident.

In een tweede deel van de workshop werden stellingen geponeerd waarmee de deelnemers al dan niet akkoord konden gaan. Deze stellingen confronteerden ons vooral met de complexiteit van de realiteit en ook met de ethische en ook juridische aspecten die daarbij horen. Al gauw werd duidelijk hoe moeilijk het is om algemene stellingen te presenteren en hoe

uiteenlopend de ervaringen en reacties zijn. Het gaat immers steeds om zeer verschillende situaties, personen en klimaten.

Anekdote ter afsluiting

Een week na de studiedag lees ik over een gloednieuwe separeerruimte in Den Haag. Via een touchscreen krijg je de eigen regie in handen. Je kan zo contact nemen met de verpleegpost, de luxaflex open of dicht doen, een geurtje kiezen, muziek opzetten, een spelletje spelen. De ligbank in de separeerruimte is verwarmd. Het lijkt wel op een mini wellness-ruimte, een luxecocon waarbinnen je afgesloten van de buitenwereld je eigen ‘klimaat’ regelt. Is dat misschien de toekomst?



(*) **Referentie:** dr. L.J. Van der Werf, Dwangtoepassing in Europa, SignalSymposia, www.signalsymposia.com

Ervaringen van familieleden met dwang en drang.

Jana De Beul, coördinator Similes Vlaams-Brabant en Antwerpen

Ria & Ludo, ervaringsdeskundigen en vrijwilligers Similes regio Antwerpen en Boechout

Commentaar: Maarten Desimpel, sectorverantwoordelijke psychose zorg, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis, Zoersel

Situering

De voordelen van het betrekken van de naasten bij de behandeling van een psychiatrische patiënt zijn alom bekend bij de hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg.

Getuige daarvan zijn onder meer de familiegesprekken, de psycho-educatie en de familiedagen die op bijna alle verpleegafdelingen voor langdurige zorg worden georganiseerd.

Bovendien is er frequent informeel contact tussen de (individuele) begeleider en de familie van zijn/haar volgpatiënt. Dat verschillende organisaties het belang van familie in hun missie, visie of beleidsplan vermelden of als expliciete kwaliteitsindicator hanteren, toont aan dat het belang ook door de beleidsmakers wordt ingezien.

Familie betrekken

De teneur van de workshop liet echter weinig aan de verbeelding over: ondanks deze initiatieven ervaart de familie dat ze te weinig ondersteund en betrokken wordt bij de behandeling van hun familielid, met gevoelens van onmacht en wanhoop tot gevolg.

De redenen hiervoor zijn divers: veel hulpverleners worstelen met het beroepsgeheim, zeker wanneer de patiënt geen toestemming geeft voor een contact met de familie. Bovendien verloopt het contact tussen de patiënt en zijn familie soms conflictueus en hebben hulpverleners niet steeds de nodige ervaring of vaardigheden om dit conflict te hanteren. Een dergelijke conflict coachen vraagt ook een neutrale rol van de hulpverlener en die kan, omwille van de therapeutische relatie met de patiënt, moeilijk gewaarborgd worden. Tot slot heeft ook de hoge werkdruk een nefaste invloed op de aandacht die naar de familie gaat.

Betrokkenheid van familie zelf

Daartegenover staat dat hulpverleners, zeker als ze werken met psychiatrische patiënten die lijden aan ernstige en langdurige psychiatrische aandoeningen, ook soms te weinig

betrokkenheid ervaren van de familie zelf. Dit uit zich onder meer in een vaak erg lage opkomst wanneer er bijvoorbeeld bijeenkomsten voor de familie georganiseerd worden. Ook deze vaststelling is waarschijnlijk het gevolg van een complex samenspel van factoren. Het, soms jarenlang, samenleven met een psychisch ziek familielid is moeilijk om dragen en kan leiden tot een beladen relatie. Wanneer de familie bovendien te weinig betrokken wordt bij de behandeling, groeien de patiënt en zijn familie alleen maar verder uit elkaar.

Belang van een sociaal netwerk

De afwezigheid van een sociaal netwerk is nefast voor het herstel van de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat de kans op herstel toeneemt bij afwezigheid van een sociaal netwerk. Het belang van een goed netwerk zal in de toekomst enkel nog belangrijker worden. Nu er een wind van vermaatschappelijking over het psychiatrische landschap waait, zullen psychiatrische patiënten, en vooral patiënten met een ernstige en langdurige psychiatrische aandoening, in de toekomst minder beroep kunnen doen op hun netwerk dat ze momenteel vaak exclusief intramuraal hebben uitgebouwd.

