

Voor verbetering van de kwaliteit bij het toepassen van dwang en drang is vooral ook een cultuuromslag in de praktijk nodig. In deze bijdrage worden daartoe de handvatten geboden.

Het gebruik van dwang internationaal vergeleken

Trefwoorden

- Geestelijke gezondheidszorg
- Onderzoek
- Vrijheidsbeperking

Anouk Vorselman deed als relatieve buitenstaander onderzoek naar factoren die de keuze voor separatie of een ander dwangmiddel bepalen. Zij richtte zich op het besluitvormingsproces en de factoren die daarbij van invloed zijn. Zij vergeleek de praktijk in drie verschillende landen en kon daardoor waardevolle aanbevelingen formuleren voor verbetering van de kwaliteit van zorg.

SAMENVATTING

In drie ziekenhuizen in Nederland, Wales en Denemarken werd nagegaan waar de bestaande voorkeur voor een dwangmiddel op stoelde. Op basis van de vergelijking van de praktijk in de drie landen worden aanbevelingen gedaan voor de verbetering van de toepassing van dwang en drang in Nederland.

AUTEUR

Anouk Vorselman voltooide de studie bestuurskunde aan de Universiteit Twente en studeert momenteel Zorgmanagement aan het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentie:

a_vorselman@hotmail.com

Om inzicht te krijgen in het toepassen van dwang en drang en de mogelijkheden tot verbetering daarin werd op basis van een literatuurstudie een model ontwikkeld waarin de factoren beschreven staan die meespelen bij de keuze van een dwangmiddel (zie kader 1). Uitgangspunt voor de ontwikkeling van dit model is het zogenoemde *actor-centred institutionalism*. In deze benadering gaat men er van uit dat individuen of groepen zich gedragen naar hun eigen inzicht/voorkeuren, maar dat hun acties wel gestructureerd worden door hun (organisatorische) omgeving (Hemerijck, 2001). Toegespitst op het handelen van verpleegkundigen betekent dat dat zij zich in hun besluitvormingsproces ten aanzien van dwang niet alleen laten leiden door regels en protocollen, maar ook door eigen voorkeuren, interesses, motieven et cetera.

Case study

In drie ziekenhuizen in Nederland, Wales en Denemarken werd met behulp van het model nagegaan waar de bestaande voorkeur voor een bepaald dwangmiddel vandaan kwam. Deze drie landen werden gekozen omdat hun wetgeving over dwangopname/dwangbehandeling min of meer vergelijkbaar is en ook omdat ze eerder in andere onderzoeken vergeleken zijn (Salize e.a., 2002). Hoewel in elk van deze landen ruimte is voor het gebruik van verschillende dwangmiddelen, is er per land een duidelijke voorkeur voor een bepaald dwangmiddel. In Nederland is dat separatie, in Wales (dwang)medicatie en in Denemarken fixatie. De vraag was waar deze voorkeur vandaan komt en door welke factoren deze bepaald wordt.

Door middel van observaties, interviews en meelopen in de praktijk zijn in de drie ziekenhuizen indrukken opgedaan en werd er gezocht naar factoren die de keuze voor

separatie, fixatie of dwangmedicatie bepalen.

Nederland

De Nederlandse voorkeur voor separatie wordt in het buitenland afgeschilderd als middel-eeuws en barbaars, terwijl ook op Europees niveau wordt geadviseerd separatie slechts te gebruiken als dit strikt noodzakelijk is (Council of Europe, 2000; Ruitenbeek en Ten Cate, 1995; Hesta, 2001; Van der Werf, 2001). Toch maakt separatie deel uit van de dagelijkse praktijk in de Nederlandse psychiatrie. In het Nederlandse ziekenhuis de Gelderse Roos-Siependaal heb ik de gelegenheid gehad de verpleegkundigen op de opname-unit te observeren. Tijdens mijn bezoek werd er een patiënt gesepareerd, dus ik heb als 'fly on the wall' kunnen zien hoe het besluitvormingsproces dat leidde tot de separatie, in zijn werk ging. Dit ziekenhuis maakt deel uit van de Dwang en Drang Werkgroep (zie kader Dwang en Drang op p. 46), waardoor ik ook een reflectiemoment van de verpleegkundigen op een concreet voorbeeld van dwang kon meemaken. Het belang dat daarbij gehecht wordt aan de veiligheid van de verpleging en van andere patiënten, bleek duidelijk uit deze woorden van een verpleegkundige: 'Als jij je niet veilig voelt, dan moeten we hem (de patiënt) separeren'.

