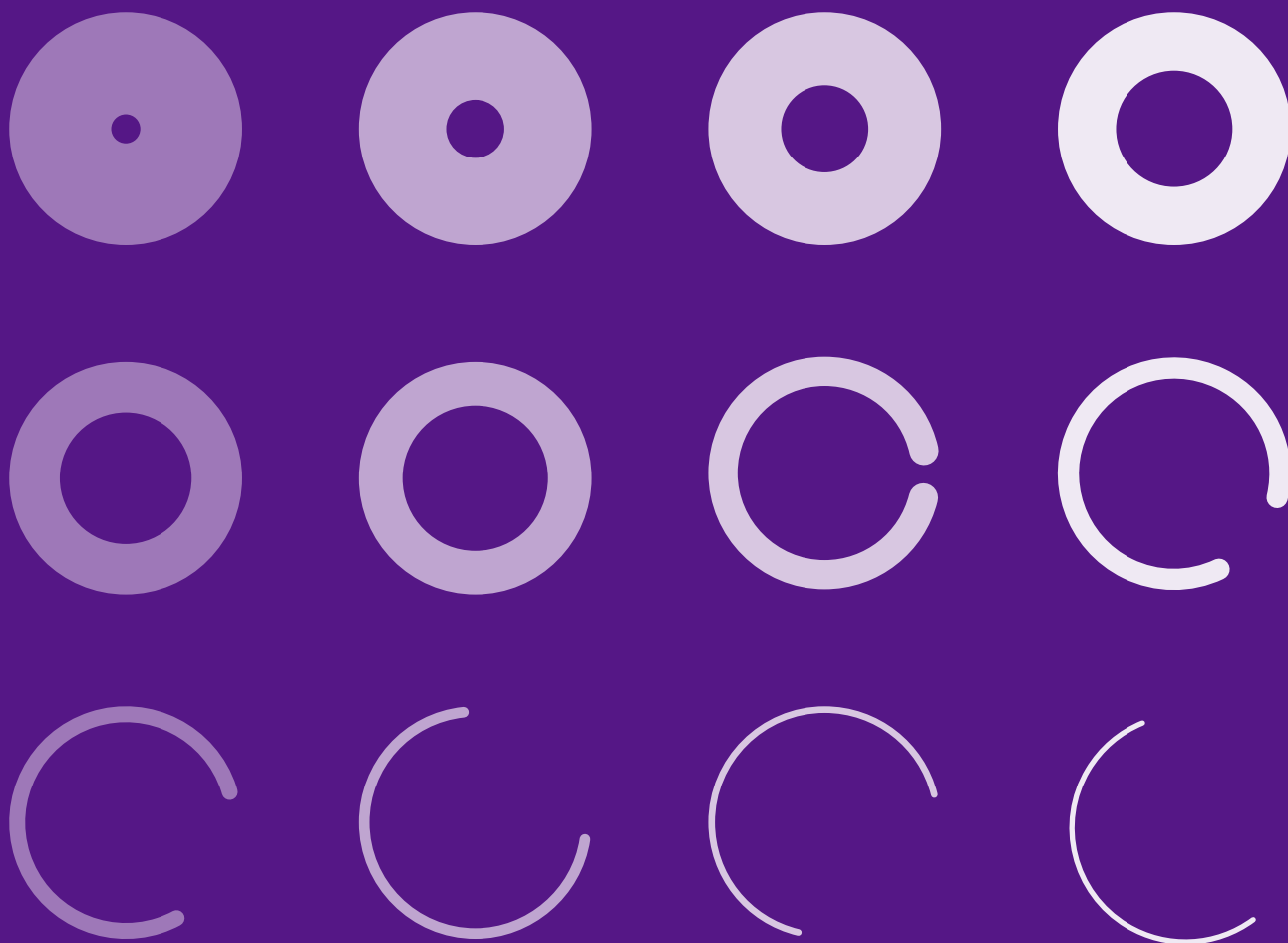


dwang en drang in de psychiatrie

een verkenning



dwang en drang in de psychiatrie

een verkenning

Eindrapportage door Maria Wassink en Gee de Wilde - LPGGz - 2009

Colofon

Teksten

Maria Wassink en Gee de Wilde (hoofdstukken 1 t/m 4)

Christien van der Hoeven (hoofdstuk 5)

Opmaak

Suggestie en Illusie, Utrecht

Druk

Drukkerij USP



LPGGz

Uitgave

Landelijk Platform GGz, Maliebaan 71-h, 3581 CG Utrecht, 030-2363765

www.platformggz.nl / info@platformggz.nl / augustus 2009.

Deze eindrapportage is tot stand gekomen dankzij subsidie van het VSBfonds.

Inhoudsopgave



Woord vooraf	5
Inleiding	7
Hoofdstuk 1 Het actieplan	9
1.1 Doel van het actieplan	9
1.2 Begeleidingscommissie	9
1.3 Plan van aanpak	10
1.4 Negen criteria	10
1.5 Uitvoering actieplan	11
1.6 Instellingen	13
1.7 Cliëntenraden	13
1.8 Cliëntenvertrouwenspersonen	14
1.9 Naastbetrokkenen	15
Hoofdstuk 2 Resultaten actieplan	17
2.1 Forensische Psychiatrische Centra	17
2.2 Universitair Medische Centra	21
2.3 Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen	23
2.4 Verslavingszorg	28
2.5 Psychiatrische centra	30
2.6 Kinder- en jeugdpsychiatrie	33
Hoofdstuk 3 Commentaar op het tussenrapport	37
3.1 Conferentie Dwang & Drang	37
3.2 Inspectie voor de Gezondheidszorg	37
3.3 Forensisch Psychiatrische Centra	38
3.4 Kenniscentrum GGZ bij Zorgverzekeraars Nederland	38
3.5 Naasten 'vanzelfsprekend'?	38
3.6 Commentaar vanuit cliëntenperspectief	40
3.7 Invitational Conference voor PAAZ-medewerkers	42
Hoofdstuk 4 Conclusies en aanbevelingen	43
4.1 Beleid	43
4.2 Voorkomen	45
4.3 Alternatieven	46
4.4 Scholing	47
4.5 Naasten	48
4.6 Veiligheid	49
4.7 Registratie	49
4.8 Evaluatie	50
4.9 Informeren	51
Hoofdstuk 5 Agenda voor de toekomst	52

Bijlagen

Bijlage 1	Kwaliteitscriteria voor dwang en drang	57
Bijlage 2	Beoordelingscriteria	58
Bijlage 3	Programma 4e conferentie Dwang en Drang 4	59
Bijlage 4	Verslag 4e conferentie Dwang en Drang	61
Bijlage 5	Samenvatting Plan van Aanpak	70
Bijlage 6	Verzoek deelname aan instellingen	71
Bijlage 7	Benaderde instellingen d.d. 01072008	73
Bijlage 8	Verzoek deelname cliënten- en familieraden	74
Bijlage 9	Commissie M&M Kinder- en jeugdpsychiatrie	75
Bijlage 10	Verslag Invitational Conference PAAZ-en	76
Bijlage 11	Verslag overleg Zorgverzekeraars Nederland	79

Woord vooraf



Vanuit de psychiatrie wordt al jarenlang gestreefd naar het terugdringen van dwangmaatregelen. Ook cliënten- en familieorganisaties zijn al langere tijd bezig dit punt op de agenda te zetten. De cultuurverandering die daarvoor nodig is blijkt echter een tijdrovend proces. De werkgroep Dwang en Drang, die jarenlang actief was binnen het Landelijk Platform GGZ¹, heeft vanuit de cliënten- en familieorganisaties een actieplan opgezet met de bedoeling om ook vanuit cliënten- en familieperspectief een positieve impuls te geven aan die gewenste cultuurverandering. Voor het Landelijk Platform was het daarbij van belang cliënten én naasten binnen ggz-instellingen voor dit plan te motiveren en in beweging te krijgen.

Tijdens de totstandkoming van dit actieplan bleek dat GGZ Nederland óók een project was gestart om dwang en drang terug te dringen. Deze brancheorganisatie nodigde in 2006 tal van ggz-instellingen uit zich aan te melden met projecten rond het terugdringen van separaties. Dit leidde tot een programma waarbij 43 projecten betrokken waren². In 2002 tot 2004 was ook al een project gestart rond het terugdringen van dwang en drang. Hieraan deden destijds 12 ggz-instellingen mee³. Dat project was gebaseerd op de 8 kwaliteitscriteria voor dwang en drang (**bijlage 1**) van Berghmans (2001).

Op verzoek van GGZ Nederland en het VSBfonds heeft het Landelijk Platform GGz geen instellingen benaderd die ook al betrokken waren bij de projecten van GGZ Nederland. Dat verzoek berustte op de veronderstelling dat het verwarrend zou zijn wanneer instellingen vanuit twee invalshoeken benaderd zouden worden.

Daarna is het Landelijk Platform aan de slag gegaan. Aan 47 ggz-instellingen werd gevraagd of zij dwangmaatregelen toepasten en hoe zij omgingen met evaluatie, scholing, preventie, alternatieven en het betrekken van cliënten en familie in relatie tot het toepassen van dwang en drang. In dit rapport leest u de bevindingen.⁴

U vindt in dit rapport een beschrijving van het doel en de wijze waarop het actieplan is uitgevoerd. Hoofdstuk 1 is een weergave van de activiteiten om met de instellingen in gesprek te komen en daarbij cliënten en naasten te betrekken. In Hoofdstuk 2 vindt u een samenvatting van de resultaten, gekoppeld aan de negen criteria die door het Platform zijn opgesteld (**bijlage 2**). Per criterium blijkt hoe instellingen bezig zijn met het terugdringen van dwang en drang.

Het actieplan was niet alleen bedoeld om de discussie verder op gang te brengen maar ook op gang te houden. In november 2008 heeft de werkgroep Dwang en Drang van het LPGGz een vierde conferentie georganiseerd. Daarbij werden verschillende instellingen betrokken die aan het LPGGz-project deelnamen. Tevens vond overleg plaats met de Inspectie. Vervolgens is in het voorjaar van 2009 een bijeenkomst georganiseerd met psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en universitair medische centra. Daarbij diende de tussenrapportage als uitgangspunt voor de vraag 'hoe verder?' Bovendien konden betrokkenen feedback geven op het tussenrapport.

1 LPGGz staat voor Landelijk Platform GGz en is een Landelijk Platform voor cliënten- en familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg.

2 Zie 'Van beheersen naar voorkomen', Stand van zaken rond het verminderen van separaties in de ggz in Nederland, november 2008, Grace Herrmann, GGZ Nederland.

3 T. Abma, G. Widdershoven, B. Lendemeijer: 'Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies', Lemma 2004.

4 Sommige benaderde instellingen spreken over 'cliënten' en 'cliëntenraad', andere over 'patiënten' en 'patiëntenraad'. Om de leesbaarheid van dit rapport te vergroten is consequent gekozen voor 'cliënt' en 'cliëntenraad'.

Een vertegenwoordiger van het Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken heeft feedback gegeven op het tussenrapport vanuit de Forensisch Psychiatrische Centra. Vanuit familiezijde hebben vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) en van de Landelijke Stichting van ouders en verwanten van drugsgebruikers (LSOVD), commentaar geleverd op de tussenrapportage. Vanuit cliëntzijde hebben vertegenwoordigers van de Cliëntenbond en Anoiksis het rapport becommentarieerd. De tussenrapportage is ook besproken met het kenniscentrum GGZ van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en daarna voorgelegd aan de Inspectie. De reacties zijn samengevat in Hoofdstuk 3.

Dit eindrapport wil geen oordeel vellen over welke instelling dan ook, maar op grond van de bevindingen aanbevelingen doen ter verbetering. Deze kunt u lezen in Hoofdstuk 4. Tenslotte staan in Hoofdstuk 5 tien agendapunten voor de toekomst geformuleerd die het Landelijk Platform GGz heeft opgesteld op basis van dit rapport.

Het project 'Dwang en drang in de psychiatrie' is uitgevoerd door Maria Wassink (CoManagement) en Gee de Wilde, zelfstandig adviseur. De publicatie is gerealiseerd in opdracht van het LPGGz met een financiële bijdrage van het VSBfonds. Mijn dank gaat uit naar allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit rapport, in het bijzonder gaat mijn dank uit naar Ria Trinks, voorzitter van de begeleidingscommissie, en de leden van de begeleidingscommissie. Zij hebben zich de afgelopen jaren actief (en met succes!) ingezet om dwangmaatregelen terug te dringen.



Marjan ter Avest
Landelijk Platform GGz

Inleiding



Al jarenlang proberen instellingen en beroepsbeoefenaren in de ggz om vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen. Daarin worden magere successen geboekt. Dat komt omdat de sector te weinig prikkels krijgt om écht te veranderen. Tijdens een eerste conferentie die de werkgroep Dwang en Drang van het Landelijk Platform GGz in 2005 organiseerde, werd naar een gemeenschappelijke noemer gezocht om het terugdringen van dwang en drang gezamenlijk aan te pakken en zo een prikkel tot verbetering vanuit de cliënten- en familiebeweging te bewerkstelligen. Naast verschillen in opvattingen over de wettelijke mogelijkheden om dwang toe te passen, vond men elkaar in de wens om dwang en drang, waar mogelijk, terug te dringen of uit te bannen.

Cultuur is doorslaggevend

Op 2 december 2006 organiseerde de werkgroep Dwang en Drang een tweede conferentie in Amersfoort. Opvallend was de gevarieerde opkomst: cliënten, naastbetrokkenen, beleidsmakers en hulpverleners (waaronder een aantal psychiaters) waren ongeveer gelijkmatig vertegenwoordigd. De meest opvallende constatering was dat het succes van het terugdringen van dwang en drang staat of valt met de cultuur binnen instellingen, de attitude van hulpverleners, de bereidheid tot communiceren en de sfeer. Het idee werd geboren om zélf in actie te komen en instellingen en beroepsbeoefenaren aan te zetten werk te maken van de drastische inperking van dwangmaatregelen. Een actieplan zou daarbij moeten helpen.

Naast dit initiatief vanuit cliënten- en familieperspectief, kwam ook vanuit GGZ Nederland een ontwikkeling op gang. In 2005 sprak GGZ Nederland in haar visiedocument 'De krachten gebundeld' de intentie uit om in drie jaar tijd het aantal separaties jaarlijks met 10 procent terug te dringen. GGZ Nederland koos daarmee voor de weg van de geleidelijkheid. Een goed voorbereide actie over de jaren 2007 tot en met 2009 zou tot terugdringing kunnen leiden zonder een verhoging van andere dwangmaatregelen met zich mee te brengen en zonder dat de veiligheid op de afdelingen zou afnemen.

De overheid heeft aan GGZ Nederland in de periode 2005-2008 bijna zeven miljoen euro beschikbaar gesteld voor instellingen die 'projecten rond het terugdringen van separaties' wilden uitvoeren. Instellingen, aangesloten bij GGZ Nederland, werden uitgenodigd zich hiervoor aan te melden. Er zijn 43 projecten geselecteerd die op 11 december 2008 werden afgesloten. Op diezelfde dag heeft de Minister van VWS bij monde van directeur-generaal mevrouw Monissen, te kennen gegeven voor 2009 opnieuw geld ter beschikking te willen stellen.

Actieplan Landelijk Platform GGz

De intentie van GGZ Nederland om over een periode van drie jaar het aantal separaties jaarlijks met 10 procent terug te dringen, vonden de cliënten- en familieorganisaties te mager. Er was ongeloof in afname van separatie via de weg van geleidelijkheid. De overtuiging was, en is, dat alleen een drastische inzet op attitudeverandering, gedragen door het collectief van instellingsmanagement, beroepsbeoefenaren, cliënten en naastbetrokkenen, tot het gewenste effect kan leiden. Dit leidde tot een actieplan, opgesteld in 2006 door de werkgroep Dwang en Drang van het Landelijk Platform GGz. De uitvoering daarvan werd mogelijk gemaakt met subsidie van het VSBfonds.

GGZ Nederland heeft het actieplan van het Landelijk Platform GGz als een welkome aanvulling op haar eigen initiatieven ervaren. De werkgroep Dwang en Drang van het LPGz nam in 2007 en 2008 actief deel aan het Platform Dwang en Drang van GGZ Nederland waar de 43 projecten elkaar ontmoetten.



Het actieplan

1.1 Doel van het actieplan

Het actieplan van de werkgroep Dwang en Drang van het LPGGz richtte zich op de volgende resultaten:

1. Instellingen die niet betrokken waren bij projecten die via GGZ Nederland werden gefinancierd, een impuls geven om zich (nog) actiever in te zetten voor het terugdringen en voorkomen van dwangmaatregelen.
2. Beoordelingscriteria opstellen die als uitgangspunten dienen voor gesprekken met de instellingen.
3. Cliënten en naastbetrokkenen van instellingen benaderen als toetssteen van het instellingsbeleid.
4. Onder de aandacht brengen van de bevindingen bij stakeholders zoals beroepsgroepen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheid, politiek en Inspectie.
5. Organiseren van tussentijdse conferenties.

Het actieplan richtte zich op het terugdringen van dwangmaatregelen in zijn totaliteit, dus niet alleen op het separeren. Om de resultaten te toetsen zijn de volgende evaluatiepunten afgesproken:

1. Er worden 90 instellingen benaderd.
2. Met 50 instellingen worden directe contacten gelegd en afspraken gemaakt met de Raad van Bestuur of vergelijkbare verantwoordelijken én met de bestaande cliënten- en familieraden.
3. De set beoordelingscriteria, die uitgangspunt vormt voor het actieplan, wordt gaandeweg aangescherpt. Hiermee kunnen de resultaten van de instellingen gewogen worden. De set wordt verfijnd door de inbreng vanuit cliënten- en familieraden.
4. Eind 2007⁵ wordt de eerste 'stand in het land' gepresenteerd.

1.2 Begeleidingscommissie

Het project viel onder de eindverantwoordelijkheid van de directeur en het bestuur van het Landelijk Platform GGz. De begeleidingscommissie bestond uit leden van de werkgroep Dwang en Drang die zich al jaren actief inzetten om dwangmaatregelen terug te dringen. De begeleidingscommissie is vijf keer bij elkaar geweest. Aan de hand van de tussentijdse rapportages werd de stand van zaken vastgesteld en is de koers, waar nodig, bijgesteld.

5 Dit streven is niet gehaald, omdat de projectmedewerker om persoonlijke redenen moest stoppen en een nieuwe wervingsprocedure werd gestart. Het project kon feitelijk pas vanaf oktober 2007 van start gaan en heeft het hele jaar 2008 in beslag genomen.

Begeleidingscommissie / werkgroep Dwang en Drang	
Ypsilon	Ria Trinks, voorzitter
LOC ⁵ Zeggenschap in Zorg	Liesbeth Honig
Ypsilon	Polle Henkelman
Clëntenbond	Heico Klumpen
Anoiksis	Maarten Muis
Onafhankelijk adviseur	Wouter van de Graaf
LSOVD ⁶	Hylke van Zwol ⁷
Stafmedewerker Familieraad GGNet	Ties van de Ven

1.3 Plan van aanpak

In augustus 2007 is aan een aantal cliënten en naastbetrokkenen een conceptlijst met criteria voorgelegd, waaraan, naar hun mening, instellingen zouden moeten werken om er voor te zorgen dat dwang en drang kan worden teruggedrongen. Na een levendige en open discussie ontstond er overeenstemming over negen criteria. Deze criteria zijn vervolgens verfijnd en aangescherpt door de werkgroep Dwang en Drang van het LPGGz. Op basis van de negen beoordelingscriteria, die in paragraaf 1.4 staan vermeld, is een vragenlijst opgesteld die gaandeweg de gesprekken werd aangepast op basis van bevindingen en mate van relevantie.

Instellingen zijn rechtstreeks benaderd met het verzoek een aantal vragen te mogen stellen naar de het voorkomen en de kwaliteit van het uitvoeren van dwangmaatregelen. De contacten met de cliëntenraden vonden zowel telefonisch, mondeling als per e-mail plaats.

Op 29 november 2008 heeft de begeleidingscommissie met de projectmedewerkers de Conferentie Dwang & Drang 4 (**bijlage 3**) georganiseerd. Daaraan namen ook gesprekspartners deel van de instellingen die meededen aan het GGZ-Nederland project. Uitgangspunt voor de conferentie vormden de negen criteria die als negen 'geboden' voor de hulpverlening werden geformuleerd om dwang terug te dringen. In **bijlage 4** is het verslag van die conferentie opgenomen.

Ter afsluiting van het project is de tussenrapportage voorgelegd aan verschillende betrokkenen met het verzoek om commentaar te leveren. De tussenrapportage vormde het uitgangspunt om met elkaar van gedachten te wisselen over de vraag 'hoe verder?' De resultaten staan weergegeven in hoofdstuk 3.

1.4 De negen criteria

1. Beleid

De instelling voert beleid over middelen en maatregelen en over alle vormen van dwangtoepassing, zoals separeren of isoleren. Dat beleid is tot stand gekomen na samenspraak met (de officiële) vertegenwoordigers van cliënten en naastbetrokkenen. Ook bij de uitvoering en evaluatie van dit beleid worden zij betrokken.

2. Voorkomen

De instelling streeft er naar om alle toepassingen van dwang te voorkomen. De instelling streeft ernaar het isoleren tot een minimum te beperken.

6 Landelijke Organisatie Cliëntenraden.

7 Landelijke Stichting Ouders en Verwanten van Druggebruikers.

8 Hylke van Zwol is helaas 25 juli 2008 plotseling overleden.

3. Alternatieven

De instelling zoekt naar passende alternatieven voor dwang- en drangtoepassingen, zoals deze her en der in het land met succes worden uitgevoerd. De instelling voert deze alternatieven systematisch in de organisatie in. Bij het toepassen van deze alternatieven in de praktijk van de hulpverlening, blijft de instelling permanent in contact met de betreffende cliënt en naastbetrokkenen.

4. Scholing

De instelling draagt haar beleid instellingsbreed uit en van hoog tot laag op een aansprekende en motiverende manier. De instelling draagt zorg voor goede scholing en informatievoorziening over wat de wettelijke (on)mogelijkheden zijn, over hoe registratie en evaluatie moet plaatsvinden, over alternatieven voor dwang en drang, en over goede communicatie met cliënten en naastbetrokkenen. De instelling ziet er op toe dat het geleerde in de praktijk van de hulpverlening wordt toegepast.

5. Naasten

Bij contact met cliënt en naastbetrokkenen respecteert de instelling de persoonlijke wensen van de cliënt, én die van familie of naastbetrokkenen. Wanneer deze wensen tegenstrijdig zijn, is dit voor de instelling geen reden om deze contacten niet aan te gaan.

6. Veiligheid

Elke cliënt is uniek. Daarom zijn de regels binnen de instelling zó gemaakt dat elke individuele cliënt zich daardoor beschermd weet en voelt.

7. Registratie

De instelling heeft een nauwgezette registratie van alle vormen van dwang- en drangtoepassing en van de beslissingsmomenten die daartoe hebben geleid. Die zijn terug te vinden in het persoonlijk dossier van de cliënt, in signaleringsplannen, en in centrale instellingsregistraties. De registratie vindt op een voor derden toetsbare manier plaats.

8. Evaluatie

De instelling evalueert individuele gevallen van dwangtoepassing, maar evalueert dwang- en drangtoepassingen ook voortdurend op instellingsniveau. Op beide niveaus worden hierbij de (vertegenwoordigers van) cliënten en familie of naasten betrokken (vergelijk 1). Als zodanig maken deze evaluaties onderdeel uit van het kwaliteitsbeleid van de instelling.

9. Rechten en plichten

De instelling stelt cliënten er bij opname van op de hoogte dat het mogelijk is om 'per direct' een second opinion te laten uitvoeren door een onafhankelijke professional naar keuze van de cliënt. Cliënten kunnen daar ondersteuning bij krijgen. Ook familie en naastbetrokkenen worden op deze mogelijkheid gewezen.

1.5 Uitvoering Actieplan

In de onderstaande tabel staat weergegeven welke instellingen hebben deelgenomen aan het project en met welke geledingen gesproken is: het management van de instellingen (MAN), de cliëntenraden (CR), de Patiëntenvertrouwenspersonen (PVP) en de Familie of Ouderraden (FR/OR). De intentie was om alleen instellingen te benaderen die *niet* met het programma van GGZ Nederland meededen. Bij de klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie is hiervan afgeweken vanwege de betrokkenheid van de projectuitvoerders bij de bijeenkomst van de commissie Middelen & Maatregelen in april 2008 (zie 2.6).

TABEL CONTACTEN	MAN	CR	PVP	PR/OR
Forensisch Psychiatrische Centra				
FPC De Rooyse Wissel	1	1	nvt	0
Dr. Henri van der Hoeven Stichting	1	0	nvt	0
Dr. S. van Mesdagkliniek	1	1	nvt	0
Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht	1	0	nvt	0
Psychiatrische afdelingen van Algemene Ziekenhuizen				
Albert Schweitzer Ziekenhuis PAAZ	1	1	0	0
Alysis Zorggroep PAAZ Ziekenhuis Rijnstate	1	1	0	0
Amphia Ziekenhuis locatie Langedijk PAAZ	1	1	0	0
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis PAAZ	1	0	0	0
Catharina Ziekenhuis PAAZ	1	0	1	0
Diaconessenhuis Meppel PAAZ	1	1	0	0
Kennemer Gasthuis PAAZ	1	1	0	0
Isala Klinieken PAAZ locatie De Weezenlanden	1	1	0	0
Laurentius Ziekenhuis PAAZ	1	1	0	0
Maxima Medisch Centrum locatie Eindhoven PAAZ	1	1	1	0
Mesos Medisch Centrum PAAZ locatie Overvecht	1	0	0	0
St. Elisabeth Ziekenhuis PAAZ	1	1	0	0
St. Lucas-Andreas Ziekenhuis PAAZ	1	1	0	0
Tergooiziekenhuizen PAAZ	1	1	1	0
Tweesteden Ziekenhuis PAAZ	1	0	0	0
Waterland Ziekenhuis PAAZ	1	1	0	0
Ziekenhuis Groep Twente locatie PAAZ Twenteborg ZH	1	1	0	0
Ziekenhuis Walcheren PAAZ	1	1	0	0
Medisch Spectrum Twente	1	1	0	0
Psychiatrische afdelingen van Universitair Medische Centra				
Academisch Ziekenhuis Maastricht PAAZ	1	0	0	0
Erasmus Medische Centrum Afdeling Psychiatrie	1	0	0	0
UMC St. Radboud	1	0	0	0
UMC Utrecht PAAZ	1	0	0	0
Instellingen Verslavingszorg				
Bouman GGZ	1	1	1	0
Novadic-Kentron	1	1	0	0
Overige psychiatrische centra				0
Sinai Centrum	1	1	0	0
Regionaal Centrum GGZ Weert	1	1	0	0
Eleos/Gereformeerde Psychiatrisch Ziekenhuis de Fontein	1	1	0	0
GGZ-centrum Westfriesland	1	1	0	0
Zwolse Poort	1	1	0	0
Prins Claus Centrum	1	1	0	0
Klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie				
GGZ Friesland, Swing	1	0	0	0
GGZ Breda	1	0	0	0
RVA groep, Herlaarhof	1	0	0	0
Karakter	1	0	0	0
Mutsaersstichting	1	0	1	0
Curium	1	0	0	0
De Jutters	1	1	1	0
RMPI	1	1	1	1
Triversum	1	0	0	0
Accare	1	0	0	0
De Bascule	1	0	0	0
Emergis, Ithaka	1	0	0	0
TOTAAL	47	27	7	1

1.6 Instellingen

Van 150 instellingen zijn de raden van bestuur en cliënten- en familieraden schriftelijk benaderd met een samenvatting van het plan van aanpak (**bijlage 5**) en een begeleidende brief met verzoek tot deelname (**bijlage 6**). Dit aantal oversteeg het oorspronkelijk beoogde aantal van 90 omdat alle instellingen zijn benaderd die mogelijk te maken zouden kunnen hebben met dwangmaatregelen. Dus ook alle RIBW-en en RIAGG's. Van de 150 instellingen bleken 27 instellingen alsnog mee te doen aan het programma van GGZ Nederland, 13 instellingen stonden dubbel vermeld op de lijst, 5 instellingen waren moeilijk te bereiken, 1 instelling bevond zich midden in een verhuizing. 57 organisaties behoorden tot een restgroep waarvoor dwangmaatregelen niet van toepassing waren (**bijlage 7**).

De projectgroep legde in eerste instantie de prioriteit bij instellingen in de psychiatrie (jeugd, volwassenen, ouderen) en pas in tweede en derde instantie bij verslavingszorg en forensische psychiatrie. De keuze is tijdens de uitvoering aangepast:

- Instellingen voor verslavingszorg zijn alsnog betrokken voor zover zij een afdeling dubbele diagnose hebben en daarmee een Wet BOPZ⁹ erkenning hebben.
- Voor het complete beeld zijn alsnog vier instellingen voor forensische psychiatrie benaderd.
- Instellingen voor ouderen zijn niet benaderd. Ouderen behoren wel tot de cliëntengroepen van de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ); zijn als zodanig indirect benaderd.

In totaal is met 47 instellingen een gesprek gevoerd: bij 35 instellingen voor volwassenzorg op locatie en bij 12 instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie telefonisch en via email.

De gespreksduur varieerde van 1 tot 1 ½ uur. Soms volgde een rondleiding over de afdeling en het bekijken van de separeerruimte. Het aantal gesprekspartners varieerde van 1 tot 4 medewerkers en bedroeg in totaal 76 personen. De (beleids-)psychiaters waren als beroepsgroep het meest vertegenwoordigd (36), voorts afdelingsmanagers, voorheen vaak werkzaam geweest als verpleegkundigen (23), verpleegkundigen zonder leidinggevende taken (10), leden van de Raad van Bestuur (4) en beleidsmedewerkers (3). Van de gesprekken is een verslag gemaakt dat ter verifiëring aan de betreffende instellingen is gestuurd. De verslagen zijn samengevat in hoofdstuk 2.

1.7 Cliëntenraden

De cliëntenraden van de 150 benaderde instellingen hebben een kopie van de brief en de samenvatting van het plan van aanpak gekregen die naar de Raden van Bestuur zijn gestuurd (**bijlage 5 en 6**). Spontane reacties van de cliëntenraden bleven uit. In mei 2008 zijn de cliëntenraden van de instellingen, waarmee een gesprek werd gevoerd, rechtstreeks benaderd met een brief (**bijlage 8**). Ook hierop volgde een zeer beperkte respons. Vervolgens is besloten om de cliëntenraden actief te benaderen. Omdat al snel bleek dat cliëntenraden tijdens de zomermaanden weinig bij elkaar komen, vond telefonische benadering in september en oktober plaats. Het bleek zeer tijdrovend om de juiste persoon te spreken te krijgen. Meestal kwam het verzoek om alsnog een mail met de vraag te sturen zodat de ambtelijk ondersteuner die aan de Raad kon voorleggen. In totaal zijn 10 gesprekken gevoerd met cliëntenraden van respectievelijk 2 forensisch psychiatrische centra, 1 instelling voor verslavingszorg en 4 psychiatrische centra, 1 PAAZ die tevens de cliëntenraad is voor een grote ggz-instelling en 2 jongerenraden.

9 BOPZ: De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen regelt gedwongen opname en behandeling van mensen die lijden aan een psychiatrische ziekte. Er zijn verschillende gronden en instrumenten om iemand gedwongen op te nemen. Zo moet gedwongen opname de laatste mogelijkheid zijn en moet er sprake zijn van gevaar, veroorzaakt door een psychiatrische stoornis.