Hulpverleners staan dus meer dan ooit voor de uitdaging om de dialoog met de patiënt en zijn familie aan te gaan.

Dit lijkt de beste remedie voor het waarborgen van een netwerk rond de psychiatrische patiënt. Deze noodzaak dringt zich vooral ook op wanneer er gekozen wordt voor dwangmaatregelen in de behandeling. Het kaderen van deze maatregelen en het tegelijk bieden van ondersteuning aan de familie tijdens deze maatregelen zijn een 'conditio sine qua non' om hen tot een duurzame partner in de zorg te maken.



Dwangmaatregelen in de psychiatrie: veel feiten, enkele cijfers.

Dr. Chris Bervoets, psychiater intensieve zorgafdeling Psychiatrisch Ziekenhuis OLV Brugge, Beschut Wonen, lid CAPRI (Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute)

Commentaar, Bart Reynders, psycholoog, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis, Zoersel

Situering

Dr. Chris Bervoets opende zijn betoog met een Kafkaïaanse vaststelling: alle kwalitatieve en kwantitatieve gegevens met betrekking tot dwang die voorhanden zijn, blijken ontoegankelijk te zijn. Het zijn (slechts) dode letters in een omvangrijk archief. Hoewel de kwaliteit van deze gegevens bediscussieerbaar is, zouden ze ons toch een zicht kunnen bieden op enkele aspecten van dwangmaatregelen, bijvoorbeeld afzonderingen. Blijkbaar wordt veel kostbare tijd (sommigen maken gewag van een equivalent van 800 verpleegkundigen) gespenseerd aan het vullen van een archief.

Niettemin weerhield dit dr. Bervoets er niet van zich zo grondig mogelijk in te laten met de nationale en internationale onderzoeksliteratuur die, op zijn beurt, erg karig bleek. Tevens zijn er bij elk onderzoek methodologische opmerkingen zodat de interpreteerbaarheid van de gegevens steeds genuanceerd moet worden. Het mocht dan ook niet verwonderen dat een groot deel van de workshop in het teken stond van de vraag ‘hoe kunnen we wel degelijk onderzoek doen naar dwangmaatregelen opdat we iets kunnen leren omtrent effectiviteit en veiligheid?’

Facts and numbers

Feiten en cijfers, daar ging het dus om. De belangrijkste vaststelling is dat het patiëntenperspectief erg weinig betrokken wordt in onderzoek. Dit plaatst al de rest van de feiten in de schaduw. Het geeft aan hoe moeilijk het is om te luisteren naar patiënten. Veelal gaan we ze te lijf met een voorgekauwd ‘weten’.

Ondanks deze vaststellingen zijn er toch enkele interessante feiten en tendensen. Deze vaststellingen vallen op te delen enerzijds in feiten en cijfers die verwijzen naar de grotere

context van zorg waarop we op afdelings- of ziekenhuisniveau minder impact hebben en anderzijds in feiten en cijfers die wel direct bruikbaar zijn op de werkvloer. Er lijken significante verschillen in conflictbeheersing te zijn wanneer we landen met elkaar vergelijken. Het Verenigd Koninkrijk kent bijvoorbeeld geen mechanische fixaties. Het enthousiasme van deze aanpak werd enigszins getemperd toen bleek dat het een eerder negatieve keuze was. Er waren enkele overlijdens ten gevolge van fixatie geweest. Het blijkt dus geen therapeutische keuze maar eerder een ‘vermijden van’. Dit maakt duidelijk dat de toepassing van dwangmaatregelen te maken heeft met een keuze en dus geen gegevenheid is.

Vanuit het onderzoeksgegeven dat teamleden onderling erg inconsistent denken over dwangmaatregelen, trok dr. Bervoets terecht de conclusie dat er dan ook op een erg inconsistente wijze mee omgegaan wordt. Gezien de (mogelijk) traumatische effecten van dwang op de patiënt is dit een onderzoeksbevinding die aan het denken moet zetten.

Een volgend belangrijk thema is de inbedding van de psychiatrie in de maatschappij. Sinds de wijziging van de wet met betrekking tot de gedwongen opname stelt men vast dat er een andere populatie de psychiatrie binnenkomt. Onduidelijk of dit een parallel fenomeen is maar ondertussen wordt steeds meer en meer gepsychiatriseerd. Waar er in 1952 een 60-tal DSM-diagnoses waren, worden dit er in 2013 waarschijnlijk 720 (Feys, 2009)! De stijging van bijvoorbeeld agressie kan niet te wijten zijn aan meer psychopathologie, maar wel aan andere pathologie die meer de psychiatrie binnenkomt. Verdere bedenkingen omtrent de impact van cultuur op psychopathologie werden niet gemaakt hoewel ook dit gegeven erg interessant is in het denken over dwang in de psychiatrie.