Op basis van de observaties kon het in kader 1 gepresenteerde model worden ingevuld voor de Nederlandse casus. De blauwe lijnen geven de mate aan waarin de verschillende factoren van invloed waren.

De verpleegkundigen hadden zelf sterk het idee dat men met meer personeel minder dwang hoeft te gebruiken. Daarnaast bestond het team uit relatief veel stagiaires, dus niet gekwalificeerde personen met weinig ervaring. Automatische is wel aanwezig maar overheerst niet. Door het project reflecteren

de verpleegkundigen veel op het gebruik van dwang, maar de automatische reactie in een crisis neigt toch snel naar separatie, voordat alternatieven worden overwogen.

Wales

Omdat ik er geen toestemming kreeg om te observeren heb ik in het Whitchurch ziekenhuis in Cardiff de in het model genoemde factoren vooral via gesprekken met verpleegkundigen, artsen, patiënten en therapeuten onderzocht. Bijzonder aan Wales is het bestaan van het *Crisis and Intervention Response Team* (CIRT), dat als enige de bevoegdheid heeft dwang te gebruiken. Dit team fungeert als een soort vliegende keep: wanneer een patiënt in een crisis raakt en dwang nodig is om de situatie te stabiliseren, wordt het CIRT ingezet. Door het (fysiek) vasthouden van de patiënt en het toedienen van medicatie probeert het team de patiënt te stabiliseren. Wanneer de situatie niet verbetert is er de mogelijkheid de patiënt op de Intensive Care Unit te plaatsen. Deze bestaat uit vijf bedden en er is een continue een-op-een begeleiding (Cardiff and Vale NHS Trust, 2003). Op een ziekenhuis van ongeveer 200 patiënten is een Intensive Care Unit van vijf bedden niet veel. Dit zorgt er echter wel voor dat goed wordt afgewogen of een patiënt op de Intensive Care Unit moet worden geplaatst of dat er nog alternatieven zijn. Deze werkwijze zet aan tot het bedenken en uitvoeren van (creatieve) alternatieven. Daarnaast bleek

uit gesprekken, observaties en literatuur dat men in Wales wel relatief meer (dwang)medicatie toepast dan in Nederland het geval is (Van der Klippe, 1999).

In het Whitchurch hospital ligt een grote nadruk op protocollen: er zijn er veel en verpleegkundigen verwijzen er tijdens hun werk en in gesprekken ook vaak naar. Daarnaast is in Cardiff de afwezigheid van separeer- en fixatiefaciliteiten van invloed. Enkele jaren geleden zijn de separeerkamers gesloten. Men begon met veel regels te stellen voor het gebruik van de separeer, waardoor dit gebruik erg lastig werd. Deze regels werden steeds strenger gemaakt totdat op een gegeven moment de separeers eenvoudigweg gesloten werden. Ook het aantal verpleegkundigen is een sterk bepalende factor: door het inzetten van een CIRT wordt de personele bezetting bij een crisis direct uitgebreid. De situatie in het Whitchurch ziekenhuis is af te lezen via de oranje lijnen in het model in kader 1.