Met cliëntenraden van algemene ziekenhuizen is telefonisch en per mail contact geweest. Zowel uit de gesprekken met de verantwoordelijken voor het beleid op de PAAZ, als met de cliëntenraden zelf, kwam naar voren dat er weinig tot geen contact was met de PAAZ-en. De doelstelling was om ook de geluiden van cliënten te horen. Daarom is veel energie gestoken in het onder de aandacht brengen van het actieplan bij cliëntenraden en het belang te benadrukken de mening van cliënten te horen over (de uitvoering van) het beleid van de PAAZ.

Hiermee heeft de projectgroep een belangrijk resultaat geboekt. Het vergde veel tijd maar het effect was dat het onderwerp 'terugdringen van dwang en drang' bij 15 cliëntenraden van de 19 PAAZ-en onder de aandacht is gebracht. Van deze 15 raden hebben er 2 aangegeven dat het onderwerp geen prioriteit had. Eén cliëntenraad gaf aan over onvoldoende kennis te beschikken om een antwoord te kunnen geven, zonder de intentie uit te spreken om alsnog met de PAAZ in contact te treden. Eén raad verwees naar de Patiëntenvertrouwenspersoon.

De resterende 11 raden hebben de PAAZ-en benaderd voor een overleg en hebben zich laten informeren over het beleid dat de PAAZ voert over de toepassing van dwangmaatregelen. Kanttekening hierbij is wel dat in de cliëntenraden van algemene ziekenhuizen géén cliënten van de PAAZ-en participeren. Dit impliceert dat weliswaar een eerste lijn is gelegd om ook de belangen van cliënten op de PAAZ te behartigen via de cliëntenraden, maar dat de geluiden van de cliënten zélf niet gehoord zijn.

Cliënten die opgenomen zijn op een psychiatrische afdeling van de Universitair Medische Centra worden vertegenwoordigd door één cliëntenraad: de Centrale Raad Academische Ziekenhuizen (CRAZ). De CRAZ oefent medezeggenschap uit op bestuurlijk niveau. Voor werkzaamheden op het gebied van cliëntenparticipatie onderhoudt de CRAZ contacten met de regionale cliëntenorganisaties. Dwangmaatregelen staan niet op de agenda van de CRAZ en er was geen intentie om dit onderwerp te agenderen. Dit betekent dat de belangen van cliënten op psychiatrische afdelingen van Universitair Medische Centra niet worden vertegenwoordigd in relatie tot dwangmaatregelen.

1.8 Patiëntenvertrouwenspersonen

Op advies van een aantal instellingen is de Stichting Patiëntenvertrouwenspersonen (PVP) benaderd. Deze Stichting heeft aan de instellingen die deelnamen aan het actieplan, een brief gestuurd met de vraag of zij geluiden horen van cliënten en/of familie:

1. Over het uitvoeren van dwangmaatregelen binnen de instellingen en zo ja welke?
2. Hoe vinden zij dat het beleid wordt uitgevoerd ten aanzien van het terugdringen van dwangmaatregelen binnen de instellingen waaraan zij verbonden zijn?

De respons was gering. De verklaring van de Stichting PVP was dat de PVP-en terughoudend zijn met het verstrekken van informatie aan externen omdat instellingen dit vaak niet op prijs stellen. De 4 PVP-en die wel hebben gereageerd, gaven aan weinig klachten over dwangmaatregelen te krijgen. Het is onduidelijk of de constatering van deze 4 PVP-en representatief is voor alle PVP-en. Klachten die de PVP-en noemden zijn:

1. Te lang separeren uit gebrek aan een adequaat alternatief.
2. Geen systematische evaluatie na het separeren.

De vier Forensische Psychiatrische Centra zijn niet benaderd, omdat er geen PVP aan verbonden is.

1.9 Naastbetrokkenen

Alle 150 instellingen zijn benaderd met de vraag of zij een familieraad hebben. Dat bleek niet het geval te zijn. Alleen het RMPI, instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gaf te kennen een ouderraad te hebben. Daarmee heeft een gesprek plaatsgevonden. Verder hebben zich geen familieraden gemeld. Omdat het geluid vanuit de familiegeledingen onmisbaar is, werden via de landelijk vereniging Ypsilon alle regionale afdelingen aangeschreven met de vraag hoe zij vanuit familieperspectief aankijken tegen de wijze waarop instellingen in hun regio bezig zijn dwang en drang terug te dringen. De respons was minimaal. Van de 34 benaderde adressen kwamen 2 reacties, respectievelijk uit de regio Hellevoetsluis en Zuid Limburg.

In augustus 2008 is besloten om de familiegeledingen opnieuw actief te benaderen met een brief via de mail (bijlage 8). De respons beperkte zich tot één ouderpaar. Hoewel de reacties in aantal beperkt zijn, sluiten die naadloos aan bij de al dan niet gerealiseerde voornemens van instellingen om zich meer te richten op menselijke aandacht en communicatie. Een aantal opmerkingen wordt hier geciteerd:

“Hoe mooi een instelling haar beleid ook heeft geformuleerd, er kunnen grote verschillen optreden in de afhandeling van gelijksoortige situaties door verschillende afdelingen en personeelsleden.”

“Indien omstanders rustig blijven reageren op de angstige en ‘radeloze’ persoon en geen trekjes van hun eigen angst en onmacht vertonen, is na enige tijd de rust weer-gekeerd en kan veelal in ‘redelijk’ overleg met de persoon besloten worden om naar een rustige prikkelarme omgeving te gaan. Dit hoeft niet per se een separeer te zijn, maar een omgeving die prikkelarm en niet beangstigend is. Het valt en staat dus met de kennis en kunde van degene die handelt en optreedt met de persoon die bijvoorbeeld psychotisch is. Onze ervaring is dat bij hulpverleners in de ggz-instelling en vooral bij mensen die interveniëren (politie), deze vaardigheid ontbreekt waardoor de persoon nog angstiger kan worden en gaat reageren”.

"Ik kan me wel voorstellen dat separeren soms moet. Dat je je dan als cliënt machteloos voelt en als mens totaal waardeloos en weerloos, dat lijkt me vanzelfsprekend. Maar wat er dan zou moeten gebeuren, is dat achteraf als iemand weer helder is, met de cliënt gepraat wordt over het waarom en over de toedracht die ertoe heeft geleid dat er gesepareerd werd. Misschien is de cliënt (een deel van) de toedracht kwijt. In het nabespreken kan door de hulpverlener worden aangegeven wat hij/zij gezien heeft, want de cliënt realiseert zich zijn gedrag op het moment zelf niet altijd goed. Laat de cliënt vooral vertellen wat bij hem gebeurde, wat de hulpverlener over het hoofd zag en wat het gedrag uitlokte dat tot separatie dwong."

Algemeen wordt gesteld dat het moeilijk is om als familie dwangmaatregelen ter discussie te stellen of beklag te doen. Vanwege het beperkte aantal reacties is opnieuw contact gezocht met de landelijke afdeling van Ypsilon. De verklaring voor de geringe respons was dat opnames op een PAAZ vaak eerste opnames zijn en familie dan doorgaans nog geen contact heeft met de oudervereniging.

Ypsilon had inmiddels het initiatief genomen tot de Meldweek Separeerpraktijk naar aanleiding van het overlijden op 2 september 2008 van een psychotische man in de isoleercel van het Sociaal Psychiatrisch Dienstencentrum Oost (SPDC Oost) in Amsterdam (AMC/De Meren). De conclusie van het rapport 'Gezocht: Aandacht, observatie en aanwezigheid' was dat "...zich in veel meer instellingen fatale incidenten hadden kunnen voordoen. Het is geen toeval dat het drama zich bij SPDC Oost voltrok. Er was van alles structureel mis, hebben andere onderzoeken inmiddels uitgewezen. Maar het SPDC Oost was een HKZ-gecertificeerde instelling net als tal van andere instellingen waarover meldingen bij ons binnenkwamen".

Met de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) is een gesprek gevoerd omdat dwang in relatie tot autisme in de pers onder de aandacht kwam. Voor de NVA bleek dit een relatief nieuw onderwerp. De NVA heeft sinds oktober 2008 het meldpunt 'Bekneld in de zorg!' op haar website staan. Daar kunnen excessen in de psychiatrie worden gemeld die betrekking hebben op mensen met autisme. Dit meldpunt is ingesteld naar aanleiding van de berichtgeving over een man met autisme die maandenlang in een isoleercel was opgesloten zonder enig zicht op verbetering. Het meldpunt heeft in de periode oktober 2008 tot mei 2009 35 meldingen binnengekregen, waarvan 6 meldingen specifiek betrekking hadden op separeren. Vrijwel alle meldingen betroffen schrijnende situaties die het gevolg waren van een gebrek aan adequate zorg voor mensen met autisme. Opvallend is dat het hier vaak gaat om "complexe problematiek waarbij naast autisme ook sprake is van bijkomende verslavingsproblematiek, angst-dwangstoornis en/of een verstandelijke beperking. Wanneer in de behandeling gefocust wordt op die bijkomende problematiek en niet of te weinig op het autisme, kunnen dergelijke onhoudbare situaties ontstaan."

De NVA heeft voorjaar 2009 een oproep gedaan in Engagement, het magazine van de leden van de NVA, om ervaringen te melden. Zowel vanuit de NVA als vanuit de LSOVD¹⁰ heeft een vertegenwoordiger gereflecteerd op het tussenrapport. Zie 3.5.

10 LSOVD: Landelijke Stichting Ouders en Verwanten van Druggebruikers.

Hoofdstuk 2



Resultaten

Van alle gesprekken met de instellingen en cliëntenraden zijn verslagen gemaakt die ter verificering aan de gesprekspartners zijn toegestuurd. De meeste gesprekspartners hebben hierop gereageerd met correcties en aanvullingen. In dit hoofdstuk staan de verslagen samengevat en geclusterd naar sector:

- Forensisch Psychiatrische Centra
- Universitair Medische Centra – PAAZ-en¹¹
- Algemene ziekenhuizen – PAAZ-en
- Verslavingszorg
- Psychiatrische Centra
- Instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie

Per sector wordt een samenvatting gegeven aan de hand van de 9 criteria die als uitgangspunt dienden voor de gesprekken (zie paragraaf 1.4). Het gaat om: **beleid, voorkómen, alternatieven, scholing, naasten, veiligheid, registratie, evaluatie en rechten en plichten**. De reacties van cliëntenraden hoe zij de uitvoering van het beleid ervaren en in welke mate zij betrokkenheid zijn bij het mede bepalen daarvan, zijn verwerkt onder het kopje 'beleid'. Bij de conclusies in hoofdstuk 4 worden diverse opmerkingen van cliënten en cliëntenraden weergegeven.

Tijdens de gesprekken zijn de nodige intenties de revue gepasseerd. Bij een aantal instellingen is aan het eind van de projectperiode nagevraagd in hoeverre de intenties ook werkelijkheid zijn geworden. Een aantal instellingen gaf hieraan gehoor. Intenties worden bij de resultaten vermeld voor zover ze ook werkelijk geconcretiseerd zijn.

De keuze voor de instellingen is afhankelijk geweest van reacties, uitnodigingen, tijd en mogelijkheden. Deze rapportage is bedoeld als uitgangspunt voor verdere discussie en velt geen oordeel over welke instelling dan ook, maar wil op grond van de bevindingen aandachtspunten ter verbetering aanreiken.

2.1 Forensische Psychiatrische Centra

Binnen het project zijn 4 forensische psychiatrische centra benaderd waar mensen met een terbeschikkingstelling¹² behandeld kunnen worden. Deze centra deden niet mee met het programma van GGZ Nederland. De 4 centra hebben een verschillende achtergrond. De Dr. S. van Mesdagkliniek werd op 1 maart 1884 geopend als een strafgevangenis en heeft zich in de 20e eeuw ontwikkeld tot een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC). FPC De Rooyse Wissel is een nog jong forensisch psychiatrisch instituut; het werd in 2000 geopend. De Dr. Henri Van der Hoeven Stichting is van oudsher een therapeutische leefgemeenschap. FPC Veldzicht werd in 1894 gebouwd als Rijks Opvoedings Gesticht voor jongens en heeft zich ontwikkeld tot een Forensisch Psychiatrisch Centrum. Alle FPC's werken in opdracht van het Ministerie van Justitie. In Veldzicht en in de Van

¹¹ Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis.

¹² Terbeschikkingstelling (tbs) impliceert:

- a. de dader moet een (ernstig) misdrijf hebben gepleegd;
 - b. bij de dader moet tijdens het plegen ervan 'gebrekige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestelijke vermogens' hebben bestaan;
 - c. het opleggen van de maatregel moet omwille van de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid noodzakelijk zijn.
- Bescherming tegen de dader domineert in de tbs. Tbs kan niet worden opgelegd als de dader alleen voor zichzelf gevaarlijk is). Tbs is een grondmaatregel. Van daaruit kan de rechter bevelen dat de tbs'er verpleegd (behandeld) moet worden. (Bron: Hoofdstukken over gezondheidsrecht, drs. S. Verbogt).

Mesdagkliniek worden 'zeer hoog' risicocliënten behandeld. De Van Mesdagkliniek en FPC De Rooyse Wissel nodigden uit voor een gesprek met de cliëntenraad.

Beleid

Bij de Forensisch Psychiatrische Centra zijn geen specifieke projecten gericht op het terugdringen van dwang. Wel zijn de afgelopen jaren beleidsnota's verschenen zoals 'Gedwongen herstel' (Van Mesdagkliniek, 2004) en 'Bekorten van de separeerduur' (Veldzicht 2006). Het onderwerp leeft, in die zin dat er gestreefd wordt naar een cultuurverandering. Waar tien jaar geleden het in bedwang houden en controle uitoefenen uitgangspunten van beleid waren, constateert men nu dat in bedwang houden en controle juist agressie en dwang bewerkstelligen. Dit wordt geïllustreerd met het voorbeeld van het doorbreken van de 'wij-zij cultuur'; niet alleen personeel moet zich het communiceren en overleggen met cliënten eigen maken, maar ook de cliënten moeten de meerwaarde gaan inzien van betrokkenheid en interactie in plaats van achter de rug om 'klikken'. Cultuurverandering is een langzaam proces. Personeel dat vaak al lang in dienst is, kan zich enerzijds beroepen op een ruime ervaring, maar kan anderzijds ook moeilijker loskomen uit vaste patronen. De Van der Hoeven Stichting geeft aan een uitzondering te zijn. Het centrum is als therapeutische leefgemeenschap altijd gericht geweest op het actief meewerken van cliënten aan het veranderingsproces.

Toenemende druk

Naast de culturomslag die intern bij de forensische centra wordt nagestreefd, speelt de toenemende externe druk een rol. Wanneer een cliënt buiten de kliniek een misstap begaat heeft dat repercussies binnen de kliniek en worden de regels door het Ministerie van Justitie onmiddellijk aangescherpt. Dat is niet bevorderlijk voor de beoogde culturomslag.

Cliëntenraden en beleid

Alle centra hebben een cliëntenraad. In de cliëntenraad van de Van Mesdagkliniek participeren cliënten die dwang aan den lijve hebben ervaren. In de cliëntenraad van De Rooyse Wissel was dit minder duidelijk. De twee raden gaven aan dat geluisterd wordt naar de inbreng van cliënten. De werkelijke invloed is onduidelijk. Eén van de cliënten gaf aan dat teveel van je laten horen repercussies heeft, ook met betrekking tot dwangmaatregelen: "Het is handiger om je gedeisd te houden en niet te veel kritiek te leveren. Dat maakt de kans op separeren kleiner. Maar als frustraties oplopen, heb je weer meer kans dat het fout gaat". In hoeverre deze opvatting algemeen gedragen wordt is niet helder. De cliëntenraden denken wisselend over de uitvoering van het beleid. Zo geeft de cliëntenraad van de Van Mesdagkliniek aan dat het signaleringsplan¹³ een papieren geheel is waarmee niets wordt gedaan. Dit blijkt niet uit de feiten aldus het management. Extern onderzoek van Fluttert e.a., laat zien dat het aantal separaties en incidenten in de Van Mesdagkliniek sterk is gedaald na invoering van de signaleringsplanmethodiek. Deze wordt nu in veel FPC's gebruikt ter voorkoming van escalatie. De cliëntenraad bij de Rooyse Wissel geeft aan dat het signaleringsplan dagelijks een aandachtspunt is voor cliënt én hulpverlener. Het separeerbeleid is (nog) niet ter sprake geweest in het overleg van de cliëntenraad met het management van de Rooyse Wissel. Management én cliëntenraad gaven onafhankelijk van elkaar aan dat dit wel wenselijk zou zijn.

Familieraad

De cliëntenraad van de Van Mesdagkliniek brengt evenals het management van de klinieken, ter sprake dat cliënten veel te lang moeten wachten op het behandel- en vervolgadvis. De opvatting over trage procedures en te lang vastzitten zonder een behandeladvies in het vooruitzicht, wordt unaniem gedeeld door het management. Binnen geen van de 4 centra was aan het begin van de projectperiode sprake van een officiële vertegenwoordiging van naastbetrokkenen. De Rooyse Wissel sprak echter wel de intentie uit om een familieraad aan te stellen. Deze intentie is aan het eind van de projectperiode verder geconcretiseerd. De interesse is inmiddels bij naasten geïnventariseerd en een aantal heeft daadwerkelijk interesse getoond. De volgende

¹³ Een signaleringsplan bevat een uitwerking van de vroege voortekenen van een psychose, acties die kunnen worden uitgevoerd om een ernstige psychotische crisis te voorkomen en gegevens over de 24-uursbereikbaarheid van de hulpverlening. Een signaleringsplan wordt samen met een cliënt opgesteld.

stap is om een familiaaraad te installeren. De bedoeling is dat dit voor het eind van 2009 een feit is. De Rooyse Wissel maakt wel de kanttekening dat een familiaaraad binnen een forensisch centrum geen formele wettelijke status heeft. De Rooyse Wissel wil naasten echter wel nauwer betrekken en zal met de familiaaraad in eerste instantie gaan verkennen wat hun positie kan zijn.

Verbeterpunten

Vanwege de binnen het project geconstateerde discrepantie tussen het verhaal van het management en de cliëntenraad van de Mesdagkliniek, heeft op verzoek van het management opnieuw een gesprek plaatsgevonden waarbij de kritiekpunten van de cliëntenraad de revue passeerden. Ten aanzien van de verzorging van de separeerruimtes, de verbetering van de evaluatie door het horen van beide partijen én de betrokkenheid bij beleid in de vorm van een familiaaraad, zijn plannen in de steigers gezet. De kritiek van de cliënten dat met het signaleringsplan niets wordt gedaan, wordt niet gedeeld. Het is onduidelijk waarop deze kritiek berust. Doordat de cliëntenraad door overplaatsing van leden een andere samenstelling heeft gekregen, is het onmogelijk deze onduidelijkheid alsnog te verhelderen.

Voorkomen

Opname in een forensisch centrum is per definitie gedwongen. Ernstige bedreiging en fysieke agressie zijn vaak oorzaak voor plaatsing en behandeling. Binnen de gedwongen opname is het voorkomen van separeren uitgangspunt. Indien separeren onvermijdelijk is, dient het als een disciplinaire maatregel om de orde en veiligheid te handhaven. Separeren vindt alleen plaats als er geen andere opties zijn ter afwending van dreigend gevaar. Vijf belangrijke factoren worden genoemd om dwangmaatregelen te voorkomen:

1 Personeel

- B-verpleegkundigen in dienst nemen in plaats van inrichtingswerkers.
- De rol van de sociotherapeuten versterken voor een beter klimaat op de afdeling.

2 Scholing:

- Inrichtingswerkers omscholen naar B-verpleegkundigen.
- Kennis van psychiatrische problematiek vergroten.

3 Vroegsignalering:

- Inspelen op signalen en zaken niet uit de hand laten lopen.
- In gesprek gaan met de cliënt.
- Problemen zoveel mogelijk op de afdeling oplossen.
- Cliënten helpen inzicht te krijgen in 'hoe het zover heeft kunnen komen' en handvatten bieden om de verantwoordelijkheid voor het eigen handelen te nemen.

4 Bejegening:

- Een signaleringsplan maken. Daarmee komt ook het interactieproces met de sociotherapeut op gang, heeft de cliënt inbreng, voelt zich meer gehoord en kan actief met herstel bezig zijn.
- Het ombuigen van beheersing en controle naar een cultuur van interactie.
- De discussie openen over het nut en de noodzaak van vanzelfsprekende regels die voor iedereen gelden.

5 Fysieke omgeving:

- Het ontbreken van direct beschikbare separeerruimtes, bijvoorbeeld omdat de separeergang in een ander gebouw (Veldzicht) is, kan een rol spelen. Dit vereist meer creativiteit op de afdeling waar men het moet doen met de middelen die voorhanden zijn.
- De mogelijkheid voor een cliënt om op de eigen kamer tot rust te komen.

Alternatieven

Het signaleringsplan wordt als alternatief gebruikt. Verder richten alternatieven zich op het handelen binnen de gegeven situatie:

- Fasen in stappen uitvoeren van minst inperkend verblijf op de eigen kamer tot een beveiligde, gesloten separeerruimte en daarbij in contact blijven met de cliënt.
- Een cliënt motiveren medicatie in te nemen.
- Cliënten tot communicatie stimuleren voor een betere sfeer.
- Creatiever met omgaan met regels.

Scholing

Scholing van personeel is gericht op de volgende kennisgebieden:

- Psychopathologie.
- Attitude en humanisering van de zorg.
- Gebruik van signaleringsplannen.
- Oefenen van fysieke en (non-)verbale technieken i.v.m. agressief gedrag.
- Cognitieve gedragstherapie.
- Medicatiegebruik.

Bij de Van der Hoevenkliniek hebben sociotherapeuten minimaal een HBO-opleiding. Iedereen, dus ook een psycholoog, start binnen de kliniek als groepsleider.

Naasten

De centra organiseren jaarlijks of tweejaarlijks een familiedag om familie te informeren over het reilen en zeilen van de kliniek en daarmee de drempel tussen de kliniek en het sociaal steunsysteem te verlagen. De betrokkenheid van familie bij de behandeling varieert afhankelijk van de situatie. Indien mogelijk wordt familie betrokken, bijvoorbeeld bij het motiveren van cliënten tot het innemen van medicatie ter voorkoming van dwangmaatregelen, bij het reïntegreren in de maatschappij, bij het beter zicht krijgen op de diagnose en het ziektebeeld van de cliënt. Meestal lopen de contacten met familie via het maatschappelijk werk.

Veiligheid

Veiligheid is een continu aandachtspunt, maar de beleving van veiligheid wordt niet gemeten. Ten aanzien van cliënten worden risicotaxatie-instrumenten¹⁴ gebruikt. In tegenstelling tot 10 jaar geleden mag personeel gevoelens van onveiligheid kenbaar maken. Voorheen werd dit als zwaktebod gezien.

Registratie

Melding aan de Inspectie en registratie vinden plaats conform wettelijke verplichtingen. De mate waarin de centra een overzicht kunnen geven van de gegevens voor intern gebruik, varieert. De Van Mesdagkliniek geeft aan dat het aantal separaties per 100 opgenomen cliënten per jaar, is gehalveerd van rond de 93 in 2003 tot 53 in 2008 (Jaarverslag 2008). Alle separaties worden tweewekelijks besproken in een multidisciplinair overleg. Bij de Rooyse Wissel is het aantal separaties in zes jaar tijd met bijna tweederde verminderd terwijl het aantal behandelde cliënten is verviervoudigd. Veldzicht heeft gegevens weergegeven in het rapport 'Bekorten

¹⁴ Risicotaxatie is het inschatten van het risico dat een cliënt in de toekomst (opnieuw) gewelddadig gedrag gaat vertonen van bepaalde aard en omvang. Er zijn instrumenten ontwikkeld om een risicotaxatie uit te voeren.

van separateduur', uitkomsten van de werkgroep separeerbeleid (2006). De van der Hoevenkliniek meldt dat dwangmaatregelen sporadisch voorkomen.

Evaluatie

Separaties worden doorgaans tijdens het reguliere werkproces besproken en in principe standaard geëvalueerd met de cliënt.

Rechten en plichten

Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten. Hoe dit beleefd wordt, is niet duidelijk.

2.2 Universitair Medische Centra

Er zijn 4 PAAZ-en benaderd die onderdeel uitmaken van een Universitair Medisch Centrum (UMC), respectievelijk UMC Maastricht, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, UCM St. Radboud en UMC Utrecht. Van de 4 PAAZ-en hebben sommige een open afdeling en andere een combinatie van een open en gesloten afdeling. Vaak zijn er Psychiatrisch-Medische Units (PMU), waar cliënten worden verpleegd met een combinatie van lichamelijke en psychiatrische ziekten. Voordeel van deze PMU-bedden is dat lichamelijk zieke cliënten die ook psychiatrische hulp nodig hebben kunnen worden behandeld.

Beleid

Het Universitair Medisch Centrum Maastricht heeft terugdringen van dwangmaatregelen niet specifiek als onderwerp. Dat wordt toegeschreven aan de intensieve samenwerking met de Mondriaan Stichting (Vijverdal), waar cliënten met zwaardere problematiek worden opgenomen. Dwangmaatregelen zijn doorgaans niet van toepassing voor cliënten op de PAAZ. De behandeling richt zich primair op sociale participatie. Bij het Erasmus Medisch Centrum staat het terugdringen van dwangmaatregelen voor de komende vijf jaar in de top drie als speerpunt van beleid. Erasmus Medisch Centrum bevindt zich in de beginfase van veranderend inzicht dat respectvolle bejegening belangrijk is voor een prettiger werk- en behandelklimaat. Dwangmedicatie komt vrijwel niet voor, hooguit bij acuut gevaar. De overweging is, volgens een van de gesprekspartners, dat dwangmedicatie een langere periode beslaat en daarmee ingrijpender is dan separeren dat incidenteel en kort kan plaatsvinden. Bij acuut gevaar gaat de voorkeur uit naar separeren. Het beleid van alle UMC's is gericht op een cultuurverandering: van controle en in bedwang houden naar aandacht voor de wijze waarop cliënten bejegend worden. Dwang wordt bij alle partijen gezien als een teken van onmacht.

De Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ), die opereert voor alle Universitair Medische Centra, heeft geen mening over het beleid dat de PAAZ-en voeren op het gebied van dwangmaatregelen. Het onderwerp staat niet op de agenda. Aan de Universitair Medische Centra zijn geen familieraden verbonden. De reden is onduidelijk gebleven.

Voorkomen

Separeren probeert men te voorkomen door menselijke bejegening, het opbouwen van een therapeutisch contact, het informeren van alle betrokkenen over het behandelplan en het inschakelen van naasten, indien wenselijk. Het Erasmus Medisch Centrum is voornemens de discussie met de psychiaters te openen om actiever en eerder medicamenteus in te grijpen bij (dreigend) agressief gedrag om langs die weg separeren te verminderen.

Alternatieven

De UMC's noemen het signaleringsplan als alternatief naast bejegeningaspecten:

- Commitment bewerkstelligen tussen verpleging en cliënt met wederzijds respect.
- Regels ten aanzien van agressief gedrag.
- Aandacht voor de wijze waarop de cliënt geholpen kan worden om zich aan de regels te houden.
- Vermijden van paternalistisch gedrag.
- Aandacht voor herstel.

GGZ Nijmegen doet een onderzoek naar de effectiviteit van 1-op-1 begeleiding. De PAAZ van het Radboud UMC heeft de intentie om deze methodiek, bij gebleken effectiviteit, over te nemen mits voldoende personeel kan worden aangenomen. De crisiskaart¹⁵ is ten tijde van de projectperiode bij het Erasmus Medisch Centrum geïntroduceerd, maar was in de projectperiode bij de opgenomen cliënten zelden nodig.

Scholing

Trainingen voor personeel zijn gericht op het omgaan met fysieke en verbale agressie, bij voorkeur samen met de beveiliging, de 'achterwacht'. Dit bevordert de onderlinge samenwerking en de kwaliteit van de interventie. Erasmus Medisch Centrum Rotterdam heeft bureau De Mat¹⁶ ingeschakeld om een training aan alle verpleegkundigen te geven, gericht op een betere bejegening van cliënten. Tegelijkertijd wordt melding gemaakt van financiële krapte waardoor er weinig ruimte is voor (extra) trainingen.

Naasten

Voor naasten organiseren de PAAZ-en informatiedagen en bijeenkomsten waar informatie gegeven wordt over ziektebeelden en het omgaan met de ziekte (psycho-educatie). In Rotterdam houdt Ypsilon één keer per week spreekuur. De betrokkenheid van naasten vindt iedereen van groot belang voor het sociale steunsysteem waarop de cliënt terugvalt na de opname. De praktijk wijst uit dat cliënten lang niet altijd instemmen om naasten bij de behandeling in te schakelen. De betrokkenheid van naasten bij het uitvoeren van dwangmaatregelen, werd in de gesprekken niet genoemd. Het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen heeft de intentie om de discussie voor de aanwezigheid van cliënten bij de behandelbespreking, ook voor de aanwezigheid van familie te gaan voeren.

Veiligheid

Er wordt een direct verband gelegd tussen het gevoel van veiligheid bij medewerkers en bij cliënten. Een waterdicht alarmsysteem beïnvloedt het gevoel van veiligheid in positieve zin: er wordt met name bij geringe personeelsbezetting minder snel preventief gesepareerd. Daarnaast spelen structuur en duidelijke regels die ook nageleefd worden, een positieve rol. Bij opname worden risicotaxaties gemaakt om te kunnen inschatten in hoeverre het gedrag van een cliënt de veiligheid in gevaar kan brengen. Veiligheidsbeleid is ook ziekenhuisbreed een aandachtspunt, zowel richting personeel (gastvrij zijn) als richting cliënten (rode kaart bij wangedrag als waarschuwing voor het overschrijden van grenzen van het toelaatbare). Navraag bij cliënten hoe veilig zij zich op een afdeling voelen, ontbreekt.

Registratie

Registratie van dwangmaatregelen die op de PAAZ worden uitgevoerd, is verplicht voor de Inspectie en wordt als zodanig uitgevoerd. Het UMC Utrecht is begonnen met inventariseren van de registratiegegevens voor interne feedback. De cijfers waren aan het eind van de projectperiode nog niet beschikbaar. Het Erasmus Medisch Centrum heeft vanaf 2008 wél een overzicht. Het aantal dwangmaatregelen valt tegen. De inschatting

15 De Crisiskaart is een samenvatting van het uitgebreide dossier waarin de cliënt relevante informatie over een crisis kan opnemen. Het is de bedoeling dat de cliënt aan het dossier werkt op een moment dat hij of zij helder voor ogen heeft wat er wel en niet wenselijk is in geval van een crisis. Hiermee wordt voorkomen dat beslissingen worden genomen over de cliënt op een moment dat hij of zij niet in staat is aan te geven wat er aan de hand is.

16 Training 'De Mat' leert medewerkers gelijkwaardig en open te communiceren met cliënten en familie.

was dat dwang minder zou voorkomen dan de cijfers laten zien. Het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen heeft registratie als aandachtspunt op het lijstje staan. Het AZM Maastricht heeft overzichten beschikbaar. Binnen het project is geen inzage geweest in de registratiegegevens. Tijdens de gesprekken wordt opgemerkt dat niet alleen een kwantitatieve, maar juist ook een kwalitatieve verwerking van gegevens nodig is, maar dat de concrete uitvoering ontbreekt.

Evaluatie

Bij separatie wordt voortdurend beoordeeld of iemand uit de separeerruimte kan. Tijdens de contactmomenten wordt geëvalueerd met de cliënt hoe het gaat en hoe het verder moet. Evaluatie met cliënten van dwangmaatregelen na het separeren, staat nog niet bij iedereen standaard op het programma. Overal vindt men evaluatie noodzakelijk, maar het wordt onderkend dat het nog te afhankelijk is van de individuele behandelaar. Een methodiek die ter sprake komt om de behandeling in bredere zin te evalueren, is het voeren van spiegelgesprekken¹⁷. In Utrecht is een aantal jaren geleden het initiatief genomen tot deze methodiek. De belangstelling van cliënten was echter zo gering dat daarmee is gestopt. Het Radboudziekenhuis organiseert in 2009 spiegelgesprekken. Deze gesprekken worden ziekenhuisbreed ingezet.