Gelukkig waren er ook enkele onderzoeksdata die wel inpasbaar zijn op de werkvloer. Zo blijkt beroepservaring een belangrijke factor te zijn. Jammer genoeg wordt beroepservaring als erg belangrijk ervaren terwijl er hier net een groeiend tekort lijkt te ontstaan. Verder lijkt een gebalanceerd therapieprogramma belangrijk te zijn evenals een juiste grootte van team waarbij zowel de afwijking naar boven als onder niet wenselijk is. Concrete cijfers in verband met teamgrootte zijn evenwel niet voorhanden.

Kwestie van aandacht?

Een bemoedigende vaststelling is dat initiëren van onderzoek op een afdeling op zich reeds een groot effect heeft op de hoeveelheid afzonderingen. Jammer genoeg is er geen informatie over de achterliggende redenen. Een eigen invulling is dat kritische vraagstelling betreffende dwang, de duidelijke doelstelling om er op een andere wijze mee om te gaan, op zich reeds een groot effect heeft. Waar dr. Bervoets vooral zocht naar feiten die een nationaal gestuurd beleid kunnen vormgeven, zou men dus ook kunnen stimuleren dat elke afdeling kritisch nadenkt omtrent de problematiek. Zo kan men, de eigen cultuur van de werkplek in acht genomen, een eigen antwoord en werkwijze uitwerken en kan 'dwang' afnemen.

Zelf formuleerde dr. Bervoets ook een bedenking bij een nationaal opgelegde doelstelling. Deze mag nooit leiden tot een competitie tussen ziekenhuizen. Ziekenhuizen zouden dan (nog meer?) patiënten gaan selecteren om bepaalde cijfers te halen waardoor het perverse effect van het getal een goede gezondheidszorg onderuit haalt. Tevens is het zo dat ziekenhuizen onderling verschillen aangezien de populatie van een ziekenhuis in, pakweg, de Westhoek niet te vergelijken is met deze van een ziekenhuis in een multiculturele grootstad met veel kansarmoede. Dr. Bervoets opende zo de weg naar een belangrijke kritiek op het beleid, namelijk dat ziekenhuizen in bepaalde opzichten onvergelykbaar zijn. Het beleid houdt hier echter niet steeds voldoende rekening mee waardoor iedereen op elkaar begint te lijken en de verscheidenheid van de populaties vergeten wordt. Ratings van ziekenhuizen zouden vooral voor patiënten nefast zijn.

A brave new World?

Bedenkingen zijn er steeds te maken. Vooral de afwezigheid van het patiëntenperspectief in onderzoek is een veeg teken. Het wijst er eens te meer op hoe moeilijk het is

geworden om tijd te nemen en naar de patiënt te luisteren. Behandelmodellen behelzen veelal regels waarop men tot afzondering overgaat maar beschrijven erg zelden welke plaats het luisteren naar de patiënten moet innemen. Even kreeg ik een 'A brave new world' gevoel toen werd gesteld dat men in de toekomst alles wat met afzonderingen en dwang te maken heeft, gaat concentreren op gespecialiseerde afdelingen zodat daar alle expertise verzameld kan worden. Op deze wijze zou men evidence-based, via RCT-onderzoek, de problematiek kunnen behandelen. Er zijn evenwel onderzoeksresultaten die stellen dat niet het specifieke behandelmodel een gunstige impact heeft op de behandeling maar wel de therapeutische relatie die er bestaat (Duncan & Miller, 1999). Doorbreken we dan niet net deze relatie? Het betekent dat de crisis (want meestal gaat dwang over een crisis) een zaak van de patiënt is omdat deze wordt losgekoppeld van de relatie waarin de crisis ontstaat. Beslissingen gebeuren dan op basis van gedrag. Tevens worden de overdrachtsrelaties doorbroken en installeert er zich een breuk. Het is aan te bevelen om na te gaan welk effect dit heeft op de therapeutische relatie.



Opnieuw lijkt het te gaan over een keuze. Hopelijk kan gefundeerd en genuanceerd onderzoek ons inderdaad helpen om een keuze te maken.

Literatuur:

- Feys, J.-L. (2009). *L'Anthropopsychiatrie de Jacques Schotte, une introduction*. Paris, Hermann éditeurs.
- Hubble, M.A. Duncan, B.L. & Miller, S. D. (1999). Introduction. In M. A. Hubble, B. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 1-19). Washington, DC: APA.