Denemarken

Opvallend in het Risskov ziekenhuis in Århus, Denemarken, is dat men een zelfde soort discussie voert als in de Nederlandse ziekenhuizen die deel uitmaken van de Dwang en Drang werkgroep. In dit ziekenhuis wordt een project uitgevoerd, *skærmning* genaamd, waarbij door middel van niveaus van observatie (hoe zieker, hoe strikter de observatie) de verpleging de

schakel probeert te zijn voor de patiënt tussen zijn/haar werkelijkheid en de realiteit (Psykiatrien I Århus AMT, 2003).

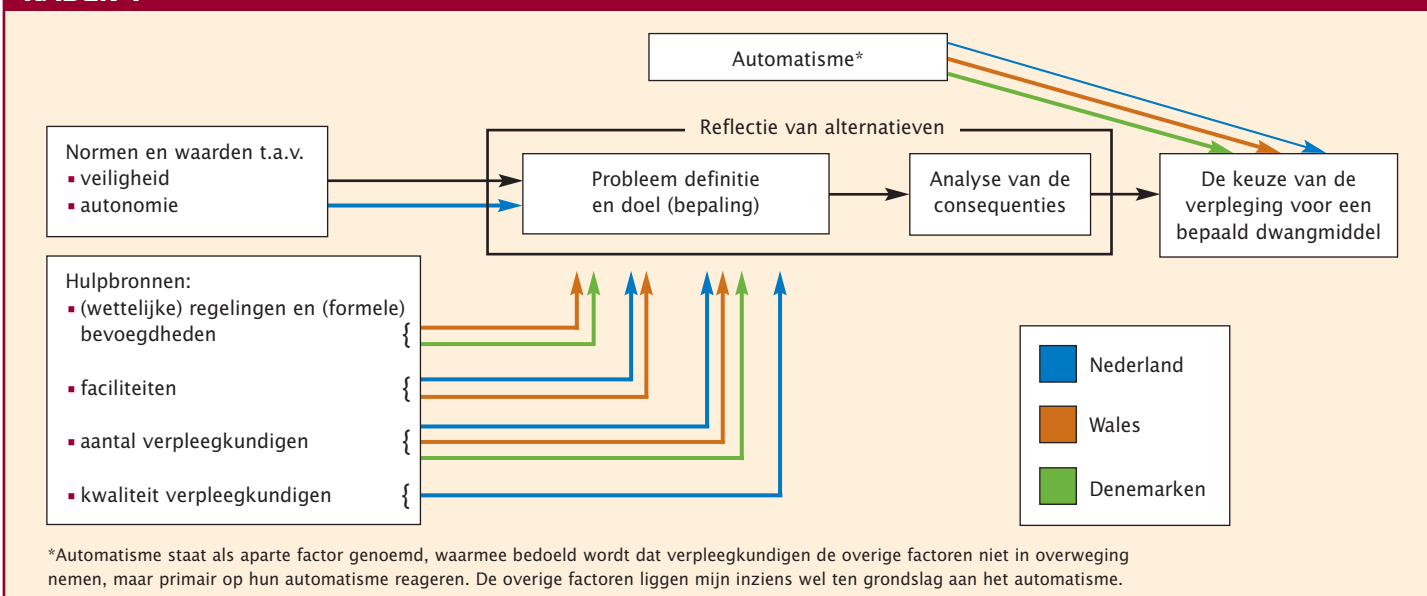
Wettelijke regelingen en het aantal verpleegkundigen zijn van groot belang: wanneer een patiënt gefixeerd wordt, is toezicht op deze patiënt door een verpleegkundige wettelijk verplicht. Dit betekent dat er een verpleegkundige uit het team gemist moet worden tijdens een fixeerperiode. Om dit op te vangen wordt in de nabije toekomst een Intensive Care Unit geopend, vergelijkbaar met de unit in Wales.

Automatisme speelt ook in Århus een grote rol: ondanks het project wordt er nog vaak gefixeerd, al verschilt dit per afdeling. Uit de interviews komt sterk naar voren dat er tijdens een crisis, wanneer snel handelen vereist is, vaak gefixeerd wordt zonder andere opties te overwegen (zie de groene lijnen in het model in kader 1).