Informatie

De PAAZ van het Universitair Medisch Centrum in Utrecht voert tweejaarlijks een evaluatie uit onder cliënten hoe zij de gang van zaken op de afdeling beleven. Uit de laatste evaluatie kwam naar voren dat cliënten beter geïnformeerd wilden worden tijdens het separeren. In de separeerruimtes staat nu een kaart met informatie over de gang van zaken. De verpleging legt zich erop toe om de cliënt tijdens de separeerperiode regelmatig te informeren hoe de separatie beëindigd kan worden. Informatie over de mogelijkheden die er zijn wanneer het misloopt, noemt het AZM Maastricht voorbarig. Dwang is voor de meeste cliënten niet van toepassing; het zou hen onnodig bang kunnen maken.

2.3 Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen

Met 19 PAAZ-en is een gesprek gevoerd. Sommige hebben, evenals de Universitair Medische Centra, een open afdeling en andere hebben een combinatie van een open en een gesloten afdeling. Ook PAAZ-en hebben vaak psychiatrisch medische units (PMU), waar cliënten met een combinatie van lichamelijke en psychiatrische ziekten verpleegd worden.

Beleid

Alle PAAZ-en richten hun beleid op het voorkomen van dwang; 'geen dwang, tenzij'. Separeren is een laatste noodmaatregel en in principe ongewenst. De meeste PAAZ-en beschouwen separeren als intensive care, maar kunnen niet de daarbij behorende 1-op-1 begeleiding bieden. Dwangmedicatie wordt alleen genoemd in combinatie met separeren. De meningen over die combinatie verschillen. Sommige wijzen de combinatie van separeren en medicatie af. Anderen noemen het 'verwaarlozend' om een cliënt met een psychose in een separeerruimte achter te laten zonder medicatie.

Ook de opvattingen over de aard en de zwaarte van de medicatie (kort- of juist langdurend om een negatieve spiraal te doorbreken) verschillen. Soms beschikken PAAZ-en niet over een separeerruimte als uitwijkmogelijkheid bij escalierend gedrag. Cliënten met zware gedragsproblemen en verslavingsproblematiek gaan dan

¹⁷ Tijdens spiegelgesprekken gaan cliënten onderling met elkaar in gesprek over de zorg die op een afdeling geleverd wordt.

De cliënten zitten in een halve kring met hun gezicht naar de gespreksleiding. Achter de cliënten zitten de teamleden in hun rol van toehoorder. Deze opstelling maakt het gemakkelijker voor de cliënten om vrijuit te spreken. Zo kunnen behandelteams hun eigen functioneren tijdens de spiegelgesprekken terugzien om er zelf van te leren.

naar een ggz-instelling in de regio. Fixatie wordt genoemd bij 'delier'¹⁸ bij ouderen en dient dan als preventie voor vallen en om het lostrekken van een infuus te voorkomen. Het pleidooi van het Ministerie van VWS om de Zweedse band af te schaffen, geldt voor verpleeghuizen en verstandelijk gehandicaptenzorg en niet voor ziekenhuizen. In ziekenhuizen wordt, indien nodig, alleen met brede banden gewerkt. Smalle banden zijn verboden. Het beleid is steeds meer gericht op het voorkomen van gebruik van deze middelen. Een aantal ziekenhuizen werkt met een protocol 'valpreventie'. Direct bij opname wordt gekeken naar de risico's en hoe daarmee om te gaan. Verder wordt als alternatief voor fixatie de verpleegdeken genoemd en het installeren van een 'dwaaldetectiesysteem'. Kanttekening daarbij is dat een dergelijk systeem ziekenhuisbreed moet worden aangeschaft. Concretisering op korte termijn is lastig omdat de procedure over vele schijven gaat en de financiering een struikelblok vormt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) pleit voor vermindering van het gebruik van Zweedse banden en 'voor veilige en verantwoorde toepassing in die uitzonderlijke situaties, dat er niets anders mogelijk is' (circulaire september 2008).

Cliëntenraden over de uitvoering van het beleid

Contacten van PAAZ-en met de cliëntenraden waren bij aanvang van dit actieplan minimaal. Aan het eind hadden 15 cliëntenraden contact gelegd met de PAAZ-managers. De cliëntenraden zijn allemaal positief in hun oordeel over de PAAZ-en en omschrijven de bejegening als 'zeer zorgvuldig, positief en constructief'. Kanttekening die hierbij moet worden gemaakt, is dat de cliëntenraden *niet* de cliënten zélf vertegenwoordigen. In de cliëntenraden participeren geen cliënten van de PAAZ. PAAZ-en zoeken zelf naar andere vormen waarmee cliënten hun stem kunnen laten horen over het reilen en zeilen op de afdeling. Zo heeft de Ziekenhuisgroep Twente een klankbordgroep opgericht om feedback te krijgen. Een eerste bijeenkomst vond plaats in 2008. In 2009 worden opnieuw twee bijeenkomsten georganiseerd. Zowel cliënten als personeel zijn enthousiast over het resultaat. Aan de algemene ziekenhuizen is geen familierraad verbonden. In een enkele cliëntenraad zit wel een familielid, maar dit komt dermate weinig voor dat er geen sprake is van een (officiële) vertegenwoordiging van naastbetrokkenen bij het beleid van PAAZ-en.

Voorkomen

In het kader van preventie worden de volgende factoren genoemd:

- Voldoende én deskundig personeel met kennis van- en ervaring met de psychiatrie.
- Personeel dat aanwezig is voor de cliënten en zich niet afzondert in het kantoor.
- Duidelijkheid bieden wie welke verantwoordelijkheid heeft en welke actie moet ondernemen bij eerste signalen.
- Zorg op maat afstemmen op de individuele cliënt.
- Het behandelplan mét de cliënt maken en niet vóór de cliënt.
- Consequente bejegening met helderheid over huisregels en verwachtingen.
- Het gedrag van de cliënt als uitgangspunt voor de omgang nemen en niet de diagnose.
- Cliënten meer eigen verantwoordelijkheid geven voor het handelen, bijvoorbeeld door een wekelijkse vergadering, gericht op de huishoudelijke zaken op de afdeling.

18 Delier of delirium wordt meestal veroorzaakt door lichamelijke factoren (disfunctioneren van de hersenen) maar de verschijnselen zijn psychisch. Deze uiten zich door verwarring, cognitieve problemen of door aandachtsstoornissen. De symptomen ontwikkelen zich in een korte periode en kunnen wisselen in sterkte. Een delier komt vaker voor bij ouderen. Een delier kan veroorzaakt worden door een lichamelijke aandoening zoals een infectie, bijwerkingen van bepaalde medicijnen of ontweningsverschijnselen (van alcohol of drugs). Verder kan een delier zich voordoen na een operatie of tijdens de terminale fase van ziekten zoals kanker en aids of bij zeer hoge koorts, als 'ijlen' (koortsdelier).

Alternatieven

De volgende alternatieven worden genoemd:

- Deëscalerend werken; dat wil zeggen tijdig signaleren en in actie komen door te praten met de cliënt en mogelijkheden te bieden om te voorkomen dat de situatie uit de hand loopt.
- Proactief handelen en een cliënt helpen bij het omgaan met prikkels.
- Helderheid verschaffen over de grenzen op de afdeling en de huisregels.
- Vraaggestuurd werken met zorg op maat voor iedere individuele cliënt door een gevarieerd behandelaanbod.
- Een comfortroom waar een cliënt tot rust kan komen en die ook 's nachts toegankelijk is. Een verbouwing kan een aanknopingspunt bieden, zoals bij Ziekenhuisgroep Twente in Almelo waar een comfortroom is ingericht na verbouwing. Ook de herinrichting van de afdeling, zoals bij de Isalaklinieken waar de rookruimte is heringericht tot een rustruimte.
- Een gestructureerd kamerprogramma.
- De groep cliënten actief inschakelen bij het omgaan met problemen; er gaan corrigerende krachten uit van een groep (psychotherapeutisch milieu).
- Signaleringsplan opstellen. De PAAZ van de Isalaklinieken benadrukt dat het belangrijk is om de plannen aan te passen aan het niveau van de cliënt door het signaleringsplan bijvoorbeeld te visualiseren met plaatjes.

Verschillen zitten in de opvatting over het gebruik van signaleringsplannen. Soms vindt men de opnameduur op een PAAZ te kort voor het maken van een plan. Bij andere PAAZ-en is het gebruik van een signaleringsplan een vanzelfsprekendheid. Als separeren onvermijdelijk is, worden de volgende acties voorgesteld:

- Motiveren van cliënten tot het nemen van medicatie omdat medicatie, in tegenstelling tot separeren, de autonomie aan de cliënt teruggeeft.
- Duidelijk op schrift gestelde afspraken voor de medewerkers wie wat op welke wijze moet uitvoeren. Dit wordt als extra belangrijk aangemerkt wanneer op een PAAZ weinig gesepareerd wordt.
- Het dagelijks bespreken en evalueren van eventuele separaties tijdens het middagrapport.
- Aanpassingen doorvoeren, zoals infrarode lampen, zodat het licht 's nachts uitkan.
- Vast meubilair, brandveilige deuren, speciale scheurlakens, brandveilige po's.

Soms verkeert een PAAZ nog in het stadium om toepassing van dwangmaatregelen eerst met elkaar te bespreken en een werkgroep in te stellen of een onderzoek¹⁹ uit te voeren.

Scholing

Scholing van personeel is gericht op:

- Informatieoverdracht: kennis van psychiatrische problemen, BOPZ, protocollen.
- Het omgaan met fysieke en verbale agressie en overdracht – tegenoverdracht (Controle Fysieke Beheersing).
- Gesprekstechnieken om deëscalerend te kunnen werken.
- Verantwoord uitvoeren van separeren en fixeren.
- Kennis van interventies zoals bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie.

¹⁹ Het onderzoek bij het Tweestedenziekenhuis door Y. Voskes 'Ervaringen van cliënten en hulpverleners bij separatie'. Als methodiek werd 'focusgroepen' gebruikt, waaraan zowel de behandelaar, betreffende verpleegkundige als de verzorger in de separeer deelnamen. Uitgangspunt voor het gesprek was casuïstiek, gebaseerd op interviews met cliënten en hulpverleners. Focusgroepen geven inzicht in de wijze waarop cliënten het separeren hebben ervaren. Het zet een behandelteam aan het denken en kan de aanzet vormen tot een cultuurverandering om dwangmaatregelen te voorkomen.

Een aantal instellingen is op werkbezoek geweest bij Siependaal²⁰, waar men zonder separeerruimtes werkt.

Trainingen kunnen het gevoel van veiligheid vergroten waardoor verpleegkundigen minder snel overgaan tot dwang. Het effect van training in het omgaan met fysieke agressie wordt echter door de verpleegkundigen verschillend beleefd. Complicatie bij een PAAZ is dat slechts een beperkt aantal medewerkers getraind kan worden in tegenstelling tot grotere ggz-instellingen. Samenwerking met andere PAAZ-en creëert door schaalvergroting meer financiële mogelijkheden. Zo streeft het TweeSteden-ziekenhuis in Tilburg naar een lerend netwerk van verschillende PAAZ-en waarbinnen men gezamenlijk scholingen kan organiseren, maar ook gebruik kan maken van ieders expertise. Soms komt het voor dat medewerkers van de PAAZ meedoen aan een agressietraining van de ggz. Daarbij valt op dat lichamelijke overheersing een onderwerp is, terwijl dat bij de PAAZ vrij weinig voorkomt. Bij de meeste ziekenhuizen wordt de deskundigheid van het PAAZ-personeel consultatief ingezet voor andere afdelingen in het ziekenhuis.

Naasten

Over de mate waarin naasten betrokken worden bij de behandeling, verschillen de meningen. Soms weigeren cliënten de betrokkenheid van hun naasten omdat ze zich schamen voor het separeren en de desolate toestand waarin ze verkeren. Ook wordt geopperd dat familie al veel met de cliënt heeft meegemaakt. Daardoor is vaak de grens bereikt en is er juist behoefte aan het beperken van het contact. Sommigen geven aan dat er sprake is van een cultuurverandering daar waar de gedachte is losgelaten dat het voor familie en cliënt te belastend zou zijn om wederzijds (nauw) betrokken te worden. Deze opvatting strookt met het uitgangspunt van instellingen dat betrokkenheid van het steunsysteem een belangrijke voorwaarde is voor herstel.

PAAZ-en noemen de volgende opties om familie te betrekken:

- Wekelijkse gesprekken met toestemming van de cliënt.
- Overnachtingsmogelijkheid, bijvoorbeeld in de voorruimte van het separeervertrek.
- 'Samen beter' (PAAZ Walcheren), een project waarbij de cliënt met een naaste (of mantelzorger) één keer in de twee weken samenkomt in een groep, waarbij terugkeer naar huis centraal staat. Het doel is om terugval te voorkomen door handvatten te geven en inzicht te bieden aan cliënt en naaste(n) (of mantelzorgers).
- Project 'systemische interventies' bij het Amphia ziekenhuis in Breda. Daar is naast de separeerruimte een aparte familiekamer gecreëerd waar een familielid kan blijven slapen. Dat biedt de mogelijkheid om familie in te schakelen bij de begeleiding. De PAAZ heeft wel kanttekeningen geplaatst: door financiële problemen staat het project op een laag pitje; de inzet van extra personeel is belemmerd. Ook kan het een valkuil zijn omdat familie een 'oppasfunctie' krijgt. Het is niet duidelijk geworden hoe familie dit zelf ervaart.

Pogingen die gedaan worden om familie toch zo veel mogelijk te betrekken:

- Het belang van het betrekken van familie bij de cliënt ter sprake brengen.
- Betrokkenheid stimuleren en motiveren van familie en cliënt.
- Betrekken van familie bij behandelbesprekingen.
- Flexibele bezoektijden.
- Bij opname afspreken wie de contactpersoon is, wie geïnformeerd wordt en waarover.
- Afstemmen op de individuele behoefte van de cliënt en diens familie.
- Familie in de instelling laten logeren als dat de rust en de veiligheid bevordert.
- Psycho-educatiebijeenkomsten voor de familie organiseren.

²⁰ Siependaal is een afdeling van De Gelderse Roos, een grote GGZ-instelling, die heeft meegedaan aan het programma van GGZ Nederland.

Criterion voor de PAAZ-en is dat de cliënt toestemming geeft om familie te informeren en te betrekken.

Veiligheid

Bepalende factoren die genoemd worden:

- Voldoende personeel: financiële problemen in een ziekenhuis beïnvloeden de personeelsbezetting negatief. Een beperkte bezetting (o.a. 's nachts) bewerkstelligt het gebruik van de separeerruimte als preventief middel.
- Deskundig personeel: kennis van de psychiatrie, maar ook zelfkennis, hoe je als verpleegkundige in je schoenen staat en weet wie je bent en hoe je handelt.
- Open sfeer, waarin (on)veiligheidsgevoelens bespreekbaar zijn; er wordt een direct verband gelegd tussen personeel dat zich (on)veilig voelt en de sfeer op de afdeling.
- De mate waarin men geconfronteerd wordt met alcohol- en drugsgebruik. Aangegeven wordt dat de PAAZ niet de goede plaats is voor deze heftige problematiek. In het uiterste geval wordt de deur opengezet zodat de cliënt de straat op kan. Dan wordt een melding bij de politie gedaan.
- Helderheid wie de 'woordvoerder' is en hoe de verantwoordelijkheden liggen bij voorkomende gevallen van dreigend en/of destructief gedrag.
- Een goede vertegenwoordiging van mannelijk en vrouwelijk personeel om eventuele fysieke agressie beter te kunnen aanpakken.
- Cameragebruik. Instellingen geven aan dat cameragebruik wisselend wordt ervaren. Sommige cliënten ervaren de camera als inbreuk op de privacy, anderen geeft het juist een gevoel van veiligheid. De camera wordt wisselend gebruikt: soms niet, soms afhankelijk van de gegeven situatie en soms altijd.

Met betrekking tot de fysieke omgeving worden de volgende factoren van belang genoemd:

- De mogelijkheid om de deuren van de afdeling te sluiten zodat niet iedereen van buiten zomaar op de afdeling kan komen. Daardoor neemt het gevoel van veiligheid voor cliënten en medewerkers toe.
- De mogelijkheid om met een alarm- of meldsysteem, beroep te kunnen doen op een back-up (Spoed Eisende Hulp en beveiliging).

Registratie

De mate waarin cijfers over dwangmaatregelen beschikbaar zijn, wisselt per PAAZ. Iedere PAAZ moet registreren voor de Inspectie, maar dat impliceert niet dat iedere PAAZ een inventarisatie heeft van aantallen, duur en gemiddelden van dwangmaatregelen in relatie tot het aantal opnames. Soms zetten managers vraagtekens bij de betrouwbaarheid van die cijfers. Er valt dan ook een zekere terughoudendheid te bespeuren bij het verstrekken van cijfers, voorzover die beschikbaar zijn. Over het algemeen erkent men het belang om PAAZ-en op hun functioneren te toetsen; er is behoefte aan een goed en eenduidig systeem. Sommigen zijn voornemens een inventarisatie te starten. Of die voornemens ook zijn nagekomen, heeft bij navraag geen concrete resultaten opgeleverd. Voor zover (schattingen van) cijfers zijn gegeven, ligt het aantal separaties op 0/1 tot 2 per maand met uitschieters naar 6 op ongeveer 250 tot 300 opnames per jaar.

Evaluatie

Niet overal wordt volgens protocol geëvalueerd. De uitvoering blijkt vaak persoonsafhankelijk te zijn. Het nabespreken met de familie wordt als belangrijk aangegeven, maar in hoeverre dat ook werkelijk gebeurt blijft onduidelijk; geluiden vanuit de familiegeledingen ontbreken en binnen het project zijn geen individuele familieleden benaderd. Instrumenten die gebruikt worden om het afdelingsklimaat te evalueren, zijn:

- Jaarlijks een rondetafelgesprek met cliënten en behandelaren.
- Spiegelgesprekken van psychiaters met cliënten. De Isala-klinieken hebben hier goede ervaringen mee. De cliënten worden gemotiveerd deel te nemen aan de gesprekken in het kader van hun behandeling.
- Exit-interview en evaluatieformulieren.

- Evaluatie-protocol hoe de cliënt de separatie heeft beleefd en hoe separatie een volgende keer voorkomen kan worden. Het geeft het team ook zicht op het eigen handelen.
- Soms is een cliënt niet toe aan evaluatie. Evaluatie wordt als dermate belastend ervaren dat het beter is later op het onderwerp terug te komen. De PAAZ van het Amphia ziekenhuis zet in dit verband vraagtekens bij de betrouwbaarheid van de evaluatie na separeren, en wijst op een onderzoek²¹ dat aantoont dat cliënten vaak een aantal maanden na het separeren alsnog een traumatisch stresssyndroom ontwikkelen als gevolg daarvan.

Informatie

Bij alle PAAZ-en is een Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) aangesteld. De wijze waarop de cliënt hierover wordt geïnformeerd, varieert. Soms hangt er een flyer met een telefoonnummer, soms is de PVP één keer per week actief aanwezig op de afdeling. Eén PAAZ geeft aan dat er dermate weinig beroep op de PVP werd gedaan dat betreffende PVP heeft besloten te volstaan met een telefoonnummer.

Over het algemeen worden cliënten ingelicht over hun rechten en plichten, maar het blijft onduidelijk hoe dit wordt ervaren. Alleen cliënten en naasten zelf kunnen aangeven hoe zij de informatieverschaffing beleven. Dit is uit de contacten met de cliëntenraden onvoldoende naar voren gekomen omdat in de cliëntenraden geen cliënten van PAAZ-en participeren en de cliënten hierover niet gehoord zijn.

Ook de beleving van naasten ontbreekt; er zijn geen familieraden verbonden aan deze ziekenhuizen. Regionale afdelingen van Ypsilon hebben niet gereageerd op deze vraag en er zijn geen contacten geweest met individuele familieleden. Verder wordt genoemd dat een crisisopname te heftig is om cliënten te informeren over de gang van zaken op de afdeling. Het lijkt niet vanzelfsprekend om cliënten op een later tijdstip alsnog te informeren. Tijd, beschikbaarheid van personeel, maar ook aandacht worden als bepalende factoren genoemd voor het ontbreken van informatiemomenten.

2.4 Verslavingszorg

De verslavingszorg is altijd gekoppeld geweest aan het strafrecht. Er werd gedacht vanuit het bestrijden van overlast en minder vanuit de cliënt in relatie tot diagnostiek en behandeling om herhaling van overlast te voorkomen. De instellingen voor verslavingszorg hadden voorheen geen BOPZ-erkenning en geen separeerruimtes. De grens werd gelegd bij gedrag dat hanteerbaar was binnen de veiligheidsnormen van de instelling. Als iemand de grenzen van het toegestane overschreed en geen behandeling wilde, stopte de opname.

In dit denken is een verandering gekomen. Langzamerhand is het inzicht ontstaan dat verslaving vrijwel altijd gepaard gaat met een psychiatrische ziekte. Door deze ontwikkeling is recent bij een aantal instellingen binnen de verslavingszorg, een afdeling met een BOPZ-erkenning voor dubbele diagnose of co-morbiditeit ontstaan. Het uitvoeren van dwangmaatregelen heeft binnen de verslavingszorg dus een korte bestaansgeschiedenis. Binnen dit project zijn 11 instellingen voor verslavingszorg benaderd. 8 instellingen hadden geen BOPZ-erkenning. Bij 1 instelling was recent een afdeling dubbele diagnose gestart. Met de 2 resterende klinieken, Novadic Kentron en Bouman GGZ, die beide een afdeling dubbele diagnose hebben, is een gesprek met het management gevoerd. Bij Bouman GGZ is ook een gesprek met de cliëntenraad gevoerd.

Beleid

Het argument om dwang toe te passen, is het snelle effect van de combinatie 'medicatie en separatie' om in noodsituaties de cirkel te doorbreken en beweging in de behandeling te krijgen. Verblijf in de separeerruimte wordt beschouwd als intensive care. Een zorgvuldige uitvoering is van groot belang. De ervaring leert dat een cliënt met een acute psychose rustiger wordt van separatie. Ook werkt het minder traumatiserend dan separatie bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Bij die groep cliënten kan separatie daarentegen bescha-

²¹ Tijdschrift voor Psychiatrie 44 (2002); Psychose, trauma en traumagerelateerde psychopathologie, door M. van Gerven, O. van der Hart, E.R.S. Nijenhuis, T. Kuipers.

digend zijn voor de therapeutische relatie. Kort verblijf is van essentieel belang. Dit valt of staat met goede medicatie. Langer verblijf in een prikkelarme ruimte maakt dat cliënten prikkels ontwennen en vervolgens op de afdeling onrustig worden. Een averechts effect dus. Dwangmedicatie wordt in de verslavingszorg niet toegepast. Als reden wordt opgegeven dat dwangmedicatie haaks op de behandeling van verslaafden zou staan, die immers middelen niet meer mogen gebruiken en onder dwang iets zouden moeten nemen.

De cliëntenraad van Bouman GGZ hoort weinig tot geen klachten over separaties. De cliëntenraad richt zich vooral op bejegening. Ook stimuleert zij dat iedere cliënt een behandelplan heeft en bij het opstellen daarvan wordt betrokken. Bouman GGZ gebruikt hierbij de 'Schijf van 5' van de Zwolse Poort²².

Bij Novadic Kentron verkeert de cliëntenraad nog in het stadium om 'als stem' binnen de instelling gehoord te worden. Dwang is nog geen onderwerp. Beide instellingen hebben (nog) geen familiaarraad. Volgens de statuten kunnen naasten wel in de cliëntenraad participeren. Tot op heden is dat nog niet gebeurd noch wordt deelname actief gestimuleerd. Bouman GGZ denkt serieus na over een familiaarraad, maar deze intentie is aan het einde van de projectperiode nog niet geconcretiseerd.

Voorkomen

Het streven is om het separeren tot een minimum te beperken. Voorheen was dwang op geen enkele manier van toepassing binnen de verslavingszorg. Als een cliënt een behandeling weigerde, werd de behandeling gestaakt en kon de cliënt naar huis. De laatste jaren zijn er echter geluiden vanuit de cliënten- en familiebeweging om actiever in te grijpen en cliënten voor korte tijd te separeren om een behandeling effectief te kunnen starten.

Alternatieven

Alternatieven worden bij deze twee instellingen niet toegepast. In feite is bij instellingen voor verslavingszorg met een afdeling 'dubbele diagnose', het enige alternatief de behandeling te stoppen. Daarmee stopt ook de opname.

Scholing

Novadic Kentron heeft in samenwerking met de Reinier van Arkelgroep, scholing gerealiseerd voor personeel dat werkzaam is op een gesloten afdeling waar mensen met psychiatrische problematiek verblijven. In tegenstelling tot ggz-hulpverleners, die hebben geleerd om te zorgen en op cliënten af te stappen, hebben hulpverleners in de verslavingszorg geleerd de situatie binnen de grenzen van het toelaatbare te aanvaarden of anders de behandeling te stoppen. De scholing is gericht op de combinatie van deze beide invalshoeken; zowel het bieden van hulp als het aanspreken van de cliënt op de eigen verantwoordelijkheid. Bij Bouman GGZ is scholing op bejegening gericht. Vanuit de cliëntenraad zijn ook cliënt-hulpverlenertrainingen geïnitieerd waarbij cliënten de hulpverleners een spiegel voorhouden. De cliëntenraad noemt als voorbeeld dat cliënten altijd op tijd moeten komen en daarop worden aangesproken, terwijl hulpverleners te laat komen zonder zich te verantwoorden.

Naasten

Soms hebben naasten de verslaafde de rug toegekeerd, zijn naasten zelf ook verslaafd of hebben andere problemen. Afhankelijk van de situatie worden naasten betrokken bij reïntegratie van (ex-)verslaafden in de maatschappij. Bij Novadic Kentron is een grote groep cliënten in behandeling, die lijden aan een posttraumatisch stresssyndroom als gevolg van misbruik in de jeugd. Voor deze groep ligt de betrokkenheid van familie in eerste instantie minder voor de hand, maar kan de betrokkenheid van andere belangrijke naasten mogelijk wel een optie zijn.

²² De cliëntenraad van de Zwolse Poort heeft de 'Schijf van 5' ontwikkeld waarin vijf onderwerpen voorzien zijn van normen vanuit cliëntenperspectief: informatie, inspraak/medezeggenschap bij het behandelplan, bejegening door de hulpverlener, resultaat van behandeling én continuïteit. Per onderwerp zijn criteria opgesteld waarop de afdeling beoordeeld kan worden.

Veiligheid

Door verplichte urinecontrole is altijd duidelijk wat een cliënt in zijn lichaam heeft. Dat maakt het voor medewerkers en medeciënten veiliger. Iedereen weet waar hij/zij aan toe is. Uiteraard gaat dit niet op voor crisis-interventie. Crisisinterventie vereist meer voorzorgsmaatregelen en gaat vaker gepaard met separeren. Een gesprekspartner stelde de vraag, die voor nader onderzoek in aanmerking komt, in hoeverre gedrag dat tot separeren leidt, veroorzaakt wordt door drugsgebruik. Novadic Kentron was gehuisvest op een locatie die medewerkers onveilig vonden. De verwachting is dat de sfeer in de huidige nieuwe vestiging rustiger en daarmee ook veiliger is.

Registratie

Er wordt geregistreerd zoals dat vereist is, maar doordat tot op heden nauwelijks is gesepareerd, valt weinig te zeggen over aantallen en duur van separatie gedurende een aantal jaren.

Evaluatie

De psychiater evalueert de separaties tijdens de visitegesprekken met de cliënt. Het evalueren gebeurt standaard.

Rechten en plichten

Cliënten worden geïnformeerd over hun rechten en plichten en weten dat ze een beroep kunnen doen op een PVP. Het is onduidelijk in hoeverre mogelijkheden actief worden aangereikt en benut.

2.5 Psychiatrische centra

In totaal zijn 6 psychiatrische centra benaderd die niet meededen aan het programma van GGZ Nederland, maar wel een BOPZ erkenning hebben: het Sinai Centrum²³, Eleos/Gereformeerd Psychiatrische Ziekenhuis De Fontein, Zwolse Poort²⁴, het Regionaal Centrum GGZ Weert, het Prins Clauscentrum in Sittard²⁵ en het GGZ-Centrum West-friesland in Hoorn.

Beleid

Deze instellingen voeren beleid, gericht op preventie van dwang door het stimuleren van een adequate menselijke omgang met de cliënten. De cliëntenraden zijn betrokken bij de totstandkoming en de evaluatie van het beleid, zij het dat de betrokkenheid bij de cliëntenraad van het Prins Claus Centrum lange tijd zeer beperkt is geweest door ledentekort. Het onderwerp dwang is bij geen van de cliëntenraden actueel omdat het weinig voorkomt. De aandacht is vooral gericht op communicatie, menselijke aandacht en aandacht voor herstel en interactie.

De cliëntenraad van de Zwolse Poort heeft 'de schijf van 5' ontwikkeld. Daarin zijn 5 onderwerpen van normen vanuit het cliëntenperspectief voorzien Respectievelijk: informatie, inspraak/medezeggenschap bij het behandelplan, bejegening door de hulpverlener, resultaat van de behandeling én continuïteit. Per onderwerp zijn criteria opgesteld waarop de afdelingen beoordeeld worden. In 2007 stond het *behandelplan* centraal met als resultaat dat iedere cliënt per 1 juni 2008 een behandelplan heeft. In 2008 stond de *bejegening* centraal. De cliëntenraad is op de verschillende afdelingen met de medewerkers het gesprek aangegaan over de omgang met de cliënten. Vervolgens zijn verbeterpunten aangedragen.

23 Het Sinai Centrum is een Joodse instelling voor geestelijke gezondheidszorg en begeleiding van *mensen met een verstandelijke handicap*.

24 Op 31 mei 2008 is de Zwolse Poort met Adhesie GGZ en RIAGGz over de IJssel (Riagg IJsselland en Riagg Zwolle) gefuseerd en is nu bekend onder de naam Dimence.

25 Het Prins Clauscentrum maakt onderdeel uit van het Medisch en Zorgconcern Orbis Geestelijke Gezondheidszorg.

Bij het GGZ-Centrum Westfriesland in Hoorn heeft de cliëntenraad het voorstel voor het afschaffen van de separeerruimte afgewezen vanuit het motief dat een separeerruimte bij onrust veiligheid kan bieden. Door langdurige ziekte van de leden was het helaas niet mogelijk in dit project de mening van de cliënten zelf te horen. Naastbetrokkenen zijn niet actief als (officiële) vertegenwoordiger. Het komt een enkele keer voor dat een familielid aan de cliëntenraad deelneemt.

Bij de Zwolse Poort is een werkgroep actief bezig met het ontwikkelen van familiebeleid en de omgang met naastbetrokkenen. De concrete uitvoering moet nog volgen.

Het Sinai Centrum in Amstelveen wil een familievertrouwenspersoon voor de organisatie aanstellen. Deze functie is nog niet ingevuld.

Het Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (RCG) Weert gaat in samenwerking met de cliëntenraad, in 2009 het project 'dwang en drang' starten met als doel methoden te ontwikkelen en te hanteren ter vermindering van de toepassing van dwang en drang. Het systematisch verzamelen van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens maakt onderdeel uit van het project. Hiermee heeft het RCG de intentie die tijdens het gesprek werd uitgesproken, geconcretiseerd.