Conclusies

In het onderzoek is binnen een specifiek model een aantal factoren benoemd die de keuze voor een dwangmiddel bepalen. Door de gegevens uit een case study in drie landen in te brengen in het model worden onderlinge verschillen duidelijk. Het lijkt de moeite waard om een dergelijk model verder uit te werken en in verschillende landen in Europa te toetsen. Dat kan zicht geven op de factoren die leiden tot verschillende vormen van dwang binnen de psychiatrie.

KADER 1



DWANG EN DRANG

Eind 2002 startte het landelijke project Dwang en Drang, waarin 12 GGZ-instellingen en drie universiteiten samenwerken. Men wil de kwaliteit van zorg verbeteren door stil te staan bij het proces dat leidt tot dwang- en drangtoepassing, zorgvuldig te handelen bij toepassing van dwang en drang, de gevolgen ervan te beperken en door te zoeken naar alternatieven.

Doelstellingen zijn:

- Waarborgen van zorgvuldigheid bij toepassing van dwang en drang.
- Vergroten van leefbaarheid van situaties van dwangtoepassing bij cliënten en hulpverleners en belangrijke anderen.
- Ontwikkeling van alternatieven.
- Terugdringen van dwang.

Op 7 december a.s. vindt de eindconferentie van het project plaats (zie: www.sympopna.nl).

In het algemeen werd door dit onderzoek duidelijk dat in Nederland naast een eventuele wetswijziging ook een cultuuromslag in de instellingen nodig is voor het terugdringen van dwang, en specifiek separatie. De wet is één bepalende factor, daarnaast zijn er andere (culturele) factoren die, soms in wisselwerking met elkaar of de wet, de keuze voor het gebruik van dwang bepalen. Zonder een omslag in deze culturele factoren zal een eventueel verbeterde wetgeving aan kracht verliezen, maar zonder een wetgeving, bijvoorbeeld door herziening van de wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), zal de culturele omslag nooit helemaal tot stand komen. Mijn inziens zijn beide nodig om de uitoefening van dwang echt te verbeteren.

Aanbevelingen

Op basis van de onderzoeksresultaten kunnen aanbevelingen geformuleerd worden voor het minder toepassen van separatie en van dwang in het algemeen.

- Maak ongewenste automatismen onmogelijk, bijvoorbeeld door het opwerpen van drempels: meer controle en striktere regels zullen ertoe leiden dat het lastiger wordt om te separeren en dat andere oplossingen of tussenwegen eerder overwogen worden.
- Sluit de separeer! Eenvoudig, maar waar:

als er geen separeer aanwezig is, kan er ook geen gebruik van gemaakt worden. De afwezigheid van een separeer leidt tot het overwegen en bedenken van alternatieven en creatieve oplossingen.

- Een minder rigoureuze optie is om betere hulpbronnen te creëren.
- De oprichting van een ICU zou dwang/separaties kunnen voorkomen: de zeer zieke patiënten in een crisissituatie kunnen naar de ICU worden overgeplaatst en krijgen daar een-op-een begeleiding en dus betere zorg. De werkdruk van de verpleegkundigen wordt minder en de invloed van de zeer zieke patiënt op de andere patiënten valt weg, waardoor er ook meer aandacht kan zijn voor de overige patiënten. Een *Crisis and Intervention Response Team*, zoals in Wales gerealiseerd is, zou ook kunnen voorzien in deze extra zorg en verlaging van de werkdruk van verpleegkundigen.
- Overweeg de verhouding gekwalificeerd personeel ten opzichte van leerlingen in een team: welke mix aan mensen en kwalificaties leidt tot de best mogelijke zorg?