Voorkomen

Het voorkomen van dwangmaatregelen is gericht op het bewerkstelligen van een cultuuromslag. Daarbij staan een beter contact met de cliënten, meer aandacht voor het individu, kritisch nadenken over het eigen handelen en het nut van vanzelfsprekende handelingen centraal. Er gaat een preventieve werking uit van personeel dat met een frisse blik bereid is de cliënt centraal te stellen en daarbij van diens mogelijkheden uitgaat in plaats van bedreigingen en risico's. De autonomie van de cliënt staat voorop, evenals het zoveel mogelijk normaliseren. Ook de invloed van de fysieke omgeving is belangrijk zoals prikkelarme kamers, een eigen kamer voor iedere cliënt of de mogelijkheid te kiezen voor een één- of meerpersoonskamer.

Alternatieven

Alternatieven zijn vooral gericht op interactie:

- Praten en onderhandelen met de cliënt over te nemen stappen.
- Aansluiten bij de mogelijkheden van de cliënt. Haalbare doelen formuleren die in kleine stappen zijn te realiseren.
- Het creëren van een prikkelarme ruimte om tot rust te komen.
- Buitenruimte (creëren en) benutten.
- Behandeling richten op mogelijkheden in plaats van op beperkingen en risico's. Bij Eleos in Bosch en Duin is het protocol voor het stoppen van 'Grensoverschrijdend Gedrag' omgezet in het protocol 'Gewenst Gedrag Bevorderen'.

Scholing

Bij het Sinai Centrum is de scholing van personeel gericht op conflicthantering, omgaan met agressie en het herkennen en oppakken van signalen. Eleos noemt scholing gericht op voorlichting over de BOPZ, naast scholing gericht op interactieve vaardigheden door bureau De Mat²⁶ en motivatie. Daarnaast vindt scholing plaats bij de casuïstiekbespreking met de vraag 'Hoe verliep het separeren en wat had beter gekund?' Bij het GGZ-Centrum Westfriesland staat een adequate menselijke bejegening van de cliënten centraal. Het vroegtijdig signaleren, in actie komen en hulp invoeren van collega's zijn belangrijk. Tijdens trainingen moeten verpleegkundigen en arts-assistenten ook elkaar separeren. RCG Weert heeft behoefte om ervaringen met anderen uit te wisselen over het terugdringen van dwangmaatregelen en daarvan te leren. Zo is o.a. het project 'Smakk'²⁷ van de GGZ Noord Midden-Limburg bezocht.

26 Training 'De Mat' leert medewerkers gelijkwaardig en open communiceren met cliënten en familie.

27 'Smakk' staat voor separeren, minder, anders, kundiger en korter.

Naasten

Uit reacties en evaluaties blijkt dat naastbetrokkenen psycho-educatie en/of themabijeenkomsten positief beleven om de drempel naar de instelling of afdeling te verlagen, kennis van zaken te krijgen en andere naasten te ontmoeten. Betrokkenheid van naasten bij de behandeling ervaart men als wenselijk om dwangmaatregelen te voorkomen dan wel zo snel mogelijk te daarmee stoppen. De mate van betrokkenheid is mede afhankelijk van de wens van de cliënt. Het sociale netwerk kan steunend zijn, maar een cliënt kan ook juist (tijdelijk) afstand willen nemen van de directe sociale omgeving. Daarbij speelt een rol dat cliënten van het Sinai Centrum veel naasten hebben verloren. Voor de terugkeer naar het dagelijks leven is het van belang dat er een sociaal netwerk bestaat.

Veiligheid

Het bespreekbaar maken van gevoelens van onveiligheid wordt gestimuleerd. De cliëntenraad van GGZ-Centrum Westfriesland doet een onderzoek naar de mate waarin cliënten zich veilig voelen. Door ziekte van leden van de cliëntenraad zijn er helaas nog geen gegevens beschikbaar. Een direct verband wordt gelegd tussen de hoeveelheid personeel en de mate waarin cliënten én medewerkers zich veilig voelen. Voldoende personeel vindt men een vereiste.

Registratie

Registratie vindt plaats conform de verplichtingen. De mate waarin men zicht heeft op de eigen organisatie, varieert. De Zwolse Poort constateert een afname van 139 separaties met een gemiddelde duur van 64 uur in 2006, naar 85 separaties met een gemiddelde duur van 69 uur in 2007. De afname wordt verklaard door een herschikking van afdelingen en meer en beter opgeleid personeel. Bij het Sinai Centrum en Eleos wordt nauwelijks gesepareerd. Een kanttekening is geplaatst bij de betrouwbaarheid van de cijfers omdat er vraagtekens zijn bij de eenduidigheid van de gehanteerde begrippen. Van de andere centra zijn in het kader van dit project geen gegevens bekend.

Evaluatie

Standaard wordt met de cliënt geëvalueerd hoe het separeren voorkomen had kunnen worden en wat de leermomenten zijn voor het vervolg, zoals rustmomenten op een dag, time-out, extra medicatie bij onrust en afspraken voor medicatie voor de nacht. Het is niet bekend of naasten bij deze evaluaties worden betrokken.

Informatie

Bij het GGZ-centrum Westfriesland krijgt de cliënt bij opname een informatiegids met de rechten van de cliënten binnen het centrum, informatie over de betrokkenheid van familie en een hoofdstuk gewijd aan 'Beperking van rechten en dwangmaatregelen'. Deze gids is tot stand gekomen in nauwe samenspraak met de cliëntenraad. De Zwolse Poort beschikt over een informatieboekje met huisregels vanuit cliëntenperspectief, samengesteld door de cliëntenraad. Het is onduidelijk gebleven of deze gegevens ook aan naasten worden verstrekt.

2.6 Kinder- en jeugdpsychiatrie

Zoals vermeld in paragraaf 1.6 zijn van 150 instellingen de raden van bestuur en cliënten- en familieraden benaderd met een samenvatting van het actieplan en een begeleidende brief met het verzoek tot deelname. Onder de 150 instellingen bevonden zich 4 instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Het verzoek tot deelname leidde ertoe dat de projectmedewerkers door Curium in Oegstgeest werden uitgenodigd om een actieve bijdrage te leveren aan de bijeenkomst van de commissies Middelen & Maatregelen (M&M²⁸) in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie op 7 april 2008. Aan deze bijeenkomst namen, naast de 4 instellingen die voor het actieplan waren benaderd en die *niet* meededen met het programma van GGZ Nederland, 8 instellingen deel die wél participeerden in het programma van GGZ Nederland. In overleg met de begeleidingscommissie is besloten om op de uitnodiging in te gaan. De bijeenkomst van de commissie M&M paste prima binnen de doelstelling van het actieplan "om instellingen een impuls te geven om zich (nog) actiever in te zetten voor het voorkomen en terugdringen van dwangmaatregelen". De beperking tot instellingen die niet betrokken waren bij projecten van GGZ Nederland, werd hier losgelaten omdat deze bijeenkomst juist een unieke kans bood tot uitwisseling van ervaringen.

Dit betekent dat in totaal 12 instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie zijn benaderd. De werkwijze is aangepast vanwege de korte tijd die beschikbaar was. De contactpersonen zijn via Curium, de organisator van de bijeenkomst, per email benaderd met een aantal vragen (**bijlage 9**). De respons via telefoon en/of email was 100 %. Van de telefoongesprekken is een kort verslag ter verifiëring gestuurd naar de gesprekspartners. Vervolgens is een samenvatting van de resultaten gepresenteerd tijdens de bijeenkomst van de commissies M&M op 7 april 2008. Ze diende als input voor een levendige discussie, die zich richtte op het delen en leren van ervaringen met alternatieve maatregelen én methodes om inzicht te krijgen in beleving van cliënten op de uitvoering van dwangmaatregelen, zoals bijvoorbeeld de spiegelgesprekken.

Aan de oproep aan jongerenraden gaven de ondersteuners van de jongerenraden van De Jutters in Den Haag en het RMPI in Barendrecht gehoor. Met deze raden en de ondersteuners zijn gesprekken op locatie gevoerd. Ten slotte volgde een uitnodiging van de ouderraad van het RMPI, waaraan gehoor is gegeven. De resultaten zijn hieronder samenvattend weergegeven aan de hand van de verschillende criteria.

Beleid

Alle klinieken voeren beleid om dwangmaatregelen tegen te gaan. Het beleid expliciteert dit thema in kwantitatieve zin 'in 2011 separeervrij' en in kwalitatieve zin door inzichten bespreekbaar te maken, zoals:

- Contact, veiligheid, vertrouwen, respect en acceptatie.
- De jongere als gesprekspartner.
- Agressie als vorm van onmacht.
- Koersen op kansen in plaats van op beperkingen.
- Jongeren helpen de eigen verantwoordelijkheid te nemen.
- Kwaliteit verbeteren van het omgaan met agressie.

28 Middelen en Maatregelen (M&M) is de overkoepelende term voor de regelgeving rondom dwangmaatregelen. Middelen en Maatregelen zijn regels, handelingen of interventies, die in strijd zijn met de persoonlijke vrijheid van een individu. Deze vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen uitsluitend worden toegepast als er sprake is van gevaar voor het individu, derden of voor goederen. Het gebruik in andere gevallen of buiten de regelgeving van de BOPZ, is verboden. De Commissies M&M bespreken de toegepaste Middelen en Maatregelen en adviseren het management over het Middelen en Maatregelenbeleid.

Alle deelnemers benoemen het terugdringen van dwangmaatregelen als een cultuuromslag, die in de organisatie moet doordringen door het onderwerp bespreekbaar te maken, scholingen te organiseren en elkaar kritisch te beoordelen. Bij dwangmaatregelen gaat het om separeren en dwangmedicatie.

Jongerenraden

De jongerenraden van De Jutters en het RMPI zijn actief en zij voelen zich gehoord en gerespecteerd in de organisatie. Het terugdringen van dwangmaatregelen staat hoog op de agenda. Jongeren interviewen de groepsleiding en stellen gerichte vragen over de argumenten voor het toepassen en uitvoeren van dwangmaatregelen. De jongeren ervaren de reacties als zeer positief. Geen van de jongeren gelooft in separeervrij. Ze zijn van mening dat er altijd een mogelijkheid moet zijn om je terug te trekken, maar dan wel in een vriendelijke en zachte ruimte en met minder machtsvertoon. Agressief gedrag dat door alcohol- en drugsgebruik wordt veroorzaakt, wordt als aanleiding genoemd waarbij separeren onvermijdelijk is. De mate waarin (dwang) medicatie wordt beleefd, wisselt per jongere, ook in hoeverre dwangmedicatie als ingrijpender wordt ervaren dan separeren. Jongeren geven aan vooral geïnformeerd te willen worden over medicatie en de werking daarvan. Die informatie vinden ze nu te beperkt.

Rol jongeren en familie bij de behandeling

Jongeren worden betrokken bij het vaststellen van het behandelplan. Ouders worden bij het behandelplan betrokken in de vorm van ouderbegeleiding, systeemtherapie en ouderparticipatie door bijvoorbeeld één keer per week een activiteit met hun zoon of dochter te ondernemen. Dwangmaatregelen worden ook met hen geëvalueerd. Door hulpverleners wordt opgemerkt dat er een verschil is tussen het 'betrekken van' en het 'betrekken willen worden'. Dat laatste is niet altijd vanzelfsprekend. Ouders zijn niet altijd gemotiveerd om actief bij de behandeling van hun kind betrokken te worden.

Sommige klinieken organiseren spiegelgesprekken om van ouders en jongeren te horen hoe zij de gang van zaken op de afdeling beleven. De suggestie van een instelling om ouders en familie vaker op bezoek te laten komen tijdens de separatie, vond een ervaringsdeskundige²⁹ geen goed idee vanwege de mogelijke schaamtegevoelens bij de cliënt. De voorkeur ging uit naar contact met een verpleegkundige die meer op afstand staat. Jongeren geven aan, betrokken te worden bij het vaststellen van het behandelplan.

Opvallend is dat de jongerenraad van het RMPI niet kan beamen dat dwangmaatregelen worden geëvalueerd. Deze constatering werd door de ambtelijk ondersteuner van de raad instellingsbreed neergelegd en dat heeft weerklank gevonden. De intentie is om opnieuw een jongerendebat te organiseren in navolging van het debat twee jaar geleden. De bedoeling is om nu ook de groepsleiding uit te nodigen. Bij zowel De Jutters als het RMPI blijkt dat het reilen en zeilen sterk wordt bepaald door het type afdeling (crisis, open, gesloten), de problematiek van de jongeren en de deskundigheid van de groepsleiding.

Met één ouderraad heeft een overleg plaatsgevonden. De ouders hadden zelf geen directe ervaringen met dwangmaatregelen, maar gaven aan dat ze altijd betrokken zouden willen worden, ook door fysieke aanwezigheid. De ouderraad³⁰ was tevreden over de ontwikkelingen binnen de organisatie in verband met het programma van GGZ Nederland, en de mate waarin zij als ouderraad en als ouders gehoord worden. De ouders waren ook van harte bereid mee te denken met het project. Zij kwamen tot de conclusie dat het voor een ouderraad goed is om te weten om hoeveel dwangmaatregelen het gaat en de duur daarvan.

29 Bij het programma van GGZ Nederland was deelname van een ervaringsdeskundige in de stuurgroep een voorwaarde.

30 Bij het programma van GGZ Nederland was deelname van een ouder/ familie(raads) lid in de stuurgroep een voorwaarde.

Alternatieve maatregelen

De betrokken instellingen noemen zowel pedagogische als alternatieve maatregelen. Bij pedagogische maatregelen gaat het bijvoorbeeld om handreikingen voor jongeren om 'anders boos te worden', 'stoppen-denken-doen' en op maat gesneden interventies zoals lichamelijke activiteiten. Alternatieve maatregelen die worden genoemd zijn: signaleringsplannen, lekker-in-je-vel-schema (wat maakt dat je goed in je vel zit), een aparte kamer (prikkelarm, time-outruimte, 'zachte ruimte' met boksbal en kussens), buitenruimte en 1-op-1 begeleiding. De Mutsaersstichting in Limburg experimenteert met bed-op-recept als preventieve maatregel; een jongere kan dan gebruik maken van een bed wanneer er signalen zijn als het thuis niet goed gaat.

Bij alternatieve maatregelen is het kamerprogramma niet ter sprake gekomen met de M&M commissies. Opvallend is dat één jongerenraad zegt dat juist die maatregel veelvuldig wordt toegepast, zowel mét als zonder de deur op slot³¹. De eigen kamer wordt ook wel 'gestript' om het aantal prikkels te reduceren. Dit wordt als aantasting van het eigen domein beleefd en niet als een goed alternatief voor separeren. Over het algemeen geven de jongeren aan dat het contact teveel op het negatieve is gericht en te weinig op het positieve.

Scholing

Een keur aan scholingsprogramma's is genoemd:

- Controle Fysieke Beheersing (CFB).
- Agressieregulering met fysieke en (non)verbale technieken.
- Oplossingsgericht werken vanuit de vraag 'wat komt een cliënt bij ons halen?', dus aansluiten bij de vraag van cliënt en de fase van motivatie waarin de jongere zich bevindt.
- Competentie Verhogende Methodieken: wat kan een jongere en wat heeft hij/zij nodig aan competenties om activiteiten te kunnen uitvoeren. CVM stellen behandelteams in staat om de jongeren beter te ondersteunen bij het veranderen van hun gedrag.
- Agressie Beroepshouding Communicatie-training (ABC).
- Non Violent Resistance, een methodiek om op een niet gewelddadige manier opstandig gedrag te veranderen.
- Vaardigheden Agressie Conflict-training (VAC).
- Training Agressiehantering (TA).
- Het omgaan met Dreigend Destructief Gedrag (DDG).
- Het systematisch toepassen van signaleringsplannen.
- Specifiek gericht op kennis van de kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Wettelijke (on)mogelijkheden in het kader van de BOPZ.
- Het omgaan met de protocollen.

Daarnaast hanteren instellingen overlegvormen waarin aandacht is voor de sfeer op de afdeling en het deëscalerend werken. Genoemd worden: werkoverleg, intervisie- en themabijeenkomsten, teamdagen, klinische lessen, periodiek bezoek van de M&M commissies en bespreking van de M&M formulieren (zie paragraaf 2.6, noot 27).

31 'Op de kamer met de deur op slot', geldt als separatie en moet gemeld worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De jongeren merken dat de groepsleiding trainingen heeft gevolgd. Zij ervaren dat als positief. Een jongere die na een flinke tussentijd terugkwam in dezelfde groep, merkte op dat de sfeer in positieve zin was veranderd en dat er meer oog was voor wat de jongere zelf wil. Bij het RMPI hebben jongeren de training 'Rots & Water' gevolgd, gericht op het weerbaarder maken. De cultuurverandering met meer interactie en confrontaties met het eigen gedrag, doet sterker dan voorheen een beroep op de eigen verantwoordelijkheid. Dat is ook voor de jongeren wennen, onderkennen zowel jongeren als management.

Veiligheid

De mate waarin jongeren zich veilig voelen, blijkt moeilijk weer te geven. Ook navraag bij de jongeren zelf, leidt niet tot inzichten. De ervaringen zijn zeer afhankelijk van de individuele beleving. Waar de één probleemgedrag als bedreigend ervaart, laat de ander het langs zich heen gaan. Evaluatie van veiligheid is gecompliceerd, omdat sommige jongeren sowieso nooit een veilige plek hebben gehad.

Registratie

Iedereen vindt het belangrijk dat dwangmaatregelen in aantal en duur worden aangetoond. Melding aan de Inspectie en registratie vinden conform de wettelijke verplichtingen plaats. Er zijn echter vraagtekens in hoeverre gegevens betrouwbaar zijn om ze goed te kunnen vergelijken met andere instellingen. De duur van separatie kan bijvoorbeeld heel verschillend geïnterpreteerd worden. Deelnemers aan het programma van GGZ Nederland gebruiken het Argussysteem waarmee ze verplicht dwangmaatregelen moeten registreren. Dit systeem bevond zich ten tijde van dit projectonderzoek in de implementatiefase. Andere deelnemers bevinden zich nog in het stadium van zoeken naar een juiste wijze van registratie met een goede definiëring van de begrippen. Registratiegegevens zouden dan ook met elkaar uitgewisseld kunnen worden. Iedereen schat in dat het aantal separaties afneemt. Ook de jongeren hebben het idee dat het aantal separaties afneemt. Eén van de twee jongerenraden heeft gemeld dat het aantal kamerprogramma's daarentegen sterk is gestegen. De ouderraad heeft geen inzicht in het aantal en de duur van de dwangmaatregelen en besloot ter plekke navraag te doen.



Commentaar op het tussenrapport

Het actieplan was bedoeld om de discussie verder op gang te brengen én op gang te houden. Er is voor gekozen om tijdens de projectperiode met diverse betrokkenen momenten voor reflectie in te lassen op de bevindingen en het tussenrapport. In dit hoofdstuk worden die activiteiten met een korte samenvatting van de bevindingen weergegeven.

3.1 Conferentie dwang & drang

Tijdens de 4^e conferentie dwang & drang, die de werkgroep Dwang en Drang van het Landelijk Platform GGZ in het najaar 2008 organiseerde, kwamen 200 mensen bij elkaar in de Eenhoorn in Amersfoort. Cliënten, familie en behandelaren wisselden van gedachten over het terugdringen van dwang en drang. In de vorige drie conferenties ging het over alternatieven voor dwangtoepassingen en over de versterking van de triade cliënt-naastbetrokkene-hulpverlener. In het najaar 2008 stonden de negen criteria die als uitgangspunt dienden voor het actieplan, centraal. Na een plenaire presentatie van de voorlopige projectresultaten, passeerden de criteria in de vorm van 'negentien geboden' de revue in interviews met de personen die 's middags de rondetafelgesprekken begeleidden. Een groot deel van deze begeleiders van de rondetafelgesprekken behoorden tot de gesprekspartners van de 47 instellingen die in het kader van het actieplan benaderd waren. Tevens vond een demonstratie plaats van een onderhandelingsmethode 'de Mat'.

Bij de dagafsluiting concludeerde de voorzitter van de begeleidingscommissie, Ria Trinks, dat "het interessant is om te zien hoe de conferenties zich in de loop van de afgelopen vier jaar hebben ontwikkeld. Ging het aanvankelijk over het inventariseren wat er allemaal gebeurt op het gebied van dwang en drang, nu is er ook aandacht voor de verschillende praktijken die zijn ontwikkeld om dwang en drang terug te dringen". Ze hoopt dat iedereen doorgaat met dit onderwerp 'tot dwang en drang niet meer bestaan'.

Het uitgebreide verslag van de conferentie is terug te vinden in **bijlage 4**.

3.2 Inspectie voor de Gezondheidszorg

Najaar 2008 vond overleg plaats met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Naast het informeren over het project, was registratie een belangrijk aandachtspunt. Tijdens de gesprekken met de instellingen kwam naar voren dat niet iedereen het aantal en de duur van separaties met cijfers kon aantonen. Iedereen is verplicht te registreren voor de Inspectie. De registratiegegevens worden echter niet per definitie voor de eigen organisatie of afdeling in beeld gebracht. Implementatieperikelen van registratiesystemen, tijdgebrek, maar ook verwarring over definiëring van begrippen, en daarmee vraagtekens bij de betrouwbaarheid, spelen volgens de gesprekspartners een belangrijke rol.

Uit de informatie van de Inspectie blijkt dat instellingen die meedoen met het programma van GGZ Nederland, verplicht zijn het Argus registratiesysteem te gebruiken. Instellingen die *niet* meedoen, dus de instellingen die benaderd zijn binnen dit project, zijn daartoe echter niet verplicht. Het Argus registratiesysteem is ingevoerd onder hoede van GGZ Nederland in het kader van de dwang- en drangprojecten. Het doel was om meer uniformiteit in het registreren van vrijheidsbeperkende maatregelen te krijgen en in de meldingen aan de Inspectie van dwangbehandeling en de toepassing van middelen of maatregelen. Uniformiteit bewerkstelligt ook dat cijfers beter te vergelijken zijn en dat de consistentie van meldingen groter is. Bovendien genereren de gegevens (per afdeling én in totaal) bruikbaar materiaal om het beleid rondom vrijheidsbeperking te evalueren en desgewenst bij te stellen.

Het is de bedoeling dat ook de prestatieindicator 'dwang/insluiting' voor ggz-instellingen gebaseerd is op gegevens uit het Argussysteem. Dit zou voor instellingen die met Argus werken, beter in te vullen zijn dan voor instellingen die dit niet doen. Conclusie van het gesprek was dat de Inspectie met nadruk adviseert wél het Argussysteem te hanteren ook al geldt hiertoe (nog) geen verplichting. De Inspectie heeft ook het tussenrapport becommentarieerd. Het commentaar is verwerkt in dit rapport.

3.3 Forensisch Psychiatrische Centra

De bedoeling was om de tussenrapportage te bespreken in het Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV). Dit bleek helaas niet haalbaar. Ook de poging om een overleg te creëren met de 4 instellingen die deelnamen aan het project van het Landelijk Platform GGz, en de 2 Forensisch Psychiatrische Centra die deelnamen aan het programma van GGZ Nederland, kwam niet van de grond. Het LBHIV heeft ervoor gekozen één van de leden commentaar te laten geven op het rapport. Dit commentaar is verwerkt in paragraaf 2.1. Het Landelijk Platform GGz wil dit rapport gebruiken om in de toekomst met forensisch psychiatrische centra in contact te komen.

3.4 Kenniscentrum GGZ bij Zorgverzekeraars Nederland

Het kenniscentrum GGZ van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft tot doel om de kennis over de kwaliteit van zorg in de ggz bij de leden van ZN te verhogen en instrumenten te ontwikkelen om zorginkoop op kwaliteit te ondersteunen. Het tussenrapport is voorgelegd aan het kenniscentrum met het verzoek na te gaan welke rol zorgverzekeraars zouden kunnen spelen bij het terugdringen van dwang. Tijdens een overleg is afgesproken dat de zorgverzekeraars een werkgroep gaan starten met vertegenwoordiging van het Landelijk Platform GGz. Daarin moet worden nagegaan in hoeverre de 9 criteria voor dwang & drang zodanig SMART³² kunnen worden opgesteld, dat zorgverzekeraars die criteria als leidraad kunnen hanteren bij de zorginkoop. Het kenniscentrum heeft aangegeven voorstander te zijn van een breed gedragen visie op dwang & drang. Ook wil zij aansluiten bij bestaande initiatieven op basis waarvan zorgverzekeraars bij de zorginkoop het gesprek kunnen aangaan met zorgaanbieders. Voor het volledige verslag van het overleg wordt verwezen naar **bijlage 11**.

3.5 Naasten 'vanzelfsprekend'

Binnen het project was het niet eenvoudig om (officiële vertegenwoordigers) van naasten te bereiken en van hen te vernemen hoe zij aankijken tegen de uitvoering van het beleid van de benaderde instellingen. In de fase van reflectie op de tussenrapportage hebben vertegenwoordigers van drie familieorganisaties gereageerd. Dat zijn respectievelijk de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA), de Landelijke Stichting van Ouders en Verwanten van Drugsgebruikers (LSOVD) en Ypsilon. Familievertegenwoordigers spraken hun vermoeden uit dat de gesprekspartners sociaal wenselijke antwoorden gaven. Zij misten doelgerichte intenties; 'Dit gaan we doen!' of 'Dát hebben we gedaan, maar het gaf niet het verwachte resultaat en daarom doen we nu dit!'. De concretisering van goede intenties wordt gemist.

Ook wordt opgemerkt dat het separeren te veel afhangt van beslissingen van individuele medewerkers en niet geënt is op het beleid van de organisatie. Tenslotte plaatst de LSOVD een inhoudelijke opmerking over de benadering van het netwerk van cliënten. De LSOVD pleit ervoor om naastbetrokkenen niet alleen te benaderen vanuit cliëntenperspectief, maar ook om hen te sterken in de situatie. Vanuit die versterkte positie kunnen naastbetrokkenen de cliënt en zijn/haar omgeving beter 'bedienen'. De LSOVD constateert dat over deze benadering geen opmerking in het rapport staat.

32 SMART staat voor doelstellingen die Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden geformuleerd zijn.

Vanuit de naastbetrokkenen is een aantal suggesties gedaan die een positieve invloed kunnen hebben op het terugdringen van dwangmaatregelen. Genoemd worden een meer vanzelfsprekende benadering van naasten en het positief benutten van de ervaringen die naastbetrokkenen met de cliënt hebben opgedaan.

Vanzelfsprekendheidsmodel

In het rapport 'Niet alleen de cliënt centraal: Over familie in de geestelijke gezondheidszorg' onderscheiden Bovenkamp & Trappenburg (2008) twee modellen:

1. Het 'cliënt bepaalt-model' waarbij de cliënt bepaalt of familie geïnformeerd wordt of niet.
2. En het 'vanzelfsprekendheidsmodel' waarbij de hulpverlener er vanzelfsprekend van uitgaat dat contact met familieleden tot het takenpakket behoort.

De aanname is dat het 'vanzelfsprekend' betrekken van naasten, deëscalerend kan werken op het gedrag van de cliënt. Vanuit dat oogpunt én vanuit familieperspectief, is het toepassen van het 'vanzelfsprekendheidsmodel' door behandelaren gewenst.

In de ggz hebben hulpverleners relatief weinig contact met familieleden. De voornaamste reden daarvoor is dat hulpverleners veel nadruk leggen op de autonomie en privacy van de cliënt. Daardoor blijft de communicatie met de familie gebrekkig, terwijl de betrokkenheid van naasten juist een deëscalerende werking kan hebben. In bestuurlijke kringen van de ggz wordt meestal opgemerkt dat de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) het verbiedt dat inlichtingen over de cliënt worden verstrekt, tenzij de cliënt daarvoor toestemming heeft verleend. In eerste instantie wordt het aan de cliënt overgelaten al dan niet familie op de hoogte te stellen. Men gaat er daarbij doorgaans van uit dat cliënten niet willen dat hulpverleners familieleden informeren of daarmee overleggen. Hulpverleners achten die contacten kennelijk ook niet noodzakelijk, niet logisch en soms zelfs onwenselijk. Het rapport laat echter zien dat in overige sectoren van de gezondheidszorg de WGBO anders wordt gehanteerd. Waar het mensen met ernstige lichamelijke aandoeningen betreft, wordt vaker het 'vanzelfsprekendheidsmodel' gevolgd. Aan een intensieve samenwerking tussen hulpverleners en familie wordt juist veel waarde gehecht. Men vindt het logisch en normaal dat familie op de hoogte wordt gesteld en men neemt aan dat de cliënt daarmee vanzelfsprekend akkoord is. Ook is er in die sectoren veel meer ruimte voor familie om de hulpverleners te informeren. Deze werkwijze zou meer recht doen aan de situatie zoals die over het algemeen in de ggz aangetroffen wordt (ook wat betreft de ernst van de problematiek). Daarom verdient het 'vanzelfsprekendheidsmodel' een grotere voorkeur dan het 'cliënt-bepaalt-model'.

Triadekaart

Het toepassen van de Triadekaart is een andere suggestie vanuit familieperspectief. De Triadekaart is door Ypsilon en Anoksis ontwikkeld en wordt vanaf juni 2009 ingevoerd. De kaart is het antwoord op de vraag hoe familie een passende rol in de zorg krijgt, zónder dat de cliënt het gevoel heeft dat hij buitenspel wordt gezet. Ook de hulpverlener weet, dankzij de Triadekaart, wat hij van de familie kan vragen en wat niet. De basisgedachte is dat de betrokkenheid van naasten een positieve invloed kan hebben bij het voorkomen van dwangmaatregelen. De Triadekaart:

1. Is een kapstok om met elkaar in gesprek te komen.
2. Maakt concreet wat naasten wél en niet aan de zorg kunnen of willen bijdragen.
3. Maakt duidelijk welke ondersteuning zij daarbij zelf nodig hebben.
4. Signaleert taken die blijven 'hangen', zoals regelzaken en financiën.
5. Geeft een beeld van het herstelproces door de tijd heen.

Naastbetrokkenen, cliënten en hulpverleners kunnen op de kaart aanvinken op welke terreinen zij ondersteuning kunnen of willen bieden of juist niet. De kaart dient tevens als hulpmiddel over de (sociale) activiteiten die met de cliënt ondernomen kunnen worden. De kaart kan op ieder moment aangepast worden. Zie ook: www.ypsilon.org/triadekaart.

Modelregeling Betrokken Omgeving

GGZ-Nederland heeft met de familieorganisaties een modelregeling afgesproken. Daarin staan de minimum-eisen voor de betrokkenheid van cliënten en naasten in ggz-instellingen. De regeling biedt een uitgangspunt voor familieorganisaties, cliëntenraden en cliëntenorganisaties om te toetsen in welke mate instellingen zich aan die eisen houden. De modelregeling heeft indirect met dwangmaatregelen te maken; de betrokkenheid van naasten bij de toepassing van dwangmaatregelen kan uit de toetsing worden afgeleid.

3.6 Commentaar vanuit cliëntenperspectief

Aan Anoiksis en een oud-bestuurslid van de Cliëntenbond is gevraagd om op de tussenrapportage te reageren. In deze paragraaf staat hun commentaar weergegeven.

Anoiksis

Anoiksis vindt de kracht van het rapport dat het de noodzaak van gelijkwaardige interactie tussen hulpverleners, cliënten en naasten op de voorgrond heeft gezet. De bereidheid van hulpverleners om kritisch naar de eigen houding ten opzichte van dwangmaatregelen te kijken, is duidelijk aanwezig. Het komt er nu op aan dat het uitspreken van de intentie van het humaner toepassen van dwang, ook tot aantoonbare resultaten leidt. Voor de hulpverlener wordt de noodzaak van humane bejegening bij het toepassen van dwangmaatregelen duidelijk als hij of zij daar achteraf rekenschap over moet afleggen. Daarom is Anoiksis voorstander van een verplichte evaluatie na separatie en andere vormen van dwangtoepassing. De cliënt kan dan in de evaluatie aangeven hoe de dwangmaatregel voorkomen had kunnen worden en kan zijn/haar perspectief kenbaar maken. Alleen door echt luisteren naar hoe de cliënt de behandeling ervaart, kan de zorg worden verbeterd. Daarom vindt Anoiksis de spiegelbijeenkomsten die in het rapport worden genoemd, een goed initiatief.

“De inzet van ervaringsdeskundigheid bij het terugdringen van dwangmaatregelen komt er in dit rapport een beetje bekaaid vanaf. Hulpverleners zouden er nog meer op gewezen moeten worden dat ervaringsdeskundigen een preventieve werking kunnen hebben en bij de zorg ingezet zouden moeten worden. Veel dwang vindt zijn oorsprong in verstoorde communicatie: juist op dat vlak kunnen hulpverleners veel leren van ervaringsdeskundigen.”

Als cliëntenvereniging zou Anoiksis graag zien dat gegevens over hoeveel dwang er wordt toegepast per instelling, toegankelijk wordt. Als duidelijk zichtbaar wordt waar best practices, zoals ‘de eerste 5 minuten’³³, ook daadwerkelijk tot een humanere psychiatrische zorg leiden, kan er fundamenteel wat veranderen. Dit onderzoek laat zien dat er veel losse initiatieven zijn, maar dat er weinig tot geen controle is ingebouwd. Terugdringen van dwang moet het nog te veel hebben van de goede intentie. Het wordt tijd dat het een door de cliënten af te dwingen beleid wordt.

Reactie oud-bestuurslid Cliëntenbond

De persoonlijke reactie van een cliënt luidt als volgt: “Cliënten willen graag dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen het verschaffen van algemene informatie aan naasten en persoonsgebonden behandelingsinformatie. Algemene informatie in de vorm van psycho-educatie en themabijeenkomsten kan altijd worden verstrekt; behandelingsinformatie daarentegen alleen met toestemming van de cliënt.”

“Veel cliënten zijn wars van betutteling (door personeel) of van paternalisme (door de naasten), in de zin van ‘wij weten wat goed voor je is’. Cliënten zijn daar allergisch voor geworden omdat er al zoveel ‘over hen’ in plaats van ‘met hen’ wordt besproken. In een situatie van dwang wordt voorbijgegaan aan deze gevoelig-

³³ Het project ‘De eerste vijf minuten’ voert GGZ Geestgronden uit binnen het programma van GGZ Nederland. Er zijn best practices en gewenste werkwijzen ontwikkeld voor onder andere de 1e vijf minuten bij opname van een cliënt. Uitgangspunt daarbij is dat de cliënt zich welkom, veilig en in goede handen weet, hoe verward, angstig of agressief hij /zij ook is. Dit eerste contact is van groot belang voor het vervolg. In de eerste paar minuten wordt de toon gezet. Door gerichte aandacht kan escalatie en daarmee opsluiting in de separeercel voorkomen worden.

heden. Reden temeer om in die situaties duidelijk en met regelmaat te communiceren wat tot de maatregel heeft geleid en wat er moet gebeuren voordat deze weer wordt opgeheven.”

“Personeel met een frisse blik’, dat de ‘cliënt centraal stelt’ en diens ‘mogelijkheden’ als uitgangspunt neemt in plaats van de bedreigingen en risico’s. Dát werk preventief. Dat geldt ook voor ‘het centraal stellen van de autonomie van de cliënt’. Het ‘zoveel mogelijk normaliseren’ is cliënten dan ook uit het hart gegrepen.”

De twee modellen die al eerder waren genoemd (zie paragraaf 3.5; het ‘cliënt bepaalt-model’ en het ‘vanzelfsprekendheidsmodel’) raken aan deze discussie. In het laatste model, waar een ‘veel grotere voorkeur voor is vanuit de naasten,’ wordt ‘het als vanzelfsprekend aangenomen dat de cliënt ermee akkoord is dat de familie op de hoogte wordt gesteld’. Eén en ander omdat dit in andere sectoren van de gezondheidszorg dan de ggz, bij ‘ernstige aandoeningen’ gebruikelijk is. Het bestuurslid van de cliëntenbond geeft hierbij aan “dat de ggz in dit opzicht echt een ‘andere tak van sport’ dan pure somatiek is!”

De discussie over de betrokkenheid van naasten komt terug in het Ypsilon-initiatief van de ‘triade’ en de Triadekaart. Ook hier dreigt paternalisme. Beseft moet worden dat bij een gesprek tussen behandelaars-clieënt-naasten (de triade) geen sprake is van een gelijkzijdige (lees: gelijkwaardige) driehoek! De cliënt zal vaak minder mondig, minder goed geïnformeerd en minder goed in staat zijn alle aspecten van een mening, wens of uitspraak te overzien. Dat is veelal inherent aan zijn/haar situatie. De cliënt kan gevraagd worden om de Triadekaart in te vullen: welke begeleiding van naasten is in zijn/haar ogen mogelijk en/of wenselijk? Als de naastbetrokkenen dat ook doen en als de ingevulde kaarten met elkaar matchen, wordt de begeleiding in ieder geval door beide partijen gedragen.

De ervaringskennis van naasten draagt vaak bij aan een efficiëntere behandeling; de kennis die naasten over de cliënt kan zeer waardevol zijn. Maar de cliënt kan zeer valide argumenten hebben om die naasten ‘er even niet bij te willen hebben’!

Een sprekend voorbeeld: bij een intakegesprek wordt de cliënt bijvoorbeeld gevraagd: “Bent u suïcidaal?” De cliënt kan dan ‘sociaal gewenst’ (en niet noodzakelijk naar waarheid) antwoorden omdat er naasten bij aanwezig zijn. Het zeer relevante gegeven van wel of niet suïcidaal zijn, wordt op deze manier niet meegenomen in de behandeling. Minstens een deel van de intake moet dus alleen tussen behandelaar en cliënt onder vier ogen plaatsvinden.

In het verloop van een behandeling kan de betrokkenheid van naasten veranderen. Het is daarom wenselijk bij cliënt en naasten periodiek te peilen of zij hun eerder gemaakte afspraken kunnen en/of willen handhaven. Daar kan de behandeling zijn voordeel mee doen. Aan het einde van de behandeling, als terugkeer naar huis aanstaande is, kan het logisch zijn om het contact met de naasten te intensiveren. Voor een (geslaagde) terugkeer naar het dagelijks leven is een goed functionerend sociaal netwerk immers erg belangrijk.

Ook de ‘humanisering van afdelingen’ kan als sleutel worden gezien om drang en dwang te verminderen. Personeel moet voor cliënten aanwezig, zichtbaar én bereikbaar zijn en zich niet in het kantoor afzonderen. ‘Weg uit die vissenkomp’ is dan ook het motto.

De opmerking van de cliëntenraden van de Forensisch Psychiatrische Centra 'dat ze wel gehoord worden, maar hun daadwerkelijke invloed onduidelijk is', wordt herkend. Bijna alle beleidsdocumenten beginnen met het benadrukken van het cliëntenperspectief ('de cliënt centraal'). Maar in hoeverre dit windowdressing is of daadwerkelijk wordt gerealiseerd, is nog steeds de vraag.

Het tegengaan van controle en paternalistisch gedrag en het creatiever omgaan met regels worden van harte toegejuicht. Vanuit cliëntenzijde wordt daaraan toegevoegd:

- Communiceer vooral waarom en hoe het separeren wordt beëindigd.
- Stel het behandelplan mét en niet voor de cliënt op.
- Herhaal informatieverstrekking! Informatie beklijft niet altijd even goed.

3.7 Invitational Conference voor PAAZ-medewerkers

Op 24 april 2009 heeft het Landelijk Platform GGZ met de Vereniging van PAAZ-managers een Invitational Conference georganiseerd. De resultaten van het project over dwang en drang van het LPGGz vormden de aanleiding om met elkaar van gedachten te wisselen over de vraag hoe het de komende jaren verder kan en moet met het terugdringen van dwang en drang. Als goede aanzetten voor verandering, passeerden de volgende suggesties de revue:

- Fysieke aanwezigheid van afdelingsmedewerkers zichtbaar maken door middel van een (werk)rooster.
- Een gastvrije ontvangst van de cliënt direct bij opname, waarbij iets te eten en drinken wordt aangeboden. Daar gaat een sterk deëscalerend effect van uit. Met deze suggestie wordt gerefereerd aan 'de eerste vijf minuten', één van de projecten van GGZ-Nederland.
- Het betrekken van familie: niet alleen door goed te luisteren naar de ervaringen en wensen van familie, maar ook door samen iets te doen op momenten dat de familie en de cliënt daar behoefte aan hebben en niet alleen op tijdstippen die eenzijdig door de afdeling worden bepaald.
- De autonomie van cliënten is weliswaar belangrijk, maar het is ook belangrijk dat behandelaren zich inspannen om cliënten te motiveren hun naasten bij de behandeling te betrekken.
- Samenwerken met de cliënt, of, zoals een familielid adviseerde: 'kruip in elkaars huid', denk vanuit de cliënt, dat bespaart een hoop emotie en agressie'.
- 'Wees mens en lach', is het advies van een cliëntenvertegenwoordiger. Dat is belangrijk. 'Dat leer je niet in een opleiding'.

Algemeen wordt geconstateerd dat er een paradox is ten aanzien van de bouwvoorschriften; hoewel we het separeren moeten terugdringen, is bij het bouwen van een ziekenhuis een aantal separeerruimtes verplicht. Het veranderen van die separeerruimtes in, bijvoorbeeld, comfortrooms, kost veel strijd.

De voorzitter van de Vereniging van PAAZ-en, Martijn Kraa, constateert dat dwangmaatregelen de afgelopen jaren nauwelijks een item zijn geweest binnen de PAAZ-en. De aandacht voor de financiën voerde de bovenaan. Deze bijeenkomst en het project vormen samen een prima aanleiding om het onderwerp dwang en drang op de agenda te zetten. Ook de netwerkvorming bij PAAZ-en wordt belangrijk gevonden. In netwerkverband kunnen PAAZ-en aandacht besteden aan de verschillende aspecten van het terugdringen van dwang en drang. Bijvoorbeeld door goede voorbeelden en alternatieven uit te wisselen, verbeteringen onderling te vergelijken en door samen scholingsprogramma's op te zetten.

Schaalvergroting kan kennisuitwisseling verbreden en budgettair voordeel opleveren. Het volledige verslag van de Invitational Conference staat in **bijlage 10**.

Hoofdstuk 4



Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies weergegeven volgens de negen criteria die de uitgangspunten voor de gesprekken vormden. Het onderscheid in sectoren is daarbij losgelaten. De conclusies worden, waar mogelijk, geïllustreerd met opmerkingen van cliënten(raden). Per criteria worden aanbevelingen gedaan die in hoofdstuk 5 de agenda voor de komende jaren bepalen.

4.1 Beleid

De instelling voert beleid ten aanzien van middelen en maatregelen en over alle vormen van dwangtoepassing, zoals separeren en/of isoleren. Dat beleid is totstandgekomen na samenspraak met (de officiële) vertegenwoordigers van cliënten en naastbetrokkenen. Ook bij de uitvoering en evaluatie van dat beleid worden zij betrokken.

Alle instellingen voeren beleid over middelen en maatregelen en zijn daartoe ook verplicht van overheidswege. De instellingen hebben echter geen specifieke projecten onder hun hoede die gericht zijn op het terugdringen van dwangmaatregelen. Met name het doorvoeren van een cultuurverandering van controle naar interactie is aandachtspunt. De mate waarin een cultuurverandering is doorgedrongen, hangt af van de kwaliteit en beschikbaarheid van deskundigen en personeelsbezetting. Ook de ontstaansgeschiedenis en de 'cultuurdragers' binnen een organisatie of afdeling die 'vanzelfsprekendheden' ter discussie stellen, spelen een grote rol. Aan de benaderde instellingen zijn (nog) geen familieraden verbonden. Beleid komt dus *niet* tot stand in samenspraak met (officiële vertegenwoordigers van) familie. De intentie is om familie te betrekken bij de behandeling. Hoe naasten de gang van zaken binnen de organisaties en afdelingen beleven, is onduidelijk gebleven.

Voor de **cliëntenraden** van algemene ziekenhuizen was het onderwerp dwangmaatregelen bij de start van het project niet actueel. Vrijwel alle PAAZ-en meldden geen contact te hebben met de cliëntenraden. Door een actieve benadering van de projectmedewerkers hebben uiteindelijk 17 van de 19 cliëntenraden gereageerd en hebben 15 cliëntenraden overleg gevoerd met het management van de PAAZ. Kanttekening is dat in deze cliëntenraden geen cliënten van de PAAZ-en participeren; de contacten vonden alleen plaats met het afdelingsmanagement. Dit impliceert dat er weliswaar een lijn is gelegd om ook de belangen van cliënten op de PAAZ te behartigen, maar dat de visie noch de mening van cliënten zélf gehoord zijn. De vraag is of er alternatieven zijn om cliënten te horen. De Ziekenhuisgroep Twente lijkt een goede aanzet te hebben gedaan door in 2008 een klankbordgroep samen te stellen.

In de cliëntenraden van de Forensisch Psychiatrische Centra participeren de cliënten wél. Zij voelen zich weliswaar gehoord, maar hun daadwerkelijke invloed werd uit de gesprekken niet duidelijk.

De belangen van cliënten op psychiatrische afdelingen van Universitair Medische Centra worden ten aanzien van dwang en drang niet behartigd door een officiële cliëntenvertegenwoordiging. De Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) heeft het onderwerp dwang niet op de agenda staan. Bij de cliëntenraden van de verslavingszorg leeft het onderwerp helaas ook (nog) niet. Cliëntenraden van de overige psychiatrische centra zijn actief betrokken bij beleid dat gericht is op het voorkomen van dwangmaatregelen. Een concreet voorbeeld hiervan is 'de schijf van 5' (zie 2.4).

Het actieplan richtte zich op dwangmaatregelen in zijn totaliteit. Separeren komt als maatregel het meest ter sprake. Over het algemeen is het motto: 'niet separeren, tenzij'. In de verslavingszorg, waar het toepassen van dwangmaatregelen nog maar kort mogelijk is, luidt het motto 'niet minder separeren, maar korter'. Dwangmedicatie wordt zelden genoemd als een opzichzelfstaande maatregel, wel medicatie in combinatie met separeren. De meningen over deze combinatie én het soort medicatie verschillen. Sommigen noemen het verwaarlozend om een cliënt met een psychose te separeren zónder medicatie toe te dienen. Ook over de zwaarte en de duur van de separatie verschillen de meningen; de één prefereert kortwerkende medicatie, de ander zwaardere en langdurende medicatie om een negatieve spiraal te doorbreken. Tenslotte is de overweging genoemd om actiever en eerder medicamenteus in te grijpen bij (dreigend) agressief gedrag om zo het aantal separaties te verminderen.

Fixatie wordt genoemd bij valpreventie. Een aantal ziekenhuizen werkt met een protocol 'valpreventie'. Dit betekent dat bij opname wordt gekeken naar de risico's en hoe daarmee om te gaan. Als alternatief voor fixatie wordt de verpleegdeken³⁴ genoemd en het installeren van een dwaaldetectiesysteem. Een dergelijk systeem moet ziekenhuisbreed worden aangeschaft. Naast de procedure, die over vele schijven gaat, is de financiering van een dwaaldetectiesysteem een struikelblok. Dit maakt de concretisering van het beleid op de korte termijn lastig.

Alcohol- en drugsgerelateerde problemen worden door veel instellingen genoemd als aanleiding om te separeren vanuit het oogpunt van veiligheid voor cliënt en omgeving. Novadic-Kentron opperde de relevante onderzoeksvraag 'in hoeverre gedrag dat tot separeren leidt, wordt veroorzaakt door middelengebruik'. Om die vraag te beantwoorden, zou urine van cliënten op het gebruik van middelen gecontroleerd moeten worden.

*"Is het altijd nodig om speciale kleding aan te hebben en alle spullen in te leveren?
Waarom al deze regels en niet-te-bediscussiëren vanzelfsprekendheden?"*

Aanbevelingen

- De bezochte instellingen hebben allen de intentie om dwangmaatregelen terug te dringen. Dit beleid is echter zelden schriftelijk vastgelegd. Het zou goed zijn als dit wel gebeurde. In instellingen waar cliënten zelf niet deelnemen aan de cliëntenraad, is het van belang dat gezocht wordt naar andere vormen van overleg om cliënten te horen. Spiegelgesprekken (zie paragraaf 2.2, noot 16) zijn daarvan een voorbeeld.
- De belangen van cliënten die opgenomen zijn in Universitair Medische Centra, worden behartigd door de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ). Het terugdringen van dwangmaatregelen staat daar niet op de agenda. Een overweging voor deze PAAZ-en is om naar een vorm te zoeken waarin cliënten zelf kunnen vertellen hoe zij de uitvoering van het beleid om dwangmaatregelen terug te dringen ervaren.
- Wanneer naasten (nog) niet officieel vertegenwoordigd zijn bij instellingen of afdelingen, is het raadzaam een overlegvorm te creëren waarin de betrokkenheid van naasten georganiseerd wordt.
- Het is aan te bevelen dat psychiaters de combinatie van (dwang)medicatie en/of separeren gaan problematiseren. Over de combinatie van (dwang)medicatie en separeren én het soort medicatie wordt wisselend gedacht.
- Bij vrijwel alle instellingen komt naar voren dat alcohol- en drugsproblematiek sneller tot separeren leidt vanwege het gevaar voor de cliënt en diens omgeving. Of dat werkelijk zo is verdient nader onderzoek.
- Naast de Patiëntenvertrouwenspersoon moet er naar gestreefd worden ook een Familievertrouwenspersoon aan te stellen.

34 De verpleegdeken (soms ook 'trippelhoes' genoemd) is een vorm van fixeren voor onrustige cliënten.

4.2 Voorkomen

De instelling streeft er naar om alle toepassingen van dwang te voorkomen. De instelling streeft er naar het isoleren tot een minimum te beperken.

Alle instellingen richten zich op het voorkomen van dwangmaatregelen door te letten op signalen en door interactie met cliënten te bewerkstelligen. Preventieve factoren die genoemd worden zijn: zorg op maat, deskundig én voldoende personeel, vroegsignalering, en heldere (afspraken over) regels. Het tegengaan van controle en paternalistisch gedrag en het creatiever omgaan met regels zijn overal aandachtspunten. Maar die blijken in de praktijk sterk afhankelijk van de 'cultuurdragers' binnen instellingen en afdelingen te zijn. De aanpassing van de fysieke omgeving door het creëren van een eigen kamer of een buitenruimte ziet men als preventieve factor. Kanttekening is dat bouwkundige aanpassingen lang niet altijd haalbaar zijn door trage procedures en het langdurig wachten op nieuwbouw. De regelgeving inzake ziekenhuisbouw werkt hier niet bevorderlijk. Sowieso is het verplicht om separeerruimtes te bouwen in relatie tot het aantal bedden. Regels ten aanzien van de (ver)bouw(ing) stroken lang niet altijd met het behandelbeleid. Ten slotte geven cliënten aan dat separaties soms onnodig langer duren doordat afspraken niet worden nagekomen.

"Als een verpleegkundige belooft om 15.00 uur te komen, duurt iedere minuut later een uur. Een kwartier te laat maakt me dermate onrustig dat het uiteindelijk niet meer verantwoord is dat ik terugga naar de afdeling."

"Separeren moet altijd voorkomen worden. Het werkt traumatiserend. In alle onrust en angst kom je op een kille kamer met een akelig bed. Staat er ook nog een radio aan, waardoor de hoeveelheid prikkels nog verder toeneemt met als gevolg nóg meer angst en onrust."

Aanbevelingen

- We constateren een discrepantie is tussen het verminderen van het aantal separaties en de bouw van de comfortrooms aan de ene kant en de regels van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen aan de andere kant. Het College stelt nog steeds vast hoeveel separeerruimtes er moeten komen. Die regels zouden veranderd kunnen worden.
- PAAZ-en geven vrijwel allemaal aan dat ze over onvoldoende personeel beschikken om zonodig 1-op-1 begeleiding te kunnen bieden. De mate van deskundigheid is daarbij belangrijk. Meer personeel alleen is niet voldoende. Personeel moet ook in staat zijn situaties op een psychiatrische afdeling aan te kunnen.
- Het zou goed zijn na te gaan hoeveel personeel er nodig is om intensive care te kunnen bieden en over welke deskundigheid zij moeten beschikken.

4.3 Alternatieven

De instelling zoekt naar passende alternatieven voor dwang- en drangtoepassingen, zoals deze her en der in het land met succes worden uitgevoerd. De instelling voert deze alternatieven systematisch in de organisatie in. Bij het toepassen van deze alternatieven in de praktijk van de hulpverlening, blijft de instelling permanent in contact met de betreffende cliënten en hun naastbetrokkenen.

Alternatieven worden vooral gezocht in het opstellen van signaleringsplannen, zij het dat er verschillend wordt gedacht over de haalbaarheid van het opstellen daarvan in relatie tot de vaak korte duur van de opnames. Ander punt is het levend houden van signaleringsplannen nadat die zijn opgesteld. Het komt regelmatig ter sprake dat bij (het dreigen van de noodzaak tot) separeren, 1-op-1 begeleiding is vereist die door beperkte personeelsbezetting lang niet altijd geleverd kan worden. Met name voor de PAAZ-en wekt dit enige bevreemding. Voor ernstig somatisch zieke mensen is een intensive-care of medium care geen discussie; voor ernstig psychiatrisch zieke mensen gelden blijkbaar andere normen ten aanzien van personeelsbezetting. Enkele PAAZ-en hebben door een verbouwing of herinrichting een comfortroom of een rustige ruimte gecreëerd. Jongeren gaven aan dat weliswaar het separeren is verminderd, maar dat het aantal kamerprogramma's is toegenomen. Sommige instellingen geven de voorkeur aan het benutten van de corrigerende krachten die van de cliënten zelf uitgaan. Ten slotte spreken de meeste gesprekspartners de intentie uit dat ze meer willen aansluiten bij de mogelijkheden van de cliënt en daarbij haalbare doelen stellen. Ook moet het behandelplan samen mét de cliënt in plaats van vóór de cliënt worden opgesteld.

Aanbevelingen

- Er wordt verschillend gedacht over de bruikbaarheid van signaleringsplannen als alternatief en preventief middel bij een kortere opnameduur. De overweging is dat instellingen met elkaar in gesprek gaan om na te gaan of het aan te bevelen is om signaleringsplannen op te stellen, óók bij kortere opnameduur.
- Instellingen en afdelingen die een therapeutische gemeenschap nastreven, geven aan dat 'de corrigerende krachten van de groep benut kunnen worden' en dat cliënten zelf ingeschakeld worden wanneer problemen ontstaan. Het uitwisselen van ervaringen en de discussie hierover, kan inzicht geven in hoeverre deze benadering werkelijk verantwoord is in relatie tot het terugdringen van dwangmaatregelen.
- Terwijl steeds meer geluiden opgaan dat separeren moet stoppen, is juist binnen verslavingsklinieken het separeren als een nieuwe optie ontstaan. De vraag is welke alternatieven er specifiek te bedenken zijn voor verslavingsklinieken met een afdeling dubbele diagnose anders dan separeren of stopzetten van de behandeling.
- Maak gebruik van ervaringen die elders zijn ontwikkeld.

"Het moet mogelijk blijven in een separeerruimte te verblijven, ook op eigen verzoek. De wijze waarop moet alleen anders". De jongerenraden geven aan een zachtere rustgevende ruimte te prefereren; cliëntenraden in de volwassenzorg stellen de regels ter discussie: "Het meenemen van een mobiele telefoon geeft het idee dat ik nog contact heb met de buitenwereld, terwijl ik echt niet ga bellen".

4.4 Scholing

De instelling draagt haar beleid instellingsbreed uit, op een aansprekende en motiverende manier en van hoog tot laag in de organisatie. De instelling draagt zorg voor goede scholing en informatievoorziening over wat de wettelijke (on)mogelijkheden zijn, over hoe registratie en evaluatie moeten plaatsvinden, over alternatieven voor dwang en drang, en over goede communicatie met cliënten en naastbetrokkenen. De instelling ziet er op toe dat het geleerde in de praktijk van de hulpverlening wordt toegepast.

Scholing van personeel lijkt zich primair te richten op het omgaan met fysiek en verbaal geweld. Sommigen menen dat deze training geweld juist in hand werkt. Uit de gesprekken mag afgeleid worden dat er een tendens is de scholing ook te gaan richten op kennis en vaardigheden ten behoeve van deëscalerend werken (o.a. bureau De Mat). Het maken en werken met signaleringsplannen is daar één van. Daarnaast wordt ook 'het elkaar separeren' genoemd om meer doordringen te raken van de invloed van separeren op de cliënt. Bij PAAZ-en vormt de kleinschaligheid een probleem vanwege het relatief beperkt aantal medewerkers. Daardoor is het geen optie om hele teams te trainen. Sommige PAAZ-en zoeken schaalvergroting en organiseren scholingen met collega PAAZ-en.

“Menselijke aandacht is belangrijker dan opleidingen. Met een hulpverlener die laat zien dat hij of zij ook mens is, is het gemakkelijker praten. Er moet aandacht zijn voor de cliënt, maar ook voor de verwarring zelf door na te gaan wat onrustig maakt. Het leren omgaan met emoties, dat is wat je als cliënt meestal moet leren. Verpleegkundigen gaan het gesprek vaak uit de weg uit angst dat ze het gesprek niet kunnen managen en de situatie uit de hand loopt”.

Aanbevelingen

- PAAZ-en zijn vaak te klein om zelf scholingen te kunnen organiseren. Netwerken bieden meer mogelijkheden om scholing te organiseren. Bovendien kan van elkaars expertise gebruik worden gemaakt.
- Scholingen dienen gericht te zijn op: deëscalerend werken, adequate menselijke bejegening, moreel beraad³⁵ en een positieve aanpak.
- Naast scholingen is het noodzakelijk om bij intervisie- en reflectiebijeenkomsten de separaties met het team te evalueren.

³⁵ Moreel beraad is een geleide discussie over een ethische kwestie, waarbij de deelnemers zich houden aan een strikt gespreksprotocol. Vertrekpunt van een beraad is altijd een casus uit de eigen praktijk. Doel is om deelnemers in staat te stellen een analyse van de casus te maken, en om tot een goed afgewogen, beargumenteerde visie te komen, welke zo mogelijk door iedereen wordt gedeeld. Het moreel beraad staat altijd onder leiding van een externe deskundige. Moreel beraad is geschikt als discussie- en overlegvorm met vertegenwoordigers van diverse partijen. Het biedt ook naastbetrokkenen een goed platform voor uitwisseling van gezichtspunten op voet van gelijkheid.

4.5 Naasten

Bij contact met cliënt en naastbetrokkenen respecteert de instelling de persoonlijke wensen van de cliënt en die van familie of naastbetrokkenen. Wanneer deze wensen tegenstrijdig zijn, is dit voor de instelling geen reden om deze contacten niet aan te gaan.

De gesprekspartners bij de instellingen geven aan dat de persoonlijke wens van de cliënten ten aanzien van de betrokkenheid van familie gerespecteerd wordt. De mening van de familie zelf is dus niet vernomen. Opvallend zijn de uitspraken van hulpverleners over de betrokkenheid van familie bij de behandeling. Zij stellen dat cliënten niet willen dat familie betrokken wordt; ze zouden zich mogelijk schamen voor het separeren; familie zou het contact willen begrenzen; familie moet niet belast worden. Deze uitspraken zijn niet getoetst bij familiegeledingen omdat de respons helaas ontbrak.

Er zijn ook geluiden om familie juist wél te betrekken bij het (voorkómen van) separeren en in het bijzonder bij het motiveren van de cliënt tot bijvoorbeeld het innemen van medicijnen. Ook een flexibele opstelling ten aanzien van bezoektijden en de mogelijkheid om te blijven slapen, worden regelmatig genoemd. Toch lijkt een zekere handelingsverlegenheid te bestaan hoe de familie betrokken moet worden en hoe zorg op maat aangeboden kan worden. De behoefte aan betrokkenheid kan zowel bij cliënt als naaste(n) bij na verloop van tijd anders zijn dan aan het begin van de opname. Het wel of niet betrokken willen worden is geen statisch gegeven; dat kan per situatie en per moment verschillen.

De vanzelfsprekendheid waarmee naasten bij (ernstig) somatisch zieke patiënten betrokken worden, staat in schril contrast met de gang van zaken bij ggz-instellingen, waar de cliënt bepaalt of contact met familie wenselijk is. De WGBO blijkt in de andere sectoren van de gezondheidszorg anders te worden gehanteerd. Daar hecht men juist veel belang aan een intensieve samenwerking tussen hulpverleners en familie en vind men het logisch en normaal dat familie (structureel) op de hoogte wordt gebracht (3.5).

Psycho-educatie en/of themaavonden waarbij ook naasten elkaar kunnen ontmoeten, worden regelmatig als positief beleefd. Ze werken drempelverlagend; kennis van zaken vergemakkelijkt de omgang met het opgenomen familielid. Het maken van afspraken op maat, afgestemd op de individuele behoeften van de betrokkenen, wordt gewenst. Ook worden genoemd: informeren, motiveren, betrekken en kunnen blijven slapen als dit de rust en de veiligheid bevordert, maar niet als het juist onrust teweegbrengt. De Triadekaart (3.5) kan als hulpmiddel dienen om de (on)mogelijkheden van familie en naasten in kaart te brengen en om met elkaar in gesprek te komen over de verwachtingen en wensen binnen de triade.

“De hulpverlening wil altijd de familie zoveel mogelijk betrekken. Maar je moet als cliënt ook werken aan de plaats die je zelf inneemt ten opzichte van je familie en andersom. De positie van de cliënt moet verstevigd worden zodat hij of zij het heft zelf in handen kan nemen en houden. Cliënten vinden het vaak prettig om over hun familie te praten. De regie moet wel in handen van de cliënt blijven”.

Aanbevelingen

- Naasten kunnen worden beschouwd als vanzelfsprekende gesprekspartners. Op basis van de wensen van de cliënt moet bepaald worden of algemene of persoonsgebonden informatie verstrekt wordt.
- Binnen een scholingsprogramma moet de ervaringsdeskundigheid van naasten worden benut.
- Bij geen van de benaderde instellingen was een familieraad. Een overweging voor het management is om actiever stappen te ondernemen om een familieraad te installeren, of om een andere vorm te creëren waarbinnen naasten gehoord kunnen worden over hoe zij de gang van zaken binnen de instelling en organisatie ervaren.

4.6 Veiligheid

Elke cliënt is uniek. Daarom zijn de regels binnen de instelling zó gemaakt dat elke individuele cliënt zich daarvoor beschermd weet en voelt.

Veiligheid is overal een aandachtspunt. Maar over de *beleving* van veiligheid bij cliënten zijn geen gegevens beschikbaar. De meningen over nut en noodzaak van het separeren van suïcidale cliënten, variëren. De één meent dat onveiligheidsgevoelens kunnen toenemen, de ander dat separeren uit den boze is omdat nabijheid van mensen rust en veiligheid kunnen bevorderen. Ook het cameragebruik wordt door personeel en cliënten verschillend beleefd. De ene cliënt geeft aan het een fijn idee te vinden dat er een camera is ('*dan ben je niet alleen*'). De andere beschouwt het als een ernstige inbreuk op de privacy.