Door goed om ons heen te kijken en te leren van initiatieven elders kan de huidige praktijk worden verbeterd. Mijn vraag is: welke instelling wil samen met mij de uitdaging aangaan om het theoretische model verder te ontwikkelen met als doel een cultuuromslag te bevorderen en separatie terug te dringen? ■

Literatuur

- Cardiff and Vale NHS Trust; General Mental Health Directorate. *Penderyn (E3A)-Intensive Care Unit-student induction and work pack*. Cardiff and Vale NHC Trust, Cardiff, 2003.
- Council of Europe. *'White paper' on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patient in a psychiatric establishment*. Council of Europe, Brussel, 2000.
- Hesta, H. *Een vak apart: een andere visie op bejegening en separeren*. de Gelderse Roos, Tiel, 2001.
- Hemerijck, A. De institutionele beleidsanalyse: naar een intentionele verklaring van beleidsverandering. In: T.A. Abma en R.J. in 't Veld (red.). *Handboek beleidswetenschap: perspectieven, thema's, praktijkvoorbeelden*. Boom, Amsterdam, 2001, p. 83-95.
- Klippe, H. Van der. *De wet onvrijwillige opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen*. Trimbos Instituut, Utrecht, 1999.
- Psykatrien I Århus AMT. *Skærmning som metode*.

- Risskov Psychiatric Hospital, Århus Denmark, 2003.
- Salize, H.J., H. Dreßing, M. Peitz. *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients-legislation and practice in EU member states*. European Commission, Health and Consumer Protection Directorate General, 2002.
- Ruitenbeek, T., F. ten Cate. Middelen en maatregelen: Watervaart de patiënt? *TvZ Tijdschrift voor verpleegkundigen* 105, 1995, nr. 13/14, p. 417-420.
- Veldhuizen, R. van. Van dwangopname naar dwangbehandeling. *Medisch Contact*, 2004, nr. 19.
- Veldhuizen, R. van. Zorgverlamming. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1998, nr. 12, p. 1175-1185.
- WVS. *Kabinetsstandpunt Wet Bopz*. Kamerstuk, 11-8-2004.
- Werf, B. van der. Een lastig half uurtje: gedwongen separatie in Europees perspectief. *Psychopraxis* 3, 2001, nr. 4, p. 146-147.

Literatuur over het gebruik van dwang in de psychiatrie

- Berghmans, R, D. Elfahmi, M. Goldsteen, G. Widdershoven. *Kwaliteit van Dwang en Drang in de psychiatrie*. Eindrapport. GGZ Nederland, Utrecht, 2001.
- Doorn, S. van. Gronden voor separatie. *TvZ Tijdschrift voor verpleegkundigen* 105, 1995, nr. 13/14, p. 412-416.
- Former, M. Het herstel van rust, veiligheid en structuur: patiënt moet betrokken worden bij besluit tot separatie. *de Psychiater* 7, 2000, nr. 8, p. 21-23.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV). *Separatie in de Praktijk*. GIGV, Rijswijk, 1992.
- Heffen, O. van, P.J. Klok. *Policy as a result of Instrumental Tactics: Resources, Dependencies and Power Strategies*. Paper voor het IPSA-world congress, Seoul, 17-21 augustus 1997.
- Hracovec, C. Geestgrond: Nederland isoleert zich door separeerbeleid. *Psy*, nr. 5, 2001, p. 20-21.
- Kasander, R., Hracovec, C, G. Hutschemaekers. *Dwang en drang in Europees Perspectief*. Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering (GRIP), Wolfheze, 2002.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Richtlijn Vrijheidsbeperkende interventies door verpleegkundigen*. CBO, Utrecht, 2001.
- Lendemeijer, B. Waarom separeren? De mening van verpleegkundigen. *Psychopraxis* 1, 1999, nr.1, p. 19-22.
- Lendemeijer, B. *Seclusion in psychiatry; aspects of decision making*. Dissertatie. Universiteit Utrecht, 2000.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). *Beter (z)onder dwang?* RVZ, Zoetermeer, 1997.
- Werf, B. van der. Ervaringen in Noorwegen: hoezo gedwongen separatie?. *Psychopraxis* 4, 2002, nr. 1, p.2-5.