Een direct verband wordt gelegd tussen veiligheidsgevoelens bij personeel en cliënten. Personeel dat zich op een afdeling veilig voelt, bewerkstelligt een klimaat waarbinnen ook cliënten zich veilig voelen. Deskundigheid, voldoende bezetting, een bekwame achterwacht zijn factoren die hierbij een rol spelen. Ook het mogen uiten van gevoelens van onveiligheid wordt genoemd. De beschikbaarheid van een deskundige achterwacht wordt in direct verband gebracht met het tegengaan van preventief separeren.

Aanbevelingen

- De meningen over het separeren van cliënten met suïcidale neigingen, in relatie tot veiligheid, zijn verre van eenduidig. Een discussie hierover in relatie tot cliëntveiligheid is dus relevant.
- De vraag is hoe veilig cliënten zich op een afdeling voelen. Welke omstandigheden bepalen dat cliënten zich veilig voelen? Welke aspecten spelen een positieve en welke een negatieve rol? Meer inzicht in de veiligheid van de omgeving kan ertoe leiden dat omstandigheden positief beïnvloed worden. En dat kan preventief werken op het gedrag van de cliënt én de werkomgeving van het behandelteam.

4.7 Registratie

De instelling heeft een nauwgezette registratie van alle vormen van dwang- en drangtoepassing en van de beslissingsmomenten die daartoe hebben geleid: ze zijn terug te vinden in het persoonlijk dossier van de cliënt, in signaleringsplannen en in centrale instellingsregistraties. De registratie vindt op een voor derden toetsbare manier plaats.

Registratie vindt plaats conform de externe verplichtingen. De noodzaak om de registratie ook voor interne feedback beschikbaar te hebben, wordt tijdens de gesprekken zeker erkend maar is nog lang niet overal gerealiseerd. De inschatting dat het aantal en de duur van separaties afneemt, kan lang niet iedereen hardmaken met cijfers. De vrees dat dwangmedicatie vervolgens zou toenemen, lijkt niet gegrond. Ten aanzien van de externe verplichtingen zijn er vraagtekens bij de betrouwbaarheid van de registraties.

Met betrekking tot registratie is er behoefte aan een landelijke uitwisseling en uniformiteit van methoden. De Inspectie adviseert alle instellingen om het Argus registratiesysteem te gebruiken ten behoeve van een betere onderlinge vergelijkbaarheid, grotere consistentie van meldingen aan de Inspectie, maar vooral om gegevens voor de instelling te genereren, per afdeling en in totaal. Bruikbare gegevens maken het mogelijk de uitvoering van het beleid te evalueren en desgewenst bij te stellen (zie paragraaf 3.2).

Aanbevelingen

- Het invoeren van een uniform registratiesysteem zoals het Argus registratiesysteem, is van groot belang om informatie voor de eigen organisatie te kunnen genereren en betrouwbare gegevens voor handen te hebben die onderlinge vergelijkbaarheid op verantwoorde wijze mogelijk maakt.
- Implementatie van het Argus registratiesysteem kost tijd. Totdat het zover is, is het aan te bevelen meldingen van dwangmaatregelen te inventariseren ten behoeve van interne feedback.
- Bij het registreren is het van belang niet alleen alle gegevens over het separeren te vermelden, maar ook kamerprogramma's.

4.8 Evaluatie

De instelling evalueert individuele gevallen van dwangtoepassing, maar evalueert dwang- en drangtoepassing ook voortdurend op instellingsniveau. Op beide niveaus worden hierbij de (vertegenwoordigers van) cliënten en familie/naastbetrokkenen betrokken. Als zodanig maken deze evaluaties onderdeel uit van het kwaliteitsbeleid van de instelling.

De meeste instellingen geven aan dat separaties worden geëvalueerd met cliënten. Een aantal noemt als verbeterpunt dat het evalueren meer gestandaardiseerd zou moeten plaatsvinden omdat het nu nog te veel afhankelijk is van de individuele behandelaar. In het algemeen geven instellingen aan meer geluiden van cliënten te willen horen. Ze organiseren zelf activiteiten om feedback te krijgen, zoals spiegelgesprekken op PAAZ-en of evaluatielijsten met vragen en exitgesprekken. De respons van de cliënt houdt niet altijd over, maar de vraag is hoeveel energie in cliënten gestopt wordt om hen tot deelname te motiveren. Evaluatie met familie wordt alleen in relatie tot de jongeren genoemd.

“Hoewel hulpverleners doorgaans van goede wil zijn, is er per definitie sprake van ongelijkheid in de relatie. Een cliënt is op zijn of haar hoede en kan emoties niet kwijt. De dreiging van isoleren werkt vlakheid in de hand hetgeen ook consequenties heeft voor het evalueren. De vraag is of de cliënt werkelijk durft te zeggen en te laten zien hoe de dwangmaatregel ervaren is”.

Aanbevelingen

- Het evalueren van separaties moet gestandaardiseerd worden, bijvoorbeeld door dit in het cliënten-dossier op te nemen.
- Het evalueren van separaties moet in de loop der tijd herhaald worden om het eventuele traumatiserend effect van separaties te kunnen vaststellen.
- Evaluatie impliceert tweerichtingsverkeer waarbij degene die de separatie heeft uitgevoerd ook betrokken wordt en op zijn of haar handelen reflecteert.
- Een overweging is om niet diegene die heeft gesepareerd, maar juist een onafhankelijke buitenstaander met de cliënt te laten evalueren zodat de cliënt werkelijk durft te zeggen hoe de bejegening tijdens het separeren werd beleefd.
- De resultaten van de evaluaties dienen in intervisiebijeenkomsten met het behandelteam te worden besproken.
- Bij het evalueren moeten de naasten, de derde triadepartij, eveneens worden betrokken, ná overleg met de cliënt.

4.9 Informeren

De instelling heeft cliënten er bij opname van op de hoogte gesteld dat het mogelijk is om 'per direct' een second opinion te laten uitvoeren door een onafhankelijke professional naar keuze van de cliënt. Cliënten kunnen daar ondersteuning bij krijgen. Ook familie en naastbetrokkenen worden op deze mogelijkheid gewezen.

Instellingen informeren cliënten over hun rechten en plichten, over de aanwezigheid van de Patiëntenvertrouwenspersoon, over de regels op de afdeling etc. Opvallend is dat bij de Forensisch Psychiatrische Centra geen Patiëntenvertrouwenspersoon is aangesteld. De suggestie dat cliënten al bij opname op de hoogte worden gesteld van de maatregelen wanneer het misgaat, wordt door één psychiatrische afdeling als 'voorbarig en onnodig beangstigend' aangegeven. Argument daarbij is dat separeren sporadisch voorkomt en het dus bij opname niet zinvol is daar al informatie over te verstrekken. De beleving van cliënten- en naasten, die dit immers rechtstreeks aangaat, wordt hierbij gemist.

Aanbevelingen

- Cliënten en naasten moeten proactief geïnformeerd worden over hun rechten en plichten. De insteek moet zijn om informatie actief onder de aandacht te brengen én te houden, zodat cliënten en naasten ook werkelijk op de hoogte zijn van hun rechten en plichten.
- Binnen de Forensisch Psychiatrische Centra is geen PVP-er aangesteld. Ook binnen de Forensisch Psychiatrische Centra moet een PVP-er actief kunnen zijn.



Agenda voor de toekomst

Voor het LPGGz vormen de conclusies en aanbevelingen uit dit rapport concrete aanknopingspunten voor de collectieve belangenbehartiging nu en in de toekomst. Het LPGGz is van mening dat dwang in alle deeltereinen van de psychiatrie tot het uiterste moet worden teruggedrongen. Daar waar het als ultimum remedium toegepast wordt, dienen strenge (veiligheids)normen en procedures nageleefd te worden. Het LPGGz wil naar een humane psychiatrie toe, waarbij de wensen en behoeften van cliënten leidend zijn voor behandeling, begeleiding en verblijf en niet het zorgaanbod.

Positief is de cultuurverandering die bij professionals op de werkvloer en managers gaande is; zij leren anders omgaan met de noden van psychiatrische cliënten. Daar waar nodig moet het wettelijk kader de rechtspositie en de rechtsbescherming van cliënten versterken die met dwang in de ggz te maken krijgen. Preventie, vroegsignalering en innovatie in de zorg, waaronder het ontwikkelen en implementeren van alternatieven, moeten blijvend worden gestimuleerd voor het verder terugdringen van dwang.

Het LPGGz zoekt naar mogelijkheden voor samenwerking met zorginstellingen en met relevante beroepsgroepen, zoals psychiaters en verpleegkundigen. De randvoorwaarden die nodig zijn voor het optimaliseren van de ggz, vereisen een toereikend financieel budget. Bezuinigingen en uitholling van de aanspraak op zorg hebben een averechts effect.

Uit de conclusies en aanbevelingen distilleert het LPGGz onderstaande tien 'agendapunten voor de toekomst':

1. Meer aandacht voor specifieke groepen in ggz

Uit het rapport blijkt dat het onderwerp 'dwang' onderbelicht is in de forensische zorg, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en Universitair Medische Centra, verslavingszorg en in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het LPGGz zal bij relevante veldpartijen en ook bij de politiek, aandacht vragen voor deze specifieke groepen. Doelstellingen hierbij zijn het creëren van draagvlak in het veld en het mede opstellen en helpen implementeren van gerichte actieplannen voor het terugdringen van elke vorm van dwang. Het LPGGz wil erop toezien dat er meer (cijfermatig) inzicht komt met betrekking tot de mate waarin dwang (dwangbehandeling en middelen en maatregelen) wordt toegepast.

Naast meer transparantie zal het Platform ook inzetten op de openbaarheid van kwantitatieve gegevens, zodat cliënten en naastbetrokkenen per instelling kunnen nagaan op welke wijze dwang en alternatieven voor dwang worden ingezet. Naast de themagroep³⁶ verplichte ggz, heeft het LPGGz voor de kinder- en jeugdpsychiatrie een aparte themagroep ingesteld, bestaande uit leden van zijn achterban. De situatie voor kinderen onder de 12 jaar in relatie tot dwang, is voor het LPGGz een speerpunt. Vanuit de themagroepen zullen de komende jaren gerichte activiteiten plaatsvinden.

³⁶ Het Landelijk Platform GGz werkt met zeven themagroepen, waaronder de themagroep Verplichte ggz en de themagroep Familiebeleid.

2. Betere rechtspositie ggz cliënten en rol naasten

Het verbeteren van de rechtspositie van cliënten en hun naastbetrokkenen, zal een stimulans betekenen voor het vormgeven van instellingsbeleid met betrekking tot dwang. Het LPGGz volgt het wetstraject Wet verplichte ggz³⁷ op de voet in relatie tot de wetstrajecten Forensische zorg, Zorg en Dwang en de Wet Cliëntenrechten Zorg. Daar waar nodig zet het LPGGz belangenbehartiging en beleidsbeïnvloeding in om ervoor te zorgen dat de vervanger van de huidige wet BOPZ een betere rechtsbescherming biedt dan de actuele situatie. Het LPGGz participeert in de stuurgroep van de pilotcommissies verplichte ggz. Het LPGGz maakt zich hard voor een zorgvuldig voortraject, voorafgaand aan de afgifte van een machtiging, waarbij de cliënt, diens omstandigheden, en voorkeuren en wensen centraal staan. In de toekomstige commissies verplichte ggz zal het cliënt- en familieperspectief goed vertegenwoordigd moeten zijn. Daarnaast dient de interne rechtspositie van cliënten verbeterd te worden. Het LPGGz is ook actief met het bevorderen van de triade in de ggz, waarbij familie en andere naastbetrokkenen meer dan nu het geval is, betrokken worden bij de zorg. De themagroep Familiebeleid³⁸ van het LPGGz is drukdoende met het verbeteren van het familiebeleid in de instellingen.

3. Meer zeggenschap cliënten en naastbetrokkenen

Het rapport toont aan dat er veel te verbeteren valt aan de zeggenschap van de onderzochte cliëntengroepen. Het LPGGz zal in samenwerking met de lidorganisaties, met name het LOC³⁹ en de SLKF⁴⁰, aandringen op het gestalte geven aan enige vorm van goede collectieve medezeggenschap, waarbij cliënten en naastbetrokkenen ook daadwerkelijk gehoord worden. Dit kan door het instellen van meer cliëntenraden en daarbij te letten op de samenstelling van de raad. Ook het bevorderen van het instellen van familieraden en familie-vertrouwenspersonen is een actiepoint. Dit laatste wordt via de themagroep Familiebeleid van het LPGGz opgepakt.

4. Veiligheid in het vizier

Cliëntveiligheid in ggz instellingen en met name bij dwang, vraagt de komende tijd veel aandacht van het LPGGz. Het Platform neemt deel aan de Stuurgroep Cliëntveiligheid van GGZ Nederland. Veiligheid rondom dwang is hierbij een van de prioriteiten. Het Platform zal een normenkader voor cliëntveiligheid rondom dwang vanuit het cliënt- en familieperspectief vaststellen. Dit normenkader zal in de toekomst onderdeel uitmaken van het bredere normen- en handboekskader in de ggz rondom cliëntveiligheid. In uiterste situaties, wanneer dwang moet worden ingezet, dient dit zorgvuldig en veilig te gebeuren. Het LPGGz zal specifieke aandacht vragen voor dwangmedicatie, fixatie en het gebruik van dwang bij suïcidaliteit.

Voor het verhogen van de kwaliteit van de zorg is het daarnaast belangrijk dat calamiteiten, incidenten en andere ongeregelde zaken in de ggz gemeld en geëvalueerd worden (veiligheidsmanagementsysteem). Het structureel evalueren via intervisie op de werkvloer en met de cliënt, van alle vormen van toegepaste dwang (inclusief middelen en maatregelen), geeft aanknopingspunten voor verbeteringen van de zorg.

Het LPGGz zal stimuleren dat er meer structureel onafhankelijk kwalitatief onderzoek wordt gedaan naar ervaringen van cliënten die met dwang te maken hebben (gehad). Inzicht in omstandigheden waarbij cliënten zich veilig of onveilig voelen is uiterst belangrijk voor het vormgeven van cliëntveiligheid op instellingsniveau.

37 In het kader van het wetstraject Wet Verplichte ggz (als vervanger van de BOPZ) wordt per arrondissement een multidisciplinaire commissie ingesteld met een psychiater, jurist en een algemeen lid, bij voorkeur vanuit cliënt- en familieperspectief. De commissie moet advies uitbrengen aan de rechter over afgifte van een zorgmachtiging. In opdracht van het ministerie van VWS is besloten om 4 pilots te doen (Amsterdam, Rotterdam, Groningen en Utrecht) en met deze commissies te experimenteren.

In deze pilotcommissies participeren leden van lidorganisaties van het LPGGz. Voor dit experiment is een stuurgroep ingesteld die de ontwikkelingen volgt en waarin het LPGGz zitting heeft.

38 Zie noot 35.

39 Landelijke Organisatie Cliëntenraden.

40 Stichting Landelijke Koepel Familieraden in de GGz.

Bij veiligheid dient ook de veiligheid op het instellingsterrein een rol te spelen, bijvoorbeeld in relatie tot drugstoevoer of het opzetten van forensische afdelingen op het terrein.

Een relevante conclusie uit het rapport is dat een veilige werkomgeving voor het personeel een vereiste is. In de praktijk blijkt dat personeel dat zich veilig voelt, minder snel geneigd is om dwang te gebruiken. Er ontstaat een sfeer waarbij meer ruimte is voor preventieve handelingen (deëscaleren) en voor alternatieven. Personeelstekort en gebrek aan deskundigheid vormen een ernstig risico voor de cliëntveiligheid. Voor het LPGGz reden genoeg om krachtig in te zetten op voldoende en goed geschoold personeel.

5. Intensieve ggz

Steeds vaker klinkt de roep om analoog aan de somatische zorg, ook in de ggz intensieve geestelijke gezondheidszorg (IC-ggz) te realiseren. Voor acute en intensieve zorg van mensen met een ernstig lichamelijk probleem is het vanzelfsprekend dat ziekenhuizen speciaal opgeleid personeel in dienst hebben dat patiënten constant monitort op specifieke units met de modernste en duurste zorgapparatuur. Hoogste tijd dat dergelijke intensieve zorg ook in de ggz gemeengoed wordt. Mensen met ernstige ggz-zorgvragen hebben recht op gespecialiseerde intensieve zorg. Het LPGGz zal als één van de veldpartijen betrokken zijn bij het formuleren van kwaliteitscriteria voor IC-ggz. Eén van de vragen die hierbij beantwoord moet worden is waar dergelijke IC-units het best gesitueerd kunnen worden. Het ontwikkelen van IC-units mag uiteraard niet ten koste gaan van de verdere ontwikkeling van alternatieven voor dwang en de noodzakelijke cultuurverandering in ggz-instellingen.

6. Alternatieven voor dwang

Het LPGGz is verheugd over het feit dat er veel geïnvesteerd wordt in het ontwikkelen en toepassen van alternatieven voor dwang. Het LPGGz neemt actief deel aan het vervolproject Dwang en Drang van GGZ Nederland en sluit, waar mogelijk, graag aan bij andere initiatieven vanuit het veld. Met name de borging en verdere verspreiding van best practices staan hoog op de agenda. Het LPGGz zal in overleg met Zorgverzekeraars Nederland kijken op welke wijze best practices in het terugdringen van dwang een rol kunnen spelen bij de zorginkoop. Uitgangspunt hierbij zijn de negen geboden voor het terugdringen van dwang van het LPGGz (zie **bijlage 2**: beoordelingscriteria).

Speerpunt voor het LPGGz is het onder de aandacht brengen van ervaringsdeskundigheid van cliënten bij het terugdringen van dwang. Deze ervaringsdeskundigheid is een waardevolle inspiratiebron voor het professioneel handelen. Ook wil het LPGGz de discussie aangaan in de verslavingszorg over het gebruik van dwang. De roep om separatie in de verslavingszorg vindt het LPGGz verontrustend. Het LPGGz is uiterst kritisch op beleid van instellingen waarbij cliënten fysiek helpen bij het separeren van medecliënten⁴¹.

7. Registratie van dwang

Uitgangspunt voor het LPGGz is een landelijke, betrouwbare en uniforme registratie van alle vormen van dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen in de ggz. Het LPGGz zal in overleg met ondermeer de Inspectie, monitoren in hoeverre de Argusregistratie in de praktijk wordt toegepast en of deze toereikend is. Onduidelijke gegevens over de aard en omvang van dwang in de psychiatrie moeten verdwijnen. Transparantie over dwang is belangrijk, niet alleen voor de handhaving van de wet, maar is ook van grote waarde voor directie en bestuur van ggz-instellingen.

Het LPGGz vindt dat (anonieme) meldingen van cliënten en naastbetrokkenen over dwang in de ggz via één landelijk meldpunt mogelijk moet zijn. Indien de financiële voorwaarden zijn gecreëerd, kan het meldpunt

41 De Inspectie voor de Sanctietoepassing heeft in hun rapport van maart 2009 de Van der Hoeven Kliniek hierop aangesproken. Het toepassen van fysieke dwang is wettelijk voorbehouden aan inrichtingspersoneel.

bij het LPGGz of bij één van zijn leden worden ondergebracht. Analyse van deze meldingen kan waardevolle informatie opleveren voor signalering richting de Inspectie (handhaving) en voor bijvoorbeeld de belangenbehartiging. Mogelijk kan ook de Ombudsman hierbij een rol spelen.

8. Individueel toezicht

Het formuleren van randvoorwaarden voor toereikend onafhankelijk toezicht op individueel niveau bij de uitvoering van dwang, is een kernpunt voor het LPGGz. Ook voor de ambulante dwang moet hierover worden nagedacht. Het LPGGz wil laten onderzoeken welke partijen hierbij een rol moeten of zouden kunnen spelen. De taken van de Inspectie zouden hierop kunnen worden aangepast. Hiervan is vooralsnog geen sprake. De Stichting PVP⁴² zou een mogelijke signalerende rol kunnen vervullen, maar daarover bestaat onduidelijkheid. Helaas is de PVP niet voor alle ggz-doelgroepen makkelijk toegankelijk. De nieuwe commissies Verplichte Zorg⁴³ zouden een dergelijke taak kunnen krijgen, maar daarvoor ontbreekt momenteel het draagvlak in het veld. Kortom; het vraagt de komende tijd nadere bestudering en overleg met stakeholders. Een langgekoesterde wens vanuit het LPGGz is de invoering van Tripartite-toezichtscommissies: een van de instelling onafhankelijke combinatie van cliënt, naastbetrokkene en onafhankelijke zorgverlener die steekproefsgewijs onderzoek verricht naar de situatie van cliënten in ggz-instellingen. Het LPGGz wil in 2010 kijken of een pilot-project kan worden gestart.

9. Optimale informatievoorziening

Er valt nog veel te verbeteren aan de informatie over de ggz-zorg aan cliënten en aan naastbetrokkenen. Het LPGGz is in samenwerking met GGZ Nederland, de Consumentenbond en de NPCF⁴⁴ bezig tweezijdige algemene leveringsvoorwaarden te formuleren. Toereikende informatie is hierbij een belangrijk onderdeel in het kader van 'informed consent'⁴⁵ en het kennen van wederzijdse rechten en plichten. In de behandelingsovereenkomst worden informatievereisten vastgelegd, zowel mondeling als schriftelijk. Deze informatie moet volledig, tijdig, betrouwbaar en begrijpelijk zijn. Niet alleen voor cliënten en naastbetrokkenen, maar ook voor hulpverleners is het onduidelijk wat wel en niet mag volgens wet- en regelgeving, waar iemand kan aankloppen voor hulp en ondersteuning, hoe dwang kan worden voorkomen, etc. Het LPGGz denkt mee met de ontwikkeling van een informatieve website in opdracht van het ministerie van VWS. Daarbij is het van groot belang om naast helderheid over bestaande wetgeving, vooral veel aandacht te besteden aan het cliënt- en familieperspectief en aan inspiratiebronnen voor alternatieven.

10. Bouwmaatstaf separeer en afzondering

Het College bouw zorginstellingen heeft een maatstaf ontwikkeld voor separeer- en afzonderingsruimtes. Voor instellingen met een BOPZ-erkenning en één of meerdere gesloten units, is de maatstaf het uitgangspunt voor de (ver)bouw van dergelijke ruimtes. De bouwmaatstaf is tevens het toetsingskader voor de Inspectie bij het goed- of afkeuren van separeer- en afzonderingsruimtes. In het licht van de ontwikkeling van intensieve geestelijke gezondheidszorg, alternatieven voor dwang en van het normenkader cliëntveiligheid zal het LPGGz de huidige bouwmaatstaf onder de loep nemen. Onderzocht zal worden in hoeverre de bouwmaatstaf voldoet of dat aanpassingen nodig zijn.

42 Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon.

43 Zie noot 36.

44 Nederlandse Cliënten en Consumenten Federatie.

45 Informed consent is het recht van cliënten op informatie en inzage in het medisch dossier én het recht om zelf te beslissen over de behandeling.

○○○C **Bijlagen**

Bijlage 1 Kwaliteitscriteria voor dwang en drang

(Berghmans et al, 2001)

1. Besef dat dwang en drang onderdeel uitmaken van de psychiatrische praktijk en dat die praktijk wordt gekenmerkt door tegenstrijdige verplichtingen
2. Tegenstrijdige verplichtingen leiden tot ambivalente gevoelens en emoties bij collega's, bij de cliënt en bij de familie. Schenk aandacht aan die gevoelens. Ga creatief om met spanningen.
3. Beschouw dwang en drang in het kader van zorg. Ingrepen zijn alleen te rechtvaardigen in een context van betrokkenheid. Ze vereisen aandacht, verantwoordelijkheid, deskundigheid en afstemming. Uitgangspunt in het proces van zorgverlening is het overleg tussen hulpverleners, cliënt en familie. Hulpverleners dienen ervoor te zorgen dat verschillende betrokkenen een inbreng hebben in het zorgproces.
4. Dwang en drang vereisen goede communicatie. Besteed aandacht aan bejegening, openheid, afspraken maken, contact houden. Onderhandelen en overtuigen kunnen situaties van dwang voorkomen, maar dienen tijdens de dwangtoepassing te worden vermeden.
5. Reflecteer op het doel van het ingrijpen. Kijk daarbij niet alleen naar het afwenden van gevaar, maar stel de vraag of en hoed een interventie zal bijdragen aan de mogelijkheden van de cliënt om de greep op zijn eigen leven te behouden en te vergroten. Reflectie op het doel van dwang- of drangtoepassing betekent ook dat deze geen routines worden.
6. Reflecteer op de middelen. Wees je bewust van de variatie in het scala aan interventies. Gebruik niet meer ingrijpende maatregelen dan nodig. Wees flexibel, respectvol en tactvol.
7. Plaats dwang en drang in een tijdsperspectief. Probeer anticiperend te werk te gaan. Maak vooraf afspraken met de cliënt en zo mogelijk ook met de familie. Wees transparant over het ingrijpen en de gevolgen daarvan. Evalueer iedere toepassing van drang of dwang met de cliënt en de familie. Probeer in overleg met de betrokkenen er lessen uit te trekken voor het toekomstig omgaan met elkaar. Zorg voor institutionele vormen van evaluatie.
8. Streef naar adequate randvoorwaarden (deskundigheid, beschikbaarheid, bouwkundige voorzieningen, voorlichting, protocollering) en onderneem actie waar deze ontbreken.

Bijlage 2 Beoordelingscriteria

Waar letten we op als we met instellingen in contact komen?

1. De instelling voert beleid over middelen en maatregelen, over alle vormen van dwangtoepassing, zoals separeren of isoleren. Dat beleid is tot stand gekomen na samenspraak met (de officiële) vertegenwoordigers van cliënten en naastbetrokkenen. Ook bij de uitvoering en evaluatie van dit beleid worden zij betrokken.
2. De instelling streeft er naar om alle toepassingen van dwang te voorkomen. De instelling streeft er naar het isoleren tot een minimum te beperken.
3. De instelling zoekt naar passende alternatieven voor dwang- en drangtoepassingen, zoals deze her en der in het land met succes worden uitgevoerd. De instelling voert deze alternatieven systematisch in de organisatie in. Bij het toepassen van deze alternatieven in de praktijk van de hulpverlening blijft de instelling permanent in contact met de *betreffende* cliënten en hun naastbetrokkenen.
4. De instelling draagt haar beleid instellingsbreed uit en op een aansprekende en motiverende manier, van hoog tot laag in de organisatie. De instelling draagt zorg voor goede scholing en informatievoorziening over wat de wettelijke mogelijkheden en onmogelijkheden zijn, over hoe registratie en evaluatie moet plaatsvinden, over alternatieven voor dwang en drang, en over goede communicatie met cliënten en naastbetrokkenen. De instelling ziet er op toe dat het geleerde in de praktijk van de hulpverlening wordt toegepast.
5. Bij contact met cliënt en naastbetrokkenen respecteert de instelling de persoonlijke wensen van de cliënt, én die van familie of naastbetrokkenen. Wanneer deze wensen tegenstrijdig zijn, is dit voor de instelling geen reden om deze contacten niet aan te gaan.
6. Elke cliënt is uniek. Daarom zijn de regels binnen de instelling zó gemaakt dat elke individuele cliënt zich daardoor beschermd weet en voelt.
7. De instelling heeft een nauwgezette registratie van alle vormen van dwang- en drangtoepassing en van de beslissingsmomenten die daartoe hebben geleid: ze zijn terug te vinden in het persoonlijk dossier van de cliënt, in signaleringsplannen, en in centrale instellingsregistraties. De registratie vindt op een voor derden toetsbare manier plaats.
8. De instelling evalueert individuele gevallen van dwangtoepassing, maar evalueert dwang- en drangtoepassingen ook voortdurend op instellingsniveau. Op beide niveaus worden hierbij de (vertegenwoordigers van) cliënten en familie/naastbetrokkenen betrokken (vergelijk 1.). Als zodanig maken deze evaluaties onderdeel uit van het kwaliteitsbeleid van de instelling.
9. De instelling heeft cliënten er bij opname van op de hoogte gesteld dat het mogelijk is om 'per direct' een *second opinion* te laten uitvoeren door een onafhankelijke professional naar keuze van de cliënt. Cliënten kunnen daar ondersteuning bij krijgen. Ook familie en naastbetrokkenen worden op deze mogelijkheid gewezen.

Deze criteria vormen de basis voor gesprekken met diverse geledingen binnen ggz-instellingen, instellingen voor verslavingszorg en forensische psychiatrie. Elk criterium levert specifieke vragen op die per sector en per instelling verschillend kunnen zijn, afhankelijk van het soort zorgverlening, de aanwezigheid van separeerruimtes, het gehanteerde kwaliteitssysteem, de gebruikte registratie-systemen etc.

07112008

Bijlage 3 Programma conferentie Dwang en Drang 4

Conferentie • zaterdag 29 november 2008 • Dwang & drang 4

Datum	Zaterdag 29 november 2008
Tijd	10.00 uur tot 16.00 uur
Plaats	Regardz De Eenhoorn, Amersfoort, tegenover centraal station Amersfoort
Dagvoorzitter	Gee de Wilde
Toegang	Gratis, koffie, thee en lunch zijn gratis

Toelichting

De werkgroep 'Dwang & Drang' van het LPGGz organiseert voor de vierde achtereenvolgende keer een najaarsconferentie over het terugdringen van dwang en drang in de ggz-hulpverlening. Ging het in voorafgaande jaren over alternatieven voor dwang toepassingen en over de versterking van de triade cliënt-naastbetrokkene-hulpverlener, dit jaar staan de negen criteria voor een goed dwang en drangbeleid van instellingen centraal. Deze criteria worden toegepast bij het dwang en drangproject van het Landelijk Platform dat begin 2009 wordt afgerond.

Negen criteria

Sinds de commotie rond een van de Amsterdamse klinieken, staat dwang en drang weer volop in de publieke belangstelling. Gelukkig is de algemene teneur dat dwangtoepassingen moeten worden uitgebannen, vooral het separeren. Het LPGGz beijvert zich al sinds haar oprichting voor het terugdringen van dwang en drang en wil ook de komende jaren samen met alle betrokken partijen zoeken naar de beste manieren om dat te bereiken. De negen criteria voor een goed dwang en drangbeleid zijn daarbij de meetlat.

Wat gaan we doen?

We gaan op 29 november kijken hoe het gaat bij het terugdringen van dwangtoepassingen. Daarbij gebruiken we de negen criteria als negen geboden. Onderaan het programma staat ze nog eens genoemd. In twee sessies van een uur praten managers, hulpverleners, cliënten en naastbetrokkenen met elkaar over wat ze hebben bereikt bij het terugdringen van dwangtoepassingen en wat er in de nabije toekomst moet gebeuren. Daarnaast krijgen deelnemers de kans om kennis te maken met **De Mat**, een methode voor onderhandelingen in hulpverleningssituaties, waarmee positieve resultaten bereikt worden.

Programma

9.30-10.00	Ontvangst en koffie
10.00-10.10	Opening door Marjan ter Avest, directeur LPGGz. Vervolgens is het woord aan Gee de Wilde, dagvoorzitter
10.10-10.30	Project Dwang en Drang van het LPGGz. Maria Wassink vertelt over haar eerste bevindingen met het project.
10.30-12.00	Vraaggesprekken met genodigden o.l.v. Gee de Wilde Over de negen geboden voor een goed dwang-en-drangbeleid
12.00-12.45	Lunch
12.45-13.45	De Mat: toelichting en demonstratie door Bas van Raaij. Een methode voor onderhandeling in hulpverleningssituaties, waarmee positieve resultaten worden bereikt.
13.45-15.00	Rondetafelgesprekken onder leiding van de genodigden
15.00-15.55	Samenvatting, conclusies en vooruitblik , onder leiding van de dagvoorzitter.
16.00-	Sluiting door Ria Trinks, voorzitter werkgroep Dwang en Drang, LPGGz

Feestelijke voortzetting met borrel en muziek van de Electric Space Cowboys
Ian Rijksen, zang en drums, Theo Wijdeven, bas, Jules Tielens, psychiater bij het Rehabteam Mentrum.

De negen geboden

1. **Maak beleid** over dwang en drang na raadpleging van cliënten en naastbetrokkenen.
2. **Voorkom** het gebruik van dwangmaatregelen.
3. **Gebruik alternatieven**.
4. **School personeel** in het voorkomen van dwangmaatregelen en in het gebruik van alternatieven.
5. **Betrek naastbetrokkenen** wanneer er sprake is van dwang, zonder de regie van de cliënt aan te tasten.
6. **Werk** aan het gevoel van **veiligheid** voor personeel en cliënt.
7. **Registreer** vrijheidsbeperkende maatregelen om inzicht te krijgen in het terugdringen van dwang.
8. **Evalueer** vrijheidsbeperkende maatregelen zowel met cliënten als op instellingsniveau.
9. **Informeer** cliënten actief, tijdig en regelmatig over regels, rechten en plichten, mogelijkheden voor second opinion, klachtenregeling en het inschakelen van patiëntenvertrouwenspersonen.

Praktische informatie

Aanmelden: dwangendrang4@platformggz.nl

Informatie: Ria Trinks, voorzitter werkgroep Dwang & Drang, riatrinks@hotmail.com

Organisatie: Margriet Paalvast, 030-2363765, dwangendrang4@platformggz.nl

Reiskosten van cliënten kunnen achteraf worden gedeclareerd. Informatiemateriaal kan worden meegebracht; er zijn tafels voor een informatiemarkt aanwezig. Na afloop krijgt u een drankje op vertoning van de consumptiebon uit de congresmap. Voor de consumpties daarna kunnen munten worden gekocht bij de balie.

Dank aan alle medewerkers van de Dwang en Drang conferentie 2008:

Marjan ter Avest Directeur Landelijk Platform GGZ

Gerben Broekmaat Aandachtsfunctionaris Dwang en Drang project Symfora

Fré Domisse groep Met 3 leden: Kasper vd Berg; Irma de Hoop; Monica Scholten, vpk.

Ernst Franzek Psychiater, Bouwman GGZ Verslavingszorg

Polle Henkelman Ypsilon

Grace Herrmann GGZ Nederland

Hans Hiltmann Patiënten Vertrouwens Persoon

Liesbeth Honig Beleidsmedewerker LOC-LPR

Tineke de Jong Cliëntenbond

Heico Klumpen Cliëntenbond

Heidi de Kam Projectleider Dwang en Drang project Symfora

Alie Masselink Cliëntenraad Dimence

Pelle Oosting Cliëntenraad Dimence

Maarten Muis Anoiksis, bestuurslid

Paula Ottink Opleidingen Erasmus MC

Bas van Raay Psycholoog, Stichting De MAT

Martin Roeten Geneesheer-directeur Altrecht

Roland van der Sande Onderzoeker en docent bij BAVO Europaort en Hogeschool Utrecht

Jolijn Santegoeds Actiegroep Tekeer tegen de Isoleer

Cécile aan der Stegge Verpleegkundige en filosoof

Steunpunt GGZ Utrecht Ervarensdeskundigen bij dwang en drang-preventie

Jules Tielens Psychiater Rehab team Arkin/Mentrum

Marieke van der Ven Psychiater FACT teams GGZ- NHN

Ties van der Ven Familieraad GGNet

Jan Verheijen Cliëntenbond, bestuurslid

Yolande Voskes Onderzoeker Tweestedenziekenhuis Tilburg en Universiteit Maastricht

Gee de Wilde Projectleider Dwang en Drangproject LPGGz

Maria Wassink Projectmedewerker Dwang en Drangproject LPGGz

Fred Wong-Lun-Hing Psychiater/psychotherapeut PAAZ, Amphia Ziekenhuis Breda

Organisatie en informatie: Ria Trinks

Met bureau-ondersteuning van LPGGz: Margriet Paalvast, Joke de Wit en Ellis van de Bilt

Bijlage 4 Verslag 4e Dwang en Drang conferentie

De 9 geboden van dwang & drang

Verslag vierde Dwang en Drang conferentie van het LPGGz Amersfoort 29 november 2008

Ruim tweehonderd mensen kwamen op 29 november jl. op hun vrije zaterdag uit het gehele land naar De Eenhoorn in Amersfoort om met elkaar te praten over het terugdringen van dwang en drang in de ggz.

Welkom

In haar welkomstwoord benadrukt **Marjan ter Avest**, directeur LPGGz, dat de cliëntenbeweging al decennialang vecht om dwang en drang in de ggz te beteugelen. Dwang- en drangmaatregelen passen niet in een beschaafd land. Inmiddels is ook duidelijk dat er veel goede alternatieven zijn. De trieste gebeurtenissen waardoor het SPDC Oost gesloten is, zijn een voorbeeld van slechte zorg. In Nederland wordt relatief veel meer gesepareerd dan in de ons omringende landen.

In het afgelopen jaar zijn tientallen instellingen bezig met het terugdringen van separeren. Belangrijk is dat hiervoor een cultuurverandering noodzakelijk is. Het LPGGz wil graag samenwerken met alle betrokken partijen aan dit veranderingsproces en er ook voor zorgdragen dat het onderwerp op de agenda blijft. Belangrijk aandachtspunt voor de komende periode is het borgen en consolideren van goede praktijken.

Naast het project 'terugdringen van dwang en drang' ondersteunt het LPGGz cliënten- en familieorganisaties bij vele andere projecten om de zorg te verbeteren. Bijvoorbeeld met het project waarbij zeven cliëntenrechten in één wet geïntegreerd worden. Bij alle projecten is een centraal aandachtspunt: de triade cliënt-behandelaar-familie.

Introductie

Dagvoorzitter **Gee de Wilde**, projectleider LPGGz van het project 'dwang en drang', kijkt rond en merkt op dat een vaste kern begint te ontstaan die al voor de vierde keer aanwezig is. Hij is verheugd te zien dat zo'n grote groep het belangrijk vindt om met dit onderwerp bezig te zijn. Hij wil voor aanvang van deze bijeenkomst niet alleen even stilstaan bij de in september jl. in de separeer van het SPDC Oost overleden Wim Maljaars, maar ook bij het in de zomer zeer plotselinge overlijden van **Hylke van Zwol**, de gewaardeerde voorzitter van de werkgroep 'mantelzorg' van het LPGGz. Vervolgens licht hij kort het programma toe. Het LPGGz heeft negen criteria opgesteld voor het terugdringen van dwang en drang; aan de hand van deze 'negen geboden' zal **Maria Wassink** haar onderzoek presenteren. Daarna zal gebod na gebod de revue passeren in interviews met de personen die 's middags de rondetafelgesprekken begeleiden. 's Middags is een demonstratie van een onderhandelingsmethode 'de Mat', waarna het officiële gedeelte wordt afgesloten met een terugkoppeling van de rondetafelgesprekken.

Presentatie actieplan van het project 'dwang en drang'

*Een zware verkoudheid was onvoldoende om **Maria Wassink**, projectmedewerker bij het LPGGz, te verhinderen een presentatie te houden. De eerste bevindingen worden getoond van het actieplan dat het LPGGz heeft opgesteld voor het terugdringen van dwang en drang in de psychiatrie.*

Doel

Doel van het actieplan is de discussie over het onderwerp verder op gang te brengen én te houden. Het actieplan is gericht op instellingen die niet meedoen met het grote project van GGZ Nederland over het terugdringen van dwang, en op cliëntenraden en familie geledingen. Er zijn 46 instellingen benaderd: 24 PAAZ-en, 12 instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, 4 forensisch-psychiatrische klinieken, 2 verslavingsklinieken en 4 algemene psychiatrische centra. In die instellingen zijn gesprekken gevoerd met managers, eerste geneeskundigen, leden van de Raad van Bestuur en verpleegkundigen. Leidraad voor de gesprekken vormden 'de negen geboden.'

Cliëntenraden

Doel van de gesprekken was om een beeld te krijgen van het beleid dat instellingen voeren om dwang en drang tegen te gaan en van de wijze waarop ze dat beleid uitvoeren. Het Landelijk Platform is uiteraard ook benieuwd hoe cliënten de uitvoering van beleid ervaren. Dat was niet gemakkelijk. Cliëntenraden van algemene ziekenhuizen blijken bijvoorbeeld lang niet altijd contact te hebben met de psychiatrische afdelingen. Door het actief bestoken van cliëntenraden is er nu toch toe een behoorlijk aantal raden in gesprek met het management van de PAAZ-en over de vraag: 'Hoe doen wij het hier in ons ziekenhuis?'. Dat is een mooi resultaat, want daarmee is al een belangrijk doel van het actieplan bereikt: de discussie op gang brengen én houden. Omdat Maria Wassink nog geen familieraden heeft ontmoet, heeft ze contact gelegd met verenigingen zoals Ypsilon en de Nederlandse Vereniging voor Autisme. Dit deel van het project is nog lopend.

Opmerkelijke bevindingen

De activiteiten lopen nog door tot het eind van dit jaar maar zij wil toch alvast een tipje van de sluier oplichten en een aantal opmerkelijke zaken noemen.

Positief is dat elke instelling bezig is met het terugdringen van dwang. Er zijn echter grote verschillen tussen instellingen als het gaat over de mate waarin men bezig is met het thema. Opvallend was dat er een duidelijke wens bestaat om een één-op-één begeleiding te kunnen bieden bij ernstige situaties. Helaas wordt vaak aangegeven dat de middelen te beperkt zijn om dat te realiseren. Wat ook opvallend is, is dat ernstig lichamelijk zieke patiënten intensive care krijgen maar dat ernstige psychische zieke cliënten alleen gelaten worden in de separeer.

Dat cliënten heel goed zelf kunnen aangeven wat er verbeterd kan worden, wordt geïllustreerd aan de hand van een verhaal van een cliënt: "De verpleegkundige zegt dat ze om 15.00 uur terugkomt; vanaf 14.45 begin ik op de klok te kijken; ik tel de minuten af tot 15.00. Maar om 15.00 : helemaal niemand; ook niet om 15.05 of om 15.10 uur. Als dan eindelijk iemand komt om 15.15 uur ben ik dermate onrustig dat ik nog niet terug mag naar de afdeling". Het nakomen van afspraken lijkt al een simpele stap op de goede weg.

Opmerkelijk was ook dat er snel gesproken wordt in algemeenheden door management en hulpverlening: 'Cliënten willen hun familie er niet bij'. De vraag is of dat voor iedereen geldt, en of dat niet meer in de hoofden zit van hulpverleners dan van cliënten. Verder is opmerkelijk dat scholing in eerste instantie gericht is op het omgaan met verbale en lichamelijke agressie. Misschien zou juist scholing gericht op proactief deëscalend handelen de insteek moeten zijn. Instellingen moeten dwangmaatregelen registreren maar lang niet alle gesprekspartners konden aangeven hoe het met hun cijfers zit of konden een vergelijking geven over meerdere jaren. Registreren is weliswaar een externe verplichting, maar cijfermateriaal is onmisbaar om na te gaan 'hoe je het als afdeling doet'.

Conclusie

Voorlopige conclusie is: 'Het draait allemaal om communicatie en interactie; de bereidheid te luisteren en met een cliënt samen te werken, de bereidheid te luisteren naar familie en de bereidheid kritisch naar het eigen handelen als hulpverlener te kijken'. Maria Wassink eindigt met de oproep: 'Na een cultuur van beheersing moeten we naar een cultuur van interactie.' Of zoals jongeren van het RMPI zeiden: 'Niet separeren maar repareren'. In het voorjaar van 2009 zijn alle bevindingen te lezen in de eindrapportage.

Vervolgens

De dagvoorzitter wil graag weten hoe de verhouding is tussen cliënten, familieleden en hulpverleners in de zaal. Er is een licht overwicht van cliënten en een ongeveer gelijke vertegenwoordiging van familieleden en hulpverleners. In die laatste groep zijn verpleegkundigen in de meerderheid, gevolgd door managers en psychiaters. Hij blikt terug op de drie vorige conferenties. Aanvankelijk ging het vaak over het inventariseren van initiatieven om dwang en drang terug te dringen. Vorig jaar stond de triade cliënt-familie-hulpverlener centraal. Dit jaar komen de negen geboden bij het terugdringen van dwang en drang aan bod. Heel goed is dat dit jaar ook veel instellingen uit het project van Maria Wassink vertegenwoordigd zijn. Dat zijn dus instellingen die **niet** deelnemen aan het project van GGZ Nederland.

De negen geboden

1. Maak beleid over dwang & drang na raadpleging van cliënten en naastbetrokkenen.

Martin Roeten, geneesheer-directeur van Altrecht, wordt bevraagd over het nieuwsitem op het journaal van Altrecht naar aanleiding van het gebeuren in SDPC Oost. Hij zegt: 'We hadden geluk dat de NOS het hele verhaal over het voetlicht wilde brengen. Het fundamentele probleem is dat om separatie terug te dringen, een verandering van cultuur en van communicatie met cliënten nodig is.' Voor Altrecht toestemming gaf om mee te werken was er een interne discussie: 'Hebben we wel wat te melden, is het niet een te tricky onderwerp, kunnen we ons niet beter gedeisd houden?' Besloten is om niet een terugtrekkende beweging te maken maar het gewoon te doen. Het beleid van Altrecht is om de stem van de mensen in de keten te versterken maar bij kwetsbare groepen is dat het meest moeilijk. Op de opnameafdelingen wisselen psychiaters snel, dan is een cultuurverandering moeilijk want je hebt 'cultuurdragers' nodig. Altrecht wil voor deze cultuurverandering samenwerken met de cliëntenraad, familieraad en ervaringsdeskundigen.

Hilly Beuving, ervaringsdeskundige bij het Steunpunt GGZ Utrecht, vertelt over het project in Altrecht: 'Samen zicht op separeer' dat een onderdeel is van het grotere project over terugdringen van dwang en drang. Zij heeft meegewerkt aan het opzetten van een training voor medewerkers waarin aandacht wordt besteed aan de fase die voorafgaat aan de separatie, de uitvoering van de separatie en de evaluatie. Zij vertelt dat deelneming wel verplicht is voor medewerkers en heeft gemerkt dat er onderling openheid ontstaat. Zij geeft het voorbeeld van een training aan 40 medewerkers waar veel onderlinge discussie over het onderwerp ontstond.

Gerda Ebing, ervaringsdeskundige in hetzelfde project, vertelt dat ervaringsdeskundigen onderling veel ervaringen uitwisselen wat de onderlinge band versterkt. De ervaringen worden ook gebundeld waardoor signalen kunnen worden afgegeven aan hulpverleners.

2. Voorkom het gebruik van dwangmaatregelen

Marieke van de Ven, psychiater bij de (F)ACT-teams van GGZ Noord Holland Noord vertelt over de wisselende intensiviteit van de zorg die (F)ACT-teams kunnen bieden waardoor in een crisissituatie soms meerdere keren op één dag contacten bestaan met een ambulante cliënt. Als dan toch opname noodzakelijk blijkt, wordt geprobeerd deze niet 'crisisachtig' te laten verlopen. Geprobeerd wordt om de politie erbuiten te houden. Tijdens een stabiele periode wordt met de cliënt de mogelijkheid van een Rechterlijke Machtiging en een signaleringsplan besproken. De (ambulante) psychiater blijft ook tijdens de opname contact houden met de cliënt. Dat deze aanpak succesvol is, blijkt uit het gegeven dat het aantal separaties met 20% per jaar is teruggedrongen. Op één afdeling is de separeer zelfs gesloten. Marieke zegt: 'Zodra er separeers zijn, dan worden ze gebruikt'.

Roland van de Sande, onderzoeker bij BAVO Europoort, vertelt dat de druk op opname-afdelingen is toegenomen; de afgelopen 10 jaar is het aantal gedwongen opnames verdubbeld. Toch heeft een training aan de medewerkers van twee units een reductie tussen de 50- en 70% gegeven van het aantal separatie-uren. Maar het kost tijd om de cultuur te veranderen; hij schatte dat daar zo'n vier of vijf jaar mee is gemoeid. Belangrijk is om incidenten te bespreken, dat leidt tot bewustwording.

Ernst Franzek, psychiater bij Bouman Verslavingszorg, vertelt dat het soms onvermijdelijk is om psychotische cliënten die drugs hebben gebruikt, te separeren. Het beleid in de instelling is om separaties zo kort mogelijk te laten duren. Bij 80% van de separaties is de cliënt er binnen een dag uit. Dat heeft ook te maken met het verstrekken van de goede medicatie. Dit beleid vergt veel energie, vooral als er sprake is van agressie en bedreiging van de hulpverleners. Zijn motto is vooral: 'niet minder separeren, maar korter'.

3. Gebruik alternatieven.

Gerben Broekmaat, aandachtsfunctionaris dwang en drang bij Symfora, vertelt dat daar bij separaties veel wordt gewerkt met één-op-één begeleiding. Iemand gaat niet van de huiskamer direct naar de separeer maar eerst naar de voorruimte. Dat volstaat in veel gevallen. Bij opname is er ook veel aandacht voor de ontvangst van de cliënt. Er wordt naar gestreefd om overdag cliënten niet alleen te laten in de separeer. Dit heeft ook te maken met voldoende personeelsbezetting. Ook komt het voor dat een cliënt wel naar de separeer gaat maar de deur niet op slot wordt gedaan.

4. School personeel in het voorkomen van dwangmaatregelen en in het gebruik van alternatieven.

Paula Ottink, werkzaam bij Erasmus MC afdeling opleidingen, zegt dat in Erasmus niet alleen trainingen 'fysieke beheersing' worden gegeven maar dat ook er veel aandacht uitgaat naar het voortraject bij separaties. Verpleegkundigen geven vaak aan dat zij communicatieve vaardigheden missen. Hiertoe worden units in de gelegenheid gesteld om de training 'de Mat' te volgen, die vanmiddag op het programma staat. Units kunnen dan hun eigen onderwerpen aandragen. De trainers worden geschoold om erop te letten dat er aandacht is voor het borgen van die onderwerpen.

Annelies Kellian, als trainer werkzaam voor dezelfde organisatie, zegt dat het veiligheidsgevoel van medewerkers na de training toeneemt. Als er dan dwang moet worden toegepast, voelen medewerkers zich ook gelegitimeerd, 'want we hebben toch de training gehad?'. De dagvoorzitter vraagt of de training niet drempelverlagend werkt voor het toepassen van fysieke technieken. Dit is inderdaad een valkuil zegt zij; medewerkers hebben de technieken geleerd dus dan moeten ze ook worden gebruikt. Om deze valkuil te vermijden is er veel aandacht voor zelfreflectie en evaluatie na een separatie. Vanuit de zaal merkt iemand op dat als hulpverleners zich veiliger voelen na een training, ze misschien juist minder snel overgaan tot dwang.

Wim Faas, werkzaam bij Eleos 'De Fontein' in Bosch en Duin, vertelt dat het beleid in zijn instelling gericht is op gezondheidsbevorderend gedrag en het voorkomen van escalaties. Er bestaan samenwerkings-overeenkomsten tussen psychiaters en verpleegkundigen om na incidenten direct beleid te ontwikkelen. Cliënten wordt ook verantwoordelijkheid gegeven door ze de vraag te stellen; 'Hoe kunnen we je helpen om te voorkomen dat escalatie ontstaat?'

Kasper van den Berg werkzaam bij Rivierduinen en lid van de Fré Domissegroep legt eerst aan de aanwezigen uit wie Fré Domisse was. Zij was een Nederlandse schrijfster die in 1929 het boek 'Krankzinnigen' schreef over haar eigen ervaringen met een opname. In het boek roept zij op om op meer menselijke wijze om te gaan met cliënten. Voor Kasper en andere leden van de groep is zij een inspiratiebron om te werken aan cultuurverandering in de ggz. Dat doen zij onder andere door 'learning by doing'; een team verpleegkundigen ontvangt een ander team dat met een kritische blik meekijkt tijdens het werk. Als discussieonderwerp voor de middag brengt hij de stelling in: 'Het beroep van verpleegkundige kun je niet leren'.

Ria Trinks, voorzitter van de werkgroep 'dwang en drang' van het LPGGz, vraagt in dit verband aandacht voor de leesmap voor de deelnemers, waar onder andere een artikel in zit van verpleegkundige Irma de Hoop 'De angst geïsoleerd'. Irma is ook lid van de Fré Domisse groep.

5. Betrek naastbetrokkenen wanneer er sprake is van dwang, zonder de regie van de cliënt aan te tasten.

Polle Henkelman, lid van de Vereniging Ypsilon, benadrukt het belang van het betrekken van familie vanaf het begin van de opname. Je kunt denken aan een familiekaart of een keuzekaart waarop duidelijk staat wat wel en wat niet te doen. Als de cliënt de regie heeft, dan bepaalt hij/zij uiteraard zélf wat er moet gebeuren. Maar als hij/zij (tijdelijk) de regie kwijt is, dan is het des te belangrijker dat er familie kan worden ingeschakeld. De dagvoorzitter vraagt of de hulpverleners blij zijn als familie beschikbaar is op het moment dat de cliënt de regie kwijt is. Polle vertelt uit eigen ervaring dat hulpverleners dat wel eens helemaal niet zijn.

Ties van der Ven, ondersteuner van de familieraad van GGNNet vertelt over een project in zijn instelling waar op twee crisisafdelingen wordt gewerkt met de keuzekaart. Bij het begin van de opname krijgt een cliënt een coördinator, ook voor de familie. De behoefte van de familie wordt op de kaart ingevuld. Daarmee zijn de verwachtingen van de betrokkenen helder gemaakt. Uit onderzoek blijkt dat slechts 3% van de cliënten niet wil dat familieleden worden betrokken bij de opname.

Bas van Raay van Stichting De Mat zegt dat zijn ervaring is dat 70-80% van de hulpverleners het omgaan met familieleden een heikel punt vindt, maar er absoluut wel voor open staat. Het is meer een kwestie van niet de juiste aanpak kennen, dan van onwil.

6. Werk aan het gevoel van veiligheid voor personeel en cliënt.

Pelle Oosting van de Cliëntenraad van Dimence, vertelt over een project om het gevoel van veiligheid te vergroten bij cliënten en medewerkers. Bij het begin van het project werden er vooral veel ervaringen uitgewisseld. Later is een 'schijf van 5' ontwikkeld met normen die worden gebruikt bij terugdringen van dwang en drang.

Tineke de Jong van de Cliëntenbond vertelt over de training 'cliënten trainen medewerkers' die ontwikkeld is door cliënten om bewustwording te bevorderen bij medewerkers. In die training is bijvoorbeeld ook aandacht voor non-verbale aspecten in de communicatie. Ook is er een apart onderdeel over dwang ingebouwd in de training.

Ali Masselink, van de cliëntenraad van Dimence, vertelt ook over trainingen door cliënten. Zij hoort van deelnemers dat de voorbeelden uit de training 'blijven hangen', soms 5 jaar na dato en dat die voorbeelden nog steeds inspirerend kunnen zijn bij het werk.

Jan Verheijen van de Vereniging van Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB), zegt dat bij het thema veiligheid een uitgangspunt zou moeten zijn; de cliënt als volwassen persoon zien. Een cliënt voelt zich onveilig als hij niet wordt gehoord. De cliënt moet de ruimte krijgen om de regie te nemen. Dat kan soms betekenen dat de psychiater risico moet durven nemen. Bijvoorbeeld als de cliënt aangeeft minder lithium te willen slikken omdat hij zich zo tam voelt. Een belangrijk verschil is ook of een cliënt een gevoel van geborgenheid heeft of een gevoel van afhankelijkheid.

Maarten Muis, bestuurslid van Anoksis, vertelt dat er vaak een gemis aan communicatie is met cliënten in een psychose. De hulpverlener 'zit verstopt in een hokje'. Het kan dan gebeuren dat ingrijpen met dwang als heel 'plotseling' wordt ervaren. Als er dan dwang moet worden toegepast, besteed dan ook aandacht aan het uitleggen van de maatregel. Juist door miscommunicatie ontstaat achterdocht bij de cliënt. Wederzijds onbegrip kan worden voorkomen als cliënt en hulpverlener beter communiceren.

Hanne Fennis, werkzaam bij Maxima MC in Eindhoven vertelt dat daar de separeer is wegbezuinigd en dat voor separatie moet worden teruggevallen op een locatie in Veldhoven. Gevolg is dat er geen crisisopnames meer zijn in Eindhoven. Wat nog wel kan gebeuren is dat er een crisis ontstaat tijdens de opname. Dan zou er moeten worden overgeplaatst naar Veldhoven. Aangezien dat voor niemand prettig is, wordt er nu veel kritischer gezocht naar alternatieven. Hulpverleners stellen zichzelf vragen als 'voel ik mij veilig in dit team' of 'voel ik me veilig bij mezelf' en 'voel ik mij veilig met de middelen waarover ik kan beschikken?'.
De dagvoorzitter vraagt zich af of door deze bezuiniging mooie dingen kunnen ontstaan.

Simone Haasnoot, ook van Maxima MC meldt dit zelf inderdaad al ervaren te hebben.

7. Registreer vrijheidsbeperkende maatregelen om inzicht te krijgen in het terugdringen van dwang en drang.

Grace Herrmann is projectleider dwang en drang bij GGZ Nederland. Zij is betrokken bij de 42 lopende projecten en vertelt dat op 11 december een presentatie van de gebundelde resultaten zal worden gegeven. Bij aanvang van de projecten was er vaak sprake van onderregistratie. Er is een nieuw registratiesysteem ontwikkeld, 'Argus' genaamd. Dit wordt nog weinig gebruikt. Een doel van registreren is om meer zicht op de eigen instelling te krijgen en vergelijking met andere instellingen mogelijk te maken. Een ander doel is om de situatie in Nederland inzichtelijk te maken. Dit levert op dit moment nog geen volledig beeld op. Niet duidelijk is bijvoorbeeld of nu meer cliënten worden opgenomen in een politiecel. Tot slot benadrukt zij dat het niet de bedoeling is dat na 11 december alle projecten ophouden. GGZ Nederland zal er alles aan doen om de projecten niet te laten inzakken.

Heico Klumpen, lid van de Cliëntenbond, vertelt over een nieuwbouwproject in Deventer met vier separeers. Gemiddeld is er maar één bezet. Gevolg is echter dat de 'buren' cliënten voor de separeer sturen, en je wilt je burens toch niet afvallen. Dit is een dilemma. Daarom is het belangrijk dat niet op één locatie van een instelling aandacht is voor het terugdringen van dwang en drang, maar dat dit instellingsbreed gebeurt.

8. Evalueer vrijheidsbeperkende maatregelen met cliënten en op instellingsniveau.

Heico Klumpen vertelt over de invoering in zijn instelling van een evaluatieformulier na een separatie, zo'n 10 jaar geleden. Dat is echter niet goed van de grond gekomen. Toch is hij ervan overtuigd dat een incident als in SPDC Oost, voorkomen had kunnen worden als daar zo'n evaluatieformulier werd gebruikt.

Yolande Voskes, onderzoeker bij de universiteit van Maastricht en bij het Tweesteden-ziekenhuis in Tilburg, vertelt over een onderzoek dat zij doet. Zij verzamelt ervaringen van cliënten en hulpverleners bij separaties door interviews af te nemen. Bedoeling is dat beiden kennis nemen van het wederzijds perspectief. Resultaat is dat de instelling actief bezig is met het onderwerp. Zij wil vanmiddag graag verder praten over het gegeven dat evaluaties na separaties bijna altijd belangrijk worden gevonden, maar dat het slechts op weinig plaatsen gebeurt.

9. Informeer cliënten actief, tijdig en regelmatig over regels, rechten en plichten, mogelijkheden voor second opinion, klachtenregeling en het inschakelen van patiëntenvertrouwenspersonen.

De dagvoorzitter vraagt Hans Hiltemann, patiëntenvertrouwenspersoon bij de Stichting PVP, of hij vaak tegenkomt dat cliënten slecht zijn geïnformeerd over hun rechten. Hans zegt dat hem opvalt dat er regelmatig twee visies zijn op rechten: de visie van de cliënt en de visie van de hulpverleners. Een hulpverlener zegt bijvoorbeeld tegen een cliënt; 'Als je dit doet dán mag je dat'. Terwijl het om iets gaat waar de cliënt gewoon recht op heeft. Bij separatie, vindt hij, moet het altijd om intensive care gaan; de belangrijkste vraag moet zijn hoe we een cliënt uit de separeer krijgen. Bij de projecten van GGZ Nederland vraagt hij zich wel af of de afname van dwang niet betekent dat er bijvoorbeeld meer drang ontstaat. Hij zegt dat cliënten ook wel op hun eigen kamer worden opgesloten en dat dat niet wordt geregistreerd. Zo'n kamerprogramma is niet een echt alternatief voor separatie.

Grace Herrmann zegt dat misschien op de korte termijn dergelijke alternatieven voor separatie ontstaan maar na een echte cultuurverandering zullen deze op de lange termijn afnemen. Opsluiten op de eigen kamer, waarbij de cliënt niet zelf de kamer kan verlaten, moet trouwens wel worden geregistreerd, zegt ze. Bij de vraag of er in instellingen 'kamerprogramma's' worden gebruikt, gaan er voorzichtig zo'n vijf handen de lucht in. Martin Roeten vertelt dat in zijn instelling 'naar buiten separeren' wordt toegepast en dat deze maatregel ook wordt geregistreerd. De cliënt wordt dan gevraagd een tijdje naar buiten te gaan om de spanning te ontlasten. In duinen en bossen kan dat natuurlijk makkelijker dan in de stad.

Tot slot van het ochtenddeel vraagt de dagvoorzitter aan Jolijn Santegoeds van de actiegroep 'Tekeer tegen de isoleer' of zij nog iets wil toevoegen aan alles wat deze ochtend naar voren is gebracht. Zij haalt haar schouders op en zegt: 'Sloop die hokken!'.

Johannes van Duurenprijs

Cecile aan de Stegge vraagt aan het einde van de ochtend aandacht voor een bijzondere prijs; een reproductie van het beeld dat vanaf 1949 voor het hoofdgebouw van Santpoort heeft gestaan. Het beeld is ter ere van een mannelijke en een vrouwelijke opzichter, werkzaam bij een instelling in Nijmegen eind 18e eeuw. Zij hebben de hokken waarin cliënten werden opgesloten opengedaan. Zij handelden niet zozeer vanuit een bepaalde opleiding maar uit intuïtie en christelijke overtuiging. Vorig jaar is deze prijs voor het eerst uitgereikt aan Justine Theunissen van De Gelderse Roos. Dit jaar wordt hij uitgereikt aan de verpleegkundige die zich het meest heeft onderscheiden bij het terugdringen van dwang en drang. De uitreiking vindt plaats op 11 december tijdens de conferentie van GGZ Nederland. Cecile vraagt of de aanwezigen willen meedoen aan de nominatie voor de verpleegkundige die in 2009 de prijs zou moeten krijgen. Zo kunnen cliënten en naastbetrokkenen ook meedenken over de kandidaten. Dat wil men wel.

De Mat

Na de lunch is er de presentatie van **Bas van Raay**, 'de Mat' over training van interactie-vaardigheden die kunnen helpen bij het terugdringen van dwang en drang. De training is inmiddels in vele varianten gegeven aan hulpverleners, cliënten en familieleden. Belangrijke leerdoelen in de training voor hulpverleners zijn bijvoorbeeld; leren om de verantwoordelijkheid te laten waar die hoort, duidelijk te zijn over eigen grenzen, de cliënt "los" te laten, eenduidig te communiceren en te luisteren. De methode wordt met twee casussen toegelicht met behulp van twee dappere vrijwilligers die hun casus op het podium naspelen.

Daarna starten de rondetafelgesprekken. Kleine en grote groepen enthousiaste, gemotiveerde deelnemers hebben dan een plekje gevonden in de Rondeelzaal of in de foyer. Thee wordt ter plekke geserveerd. Van de negen geboden valt het zevende gebod af. Aan het einde van de middag krijgt elke tafel de gelegenheid om een korte terugkoppeling te geven.

Rondetafelgesprekken

1. Maak beleid over dwang en drang na raadpleging van cliënten en hun naasten.

Tijdens de bespreking is naar voren gebracht dat het nodig is dat afdelingen meer prikkels krijgen tot verandering en dat een organisatie nieuwsgierig moet zijn naar de mogelijkheden om betere zorg te bieden. Soms voelen verpleegkundigen zich verwaarloosd door het management. Het management moet begeleiding en ondersteuning aan verpleegkundigen bieden. Belangrijk is dat de pvp en de klachtencommissie actief signaleren over dit onderwerp. Afdelingen moeten ook meer van elkaar leren, niet alleen via top-down communicatie. Daarbij is van belang dat het management beleid maakt en heldere standpunten inneemt. Ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld bij de training 'Cliënten trainen hulpverleners' maar ook bij opname van een cliënt op een afdeling en bij lotgenotencontacten. De slotboodschap van een ervaringsdeskundige is: 'Behandel de ander zoals je zelf behandeld wil worden, bundel alle informatie over dit onderwerp bijvoorbeeld op één website en geef meer aandacht aan de rol van de familie'.

2. Voorkom het gebruik van dwangmaatregelen

Bij dit gesprek is benadrukt dat intensieve ambulante hulp opnames kan voorkomen. Uitgangspunt is de ambulante hulp, de kliniek is ondersteunend. Het gebruik van crisiskaarten kan opname voorkomen, net als het vroegtijdig oppikken van signalen van familie en cliënt. Aandachtspunt is dat de verzekeraar maar vijf bezoeken vergoedt van de ambulante psychiater aan de opgenomen cliënt. Onderhandelingen met zorgverzekeraars zijn dus ook van belang. Zorgverzekeraars moeten kunnen zien dat deze aanpak de kwaliteit van de zorg verhoogt, gebruik cijfers uit jaaroverzichten om dit aan te tonen. Ervaringsdeskundigen die nog wel het vertrouwen van de cliënt hebben, kunnen ook worden ingezet bij het voorkomen van separaties.

3. Gebruik alternatieven.

Belangrijk is om bij opname eerst contact te maken met de cliënt als mens: 'Wil je wat eten, wil je roken, wil je even naar buiten?' Als het niet klikt met de ene hulpverlener dan moet een andere kunnen worden ingeschakeld. Bij het eerste contact met een cliënt kan het helpen wanneer een vertrouwenspersoon van de cliënt aanwezig is. De eerste vijf minuten bij een opname zijn van groot belang, maar ook de eerste vijf minuten bij aanvang van een dienst. Als het eerste contact niet goed is verlopen, moet dit goed worden geëvalueerd. Als hulpverlener moet je soms erkennen dat je niet alle vaardigheden in huis hebt. Ervaringsdeskundigen kunnen hulpverleners helpen in het bijhouden van hun vaardigheden.

4. School personeel in het voorkomen van dwangmaatregelen en in het gebruik van alternatieven.

Bij dit onderwerp is een ervaringsverhaal verteld van iemand die drie maanden in een separeer heeft doorgebracht. Daarna is gediscussieerd over de stelling 'separatie is cultuur'. Om separatie terug te dringen is een krachtenbundeling nodig en een multidisciplinaire aanpak. Scholing en het uitwisselen van ervaringen kunnen bijdragen aan een cultuurverandering. Instellingen moeten blijven investeren om het proces op gang te houden. Ook is nog gediscussieerd over de stelling 'verplegen kun je leren'. De meeste deelnemers aan de

discussie stonden neutraal tegenover deze stelling. Na afloop zijn emailadressen uitgewisseld om met elkaar contact te kunnen houden.

5. Betrek naastbetrokkenen wanneer er sprake is van dwang, zonder de regie van de cliënt aan te tasten.

Hier is aan de orde gekomen dat het belangrijk is niet alleen familie maar ook de naaste omgeving van de cliënt te betrekken bij dwang. Er zijn veel ervaringen uitgewisseld, positieve maar ook negatieve. Betrokkenheid van naasten en familie heeft het beste resultaat als zij bij de gehele behandeling worden betrokken en niet alleen bij dwangmaatregelen. Erkenning van de autonomie van de cliënt is belangrijk, maar net zo goed die van de familie.

6. Werk aan het gevoel van veiligheid voor personeel en cliënt.

Aan deze tafel zijn tien nieuwe geboden geformuleerd voor het vergroten van het gevoel van veiligheid:

- Personeel moet zichtbaar zijn op de afdeling.
- Personeel moet betrouwbaar zijn: afspraak is afspraak.
- Gedrag van personeel moet begrijpelijk zijn.
- Personeel moet eerlijk zijn over eigen twijfels.
- Belangrijk is het contact van mens tot mens.
- Goede informatie is belangrijk.
- Personeel moet eigen angst onderkennen
- Personeel moet bewust zijn van nonverbale communicatie.
- Personeel moet aandacht hebben voor de fysieke omgeving.
- Personeel moet in staat zijn tot vroegsignalering.

Tot slot voegt iemand nog toe: 'Oh ja, en die vissenkom mag ook afgebroken worden'. Waarmee het verpleegkundigenkantoortje werd bedoeld.

8. Evalueer vrijheidsbeperkende maatregelen zowel met cliënten als op instellingsniveau. (gebod 7 is niet in een rondetafelgesprek besproken).

Dat evalueren belangrijk is, werd door iedereen onderschreven. Maar hulpverleners hebben daar vaak geen tijd voor en vinden het soms ook te confronterend. Ook is niet bij iedereen duidelijk wat een goede methode is om deze evaluatiegesprekken te voeren. Iemand formuleert een mooi motto: 'er is altijd een reden om 'nee' te zeggen maar verzin eens een reden om 'ja' te zeggen'.

9. Informeer cliënten actief, tijdig en regelmatig over regels, rechten en plichten, mogelijkheden voor second opinion, klachtenregeling en het inschakelen van patiëntenvertrouwenspersonen.

In deze groep is gesproken over gevolgen voor de cliënt als dwang en drang wordt teruggedrongen. Genoemde voordelen zijn: 'niet meer gesepareerd worden' en 'het vergrote gevoel van autonomie'. Een nadeel dat werd genoemd is dat er ook gevoelens van machteloosheid kunnen ontstaan over wie de regie heeft. Een tweede onderwerp dat aan bod kwam is of de creativiteit van hulpverleners groter wordt als er geen dwang en drang meer mogelijk is. Iemand vertelde uit eigen ervaring dat dit zeker zo is, zelfs zonder dat er extra personeel nodig is. Echter, de mogelijkheid bestaat dat de hulpverleners overgaan tot alternatieven die op gespannen voet staan met de cliëntenrechten, zoals het opsluiten in de eigen kamer. Er zijn veel praktijkvoorbeelden besproken. De conclusie, in de vorm van een open vraag, luidde: 'Wordt het creativiteit of illegaliteit?'. Belangrijk is ook alternatieven voor dwang en drang te toetsen aan de bestaande regels.

Afsluiting

Bij de afsluiting zegt **Ria Trink**s dat het interessant is om te zien hoe de conferenties zich in de loop van de afgelopen vier jaar hebben ontwikkeld. Ging het aanvankelijk over het inventariseren, vaak op een vrij emotionele manier en wat er allemaal gebeurde op het gebied van dwang en drang, nu is er ook aandacht voor de verschillende praktijken die zijn ontwikkeld om dwang en drang terug te dringen. Van een sfeer van oppositie ontstaat nu meer en meer een bereidheid tot samenwerken in de **triade**. De vraag is niet meer *of* we met separeren moeten stoppen, maar *hoe* we dat het beste gezamenlijk kunnen doen. Ze kondigt aan dat de Dwang en Drang conferenties van het LPGGz door zullen gaan, '...tot er niet meer gesepareerd wordt, en dwang en drang tot een minimum zijn teruggedrongen'. Alle sprekers en medewerkers aan de rondetafelgesprekken worden bedankt met een kunstwerk. Zij heeft nog een extra woord van dank voor dagvoorzitter **Gee de Wilde**. Hij nam vier jaar geleden het initiatief tot oprichting van de werkgroep Dwang en Drang en is eveneens al vier jaar lang de inspirerende dagvoorzitter van deze conferentie's. Ook hij krijgt een kunstwerk.

Hylke van Zwolprijs voor Ria Trink

Het slotwoord is aan **Marjan ter Avest**. Na het overlijden van Hylke van Zwol, een groot voorvechter voor de stem van familie en cliënt binnen ggz-instellingen, is besloten om een 'Hylke van Zwolprijs' in het leven te roepen. Die prijs zal jaarlijks worden uitgereikt aan iemand die zich bijzonder heeft ingespannen voor het versterken van de triade cliënt-hulpverlener-familie. De prijs, een bronzen beeldje van drie mensen die elkaar vasthouden, wordt dit jaar toegekend aan **Ria Trink**s. Zij werd door **Marjan ter Avest** geprezen om haar jarenlange inzet voor de werkgroep Dwang en Drang van het LPGGz en voor de manier waarop zij de rol van familie en naastbetrokkenen heeft weten te versterken. **Ria Trink**s wist van niks en reageerde blij verrast.

En dan beginnen zo langzamerhand de geluiden van een verdieping lager door te dringen die duidelijk maken dat de befaamde **Electric Space Cowboys** van plan zijn om het nog enige tijd onrustig te laten zijn in De Eenhoorn. Er wordt naar hartelust meegezongen en gedanst, onder het genot van een drankje, totdat om 18.00 uur de laatste bezoekers zeer vermoeid en zeer voldaan de Eenhoorn verlaten. Velen nemen afscheid van elkaar met de woorden: 'Tot volgend jaar!'

*Verslag: Ton Stoop
12 december 2008*

Bijlage 5 Samenvatting Plan van Aanpak

Project Dwang en Drang van het Landelijk Platform GGz

“De ambitie van GGZ Nederland is om het separeren in Nederland op nul te krijgen”.

(Jos de Beer, directeur van deze brancheorganisatie, op het IGZ-congres over ‘veiligheid in de zorg’ op 22 november 2007)

“Vrijheidsbeperkende situaties in de zorg kunnen opgelost worden wanneer ze in een open klimaat bespreekbaar worden gemaakt”.

(Staatssecretaris Jet Busschemaekers op hetzelfde congres)

Aanleiding

Het Landelijk Platform GGz, dat 19 cliënten- en familieorganisaties verbindt, zoekt naar mogelijkheden om in dialoog met hulpverleners zo veel mogelijk dwang en drang te voorkomen. Het Platform erkent dat in individuele situaties dwangmaatregelen vooralsnog onvermijdelijk zijn, maar weet dat het mogelijk is om die maatregelen terug te dringen. In 41 projecten laten ggz-instellingen zien dat er alternatieven zijn voor vrijheidsbeperking. Die alternatieven laten zien dat goede communicatie en bejegening de sleutel vormen tot succes. Of het nu gaat om het gebruik van signaleringsplannen, het tijdig betrekken van familie of het gebruik van time-out-ruimtes, in alle gevallen zijn daar respectvolle gesprekken aan vooraf gegaan, die duidelijk hebben gemaakt wat er gedaan moet worden om escalatie vóór te zijn.

Context

Het Landelijk Platform is betrokken bij de ontwikkeling die GGZ Nederland in gang heeft gezet. Maar het Platform wil verder. Het constateert dat veel GGZ- instellingen niet betrokken zijn bij de projecten van GGZ Nederland en nog niet openlijk werk maken van het verminderen van dwangmaatregelen. Het platform hoopt ook deze instellingen mee te krijgen.

Doelen

Het project dat het Platform wil uitvoeren kent twee doelstellingen:

- 1 Instellingen steunen in hun pogingen alsnog werk te maken van het terugdringen van dwangmaatregelen.
- 2 Betrokkenheid van vertegenwoordigers van cliënten en familie/naastbetrokkenen vergroten bij het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Daarnaast hoopt het Landelijk Platform de discussie landelijk gaande te houden door discussies te organiseren en de publiciteit te zoeken, en door zo nodig overheid, inspectie en verzekeraars aan te spreken.

Werkwijze

Het project loopt van het najaar van 2007 tot het voorjaar van 2009. Eind 2007 worden de beoogde instellingen aangeschreven, met name hun bestuurders en cliënten- en familievertegenwoordigers. In 2008 zullen instellingen bezocht worden, die zich geïnteresseerd hebben getoond om intern de discussie aan te gaan over de beste manier waarop dwangmaatregelen kunnen worden teruggedrongen. Dat kan via ‘de lijn’ lopen, maar ook via vertegenwoordigers van cliënten en familie/naastbetrokkenen.

Financiering en verantwoording

Het project staat onder supervisie van de Werkgroep Dwang en Drang van het Landelijk Platform GGz en wordt uitgevoerd door Maria Wassink en Gee de Wilde. Het VSBfonds heeft het Landelijk Platform GGz een subsidie toegezegd om dit project uit te voeren.

Bijlage 6 Verzoek deelname aan instellingen

Onderwerp: terugdringen dwangmaatregelen in de GGz
Datum: 27 november 2007
Kenmerk: 0711-031

Aan de voorzitter van de Raad van Bestuur,

Het Landelijk Platform GGz1 doet beroep op uw medewerking bij het volgende. Zoals u wellicht weet loopt er op dit moment een programma bij GGz Nederland dat gericht is op het terugdringen van separeren. Daaraan doen 41 instellingen mee, die projecten hebben opgestart met alternatieve maatregelen. Het Landelijk Platform GGz sluit op dit programma aan door instellingen die niet betrokken zijn bij dit project te benaderen met de vraag welk beleid zij voeren om vrijheidsbeperkende maatregelen in zijn totaliteit te verminderen. Daarbij gaat het dus niet alleen om het separeren maar ook om dwangmedicatie, onvrijwillige opnames e.d. Gezien de missie van het Landelijk Platform stellen wij deze vraag uiteraard vanuit het perspectief van cliënten en hun naastbetrokkenen.

Het streven van het Landelijk Platform GGz is er achter te komen welke instellingen vanuit cliënten- en familieperspectief goed op weg zijn bij het terugdringen van dwang en drang.² Daarbij zal niet alleen het aantal dwangmaatregelen centraal staan maar ook de (kwaliteit van de) inspanning die instellingen zich getroosten om dit aantal terug te brengen. Daarnaast wil het Landelijk Platform instellingen steunen bij hun discussies over het terugdringen van dwang en drang en over alternatieve maatregelen.

GGz Nederland ziet dit project van het Landelijk Platform als een welkome aanvulling op haar eigen initiatieven. Het VSB-fonds heeft subsidie gegeven voor de uitvoering.

Het project valt onder de verantwoordelijkheid van het Landelijk Platform GGz en wordt inhoudelijk aangestuurd door de Werkgroep Dwang en Drang van dit platform. Projectleider is dhr. G. de Wilde.

Concreet betekent dit dat het Landelijk Platform GGz graag met u in gesprek gaat over dwangmaatregelen binnen uw instelling: in hoeverre er bij uw instelling sprake is van dwang, welk beleid u heeft ontwikkeld om het tegen te gaan en/of u beleid zou willen initiëren. Uiteraard kunnen wij u informeren over alternatieven en succesvolle initiatieven, die in het land gaande zijn, om dwang te minimaliseren.

Wij schrijven de Raad van Bestuur aan als eindverantwoordelijke voor het beleid. Het terugdringen van dwang ontwikkelt zich weliswaar op de werkvloer, maar het management zou het terugdringen instellingsbreed moeten nastreven. Enige tijd na ontvangst van deze brief zult u telefonisch worden benaderd door mw. M.F. Wassink, projectmedewerkster, met de vraag of u ook degene bent met wie wij een afspraak kunnen maken, of dat het beter is een andere persoon binnen uw instelling te benaderen. Vervolgens zal zij een afspraak arrangeren.

- 1 Het Landelijk Platform GGz verenigt 19 cliënten- en familieorganisaties en heeft als doelstelling de positie van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen en hun naastbetrokkenen te verbeteren en hun participatiemogelijkheden in de GGz te bevorderen.
- 2 Een korte samenvatting van de bedoelingen van het project vindt u in de bijlage.

Tenslotte wil ik u melden dat wij een afschrift van deze brief naar de cliënten- en/of familieraad binnen uw organisatie sturen, zodat zij op de hoogte zijn van ons initiatief. De bedoeling is dat wij hen gaan bevragen op hun betrokkenheid bij het beleid t.a.v. dwang.

Ik hoop van harte dat u uw medewerking wilt verlenen aan dit project.

Immers, behalve de enorme meerwaarde voor cliënten zelf en daarmee de toename van tevredenheid van cliënten en naastbetrokkenen over GGz organisaties, is inmiddels duidelijk dat het terugdringen van dwang het werkklimaat binnen instellingen ook voor hulpverleners aanzienlijk kan verbeteren.

Met vriendelijke groet,
Namens het Landelijk Platform GGz,

Drs. M. ter Avest
directeur

cc. Cliënten- en familieraad

Bijlage 7 Benaderde instellingen d.d. 01-07-2008

	Categorie	Aantal	Toelichting	
1	Gesprekken	35	Zie overzicht excell bestand toegestuurd voor overleg op 1 juli 2008	
2	GGZ-instellingen nvt	27	Maken deel uit van programma GGZ Nederland	
3	Kinderjeugdpsychiatrie	4	Meegenomen voor bijeenkomst M&M commissies op 7 april 2008	
4	Kinderjeugdpsychiatrie	8 (extra)	Extra, stonden niet op lijst (GGZ NL programma) maar ivm M&M commissies 070408	
5	Dubbel	13	Stonden 2 keer vermeld in de lijst	
6	Onduidelijk	5	Steeds niet de juiste persoon, geen gehoor, onduidelijkheid. Ga ik nog verder achteraan	
7	Schikt nu niet	1	Afdeling /Ziekenhuis verhuisd	
8	Rest (geen gesprek)	57	Zie hieronder toegelicht	
	Totaal	150	Categorie "Rest"	Reden
			Arta Therapeutische Gemeenschap AanZet	Dwangmaatregelen nvt
			Lievegoed Zorggroep	Dwangmaatregelen zelden tot nooit
			Centrum voor Wonen, Zorg en Welzijn Gelderland	Dwangmaatregelen nvt
	Stichtingen (onderdeel van "rest")		Mondriaan Zorggroep	Dwangmaatregelen nvt
	Pharos	vluchtelingen	Dr. Leo Kannerhuis	Dwangmaatregelen nvt
	Centrum '45	trauma	Riagg's (7)	Dwangmaatregelen nvt
	Impact	kenniscentrum	Ambulante jeugdzorg (3)	Dwangmaatregelen nvt
	In de Bres	ambulante zorg	RIBW/woonvoorzieningen (20)	Dwangmaatregelen nvt
	Perspectief	Trainingen e.d.	Verslavingszorg (8)	Dwangmaatregelen nvt
	Streetcornerwork		Saxenburgh Groep PAAZ Röpcke-Zweers ZH	Dwangmaatregelen zelden tot nooit
			Locatie Zuiderzee Ziekenhuis PAAZ	Psychiaters gaan weg, begin 2009
			Meander Medisch Centrum PAAZ	Dwangmaatregelen zelden tot nooit
			PAAZ Wilhelmina Ziekenhuis	Hebben geen bedden meer
			Diverse stichtingen (6) (zie kolom links)	Dwangmaatregelen nvt
			Iris Zorggroep	Afdeling Dubbele Diagnose in samenwerking met de Gelderse Roos (GGZ NL-programma)
			Tactusgroep, afdeling dubbele diagnose ism met Adhesie	Afdeling Dubbele Diagnose is nog kort bezig. Afspraak op korte termijn irrelevant.
			Vincent van Gogh instituut	Gefuseerd met RC GGZ Weert
			Ziekenhuis Lievensberg PAAZ	Dwangmaatregelen zelden tot nooit

Bijlage 8 Verzoek deelname cliënten- en familieraden

Onderwerp: terugdringen dwangmaatregelen in de GGz

Datum: 27 mei 2008

Geachte leden van de cliënten- en familieraden,

Het Landelijk Platform GGz³ doet beroep op uw medewerking bij het volgende.

Sinds 1 januari 2008 benadert het Landelijk Platform diverse instellingen om na te gaan of zij vanuit cliënten- en familieperspectief goed op weg zijn bij het terugdringen van dwang en drang. Het gaat hierbij o.a. om psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ-en) en forensisch psychiatrische klinieken. Niet alleen het aantal dwangmaatregelen staat centraal maar ook de (kwaliteit van de) inspanning die instellingen zich getroosten om dit aantal terug te brengen. Daarnaast wil het Landelijk Platform instellingen steunen bij hun discussies over het terugdringen van dwang en drang en over alternatieve maatregelen.

De brief met de aankondiging van de start van deze activiteiten die wij 27 november 2007 naar de Raden van Besturen van diverse instellingen en in afschrift naar de cliënten- en familieraden stuurden, treft u alsnog bijgevoegd aan evenals een korte samenvatting van het project.

Inmiddels hebben wij gesproken met zo'n 35 instellingen waaronder de instelling waar u als cliëntenraad bent verbonden. Onze conclusie tot nog toe is dat het terugdringen van dwang en drang bij alle instellingen een serieus aandachtspunt is. Wat wij echter tot nog toe niet hebben vernomen, is de mening van cliënten en familie over dit onderwerp, terwijl dit voor ons zeker gezien de missie van het Landelijk Platform van groot belang is om te weten.

Dat brengt ons bij de vraag of u bereid bent ons vanuit cliënten- en/of familieperspectief te informeren over hoe u aankijkt tegen de wijze waarop de instelling waaraan u verbonden bent, bezig is dwang en drang terug te dringen.

Indien u daartoe bereid bent, verzoek ik u om dit kenbaar te maken aan Mevrouw M. F. Wassink, m 06 1807 2623 of e wassink@comanagement.eu.

Het project valt onder de verantwoordelijkheid van het Landelijk Platform GGz en wordt inhoudelijk aangestuurd door de Werkgroep Dwang en Drang van dit platform.

Projectleider is dhr. G. de Wilde. Het VSB-fonds heeft subsidie gegeven voor de uitvoering.

Ik hoop van harte dat u uw medewerking wilt verlenen aan dit project.

Immers, de beleving van cliënten en naasten is van een ongekende meerwaarde om de kwaliteit van zorg in het bijzonder t.a.v. vrijheidsbeperkende maatregelen te bevorderen.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Namens het Landelijk Platform GGz,

Drs. M. ter Avest

directeur

3 Het Landelijk Platform GGz verenigt 21 cliënten- en familieorganisaties en heeft als doelstelling de positie van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen en hun naastbetrokkenen te verbeteren en hun participatiemogelijkheden in de ggz te bevorderen.

Bijlage 9 Commissie M&M Kinder- en jeugdpsychiatrie

1. Is het beleid van de instelling gericht op het voorkomen en verminderen van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen (VBM) zoals separeren, dwangmedicatie, vastbinden, anderszins?
Zo ja, hoe ziet het beleid er concreet uit?
2. Wat is de rol van de patiënt en de familie in de instelling t.a.v. VBM ?
Wordt familie betrokken, worden VBM geëvalueerd?
3. Gebruikt u alternatieve maatregelen?
Zo ja welke, signaleringskaart, comfortrooms, anderszins namelijk.....
4. Worden medewerkers geschoold en geïnformeerd over de wettelijke (on)mogelijkheden in het kader van de BOPZ? Zo ja hoe?
5. Is er scholingsbeleid om te leren de-escalerend te werken, de sfeer op de afdeling te verbeteren, signaleringsplannen systematisch toe te passen? Zo ja, hoe en welke scholing wordt aangeboden?
6. Wordt binnen de instelling geëvalueerd of de patiënt zich veilig voelt ten opzichte van medepatiënten en ten opzichte van de leiding? Hoe wordt dit geëvalueerd? Is er een onafhankelijke commissie, peilingen, patiënttevredenheidsonderzoek?
7. Is registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen toetsbaar voor derden?

Ik maak graag een telefonische afspraak om bovenstaande vragen met u te bespreken.
Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
Mede namens Gee de Wilde,

Maria Wassink
m 06 1807 2623
e wassink@comanagement.eu

Bijlage 10 Verslag Invitational Conference PAAZ-en

Gelreziekenhuis Apeldoorn 24 april 2009

De Invitational Conference is georganiseerd door het Landelijk Platform GGz en de Vereniging van PAAZ-managers. De resultaten van het project over dwang en drang van het Landelijk Platform vormen de aanleiding om met elkaar van gedachten te wisselen over de vraag hoe het de komende jaren verder kan en moet met het terugdringen van dwang en drang.

Het programma start met drie fragmenten van de DVD 'van Beheersen naar Voorkomen'. De fragmenten geven een impressie van projecten die betrokken zijn bij het verminderen van dwang en drang binnen de ggz door de ogen van respectievelijk een cliënt, een ouder en een hulpverlener. Vervolgens heet gastheer Martijn Kraa iedereen van harte welkom. Martijn is voorzitter van de Vereniging van PAAZ-managers en zorgmanager van de psychiatrische afdeling van het Gelre Ziekenhuis.

Gee de Wilde, de dagvoorzitter, inventariseert wat de achtergrond is van de aanwezigen in de zaal en dat levert een globale indicatie op:

- 4 psychiaters
- 20 verpleegkundigen
- 7 cliënten of leden van een CliëntenRaad
- 6 (vertegenwoordigers van) familieleden / naastbetrokkenen
- 7 managers
- 6 anderszins

Gee de Wilde vertelt over de achtergrond van het **project "Terugdringen dwangmaatregelen in de psychiatrie"** dat hij zelf en Maria Wassink hebben uitgevoerd in opdracht van het Landelijk Platform voor familie- en cliëntenorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg. Het project heeft zich gericht op instellingen die *niet* meededen met het programma van GGz Nederland. Vervolgens vertelt Maria Wassink over haar **bevindingen** aan de hand van beoordelingscriteria die opgesteld zijn door de commissie van het Landelijk Platform dat het project heeft begeleid.

Simone Haasnoot vertelt haar **ervaringsverhaal** met langdurig separeren waarbij als kritiepunten naar voren komen het niet-in-gesprek blijven, het ontbreken van contact met een psychiater, het verlies van tijdsbesef simpelweg omdat ze haar lenzen moest inleveren en niet op de klok kon kijken én de verveling. Als suggestie voor de PAAZ-en noemt zij:

- Kijk naar alternatieven, één dag of één nacht in de separeerruimte kan onder bepaalde omstandigheden nodig zijn. Bespreek daarna hoe het anders kan. Het zijn vaak kleine dingen die helpen en die bestaan vooral uit aandacht geven aan de patiënt en het nakomen van afspraken.

Hennie Kleijwegt vertelt zijn **verhaal als vader** van 2 zonen met schizofrenie en illustreert zijn ervaringen met voorbeelden:

- Toen zijn zoon in de separeerruimte verbleef, mocht hij niet op bezoek bij zijn zoon. Hij was niet van tevoren ingelicht met als gevolg dat hij voor niets kwam, kon terugkeren naar huis en zijn zoon zich in de steek gelaten voelde.
- Het kwam regelmatig voor dat hij tijdens de bezoektijd van 1 ½ uur geen ander personeelslid zag dan de schoonmaker. Het contact met het personeel was zeer beperkt. Personeel verbleef in het 'aquarium', het leek een volstrekte scheiding tussen cliënten en personeel.
- De privacy van zijn zoon werd als heilig beschouwd. Hij heeft daarbij zijn vraagtekens.
- Als aandachtspunt geeft Hennie ook mee dat agressie, agressie kan veroorzaken. Reacties van hulpverleners kunnen ook leiden tot agressie, waardoor situaties escaleren.

Hennie roept de PAAZ-medewerkers op **familie als collega** te beschouwen en als zodanig te benutten. Familie weet doorgaans veel van een cliënt en kan (verdere) escalatie voorkomen. Als iemand binnen komt met gedrag dat geëscaleerd is, weet de familie meestal als geen betere hoe je ermee omgaat. Regel dus de familiebetrokkenheid!

Martijn Kraa geeft als **zorgmanager** van de PAAZ van de Gelre ziekenhuizen een reactie. Hij blikt terug op de jaren dat hij werkzaam is in de psychiatrie en constateert een enorme vermindering van de hoeveelheid personeel en een enorme toename van de bureaucratie. Waar personeel vroeger bij aanvang van de dienst niet meer op het kantoor mocht komen, is er nu een ernstige noodzaak om op het kantoor te blijven vanwege alle formulieren die moeten worden ingevuld en bijgehouden. Los van de bureaucratie constateert hij dat het '**kantoorgedrag**' moeilijk weg te organiseren is. In de personele sfeer is ook veel veranderd omdat er meer dan voorheen gewerkt wordt met invalkrachten. Reflecterend op de bevindingen van het project beaamt Martijn dat patiënten doorgaans vanuit de somatiek deelnemen aan de cliëntenraden en patiënten van een PAAZ zelden tot nooit deel uit maken van de Cliëntenraad. Ook de korte verblijfsduur speelt een rol. In vergelijking met de geestelijke gezondheidszorg duurt opname op de PAAZ doorgaans korter: 30-40 dagen. De PAAZ bij het Gelre Ziekenhuis organiseert structureel familieavonden die zeer worden gewaardeerd. Tenslotte erkent Martijn dat dwangmaatregelen de afgelopen jaren nauwelijks een item is geweest binnen de PAAZ-en. De aandacht voor de financiën vormde de boventoon. Deze bijeenkomst i.c. dit project vormt een prima aanleiding dit onderwerp op de agenda te zetten.

Na de pauze komen we bij elkaar voor de discussie.

De projectleider van GGNet geeft een korte impressie van het project dat GGNet binnen het programma van GGZ Nederland uitvoert. Leidraad was en is hoe een verandering in gang gezet kan worden en kan beklijven. De **fysieke aanwezigheid** van groepsleiding op de afdeling vormde een van de eerste aandachtspunten. Een **rooster** maakt nu zichtbaar wie wanneer aanwezig is bij de cliënten. Ander aandachtspunt is de **gastvrijheid**. De ambulance komt aan bij de separeerruimte hetgeen niet echt een gelukkig uitgangssituatie is. Met dit gegeven zijn echter de eerste 5 minuten van essentieel belang. Een gastvrije ontvangst met iets te eten en te drinken kan al de-escalenderend werken. Van een bedrijf met bedrijfs-economische aspecten moet de psychiatrie weer menselijker worden. Dat vereist **passie en lef** om te veranderen en de betrokkenheid bij cliënten te vergroten: 'We zijn het kwijtgeraakt'.

Suggesties uit de zaal om de **fysieke aanwezigheid in de groep** te vergroten zijn:

- het slopen van de verpleegpost zoals bij GGZ Dijk en Duin is gebeurd
- de administratie in de groep bijwerken met behulp van laptops. Het privacy aspect blijkt in de praktijk niet als probleem te worden ervaren.

In verband met de opmerking over de bedrijfseconomische insteek, die lijkt te hebben plaatsgemaakt voor het werken met de mensen zelf, wijst Gee de Wilde op een conferentie eind mei in Rotterdam voor beleidsgetraumatiseerden (www.beleidsgetraumatiseerden.nl) en op de website www.beroepszeer.nl

De discussie spitst zich vervolgens toe op **het betrekken van familie**.

N.a.v. de opmerking van een medewerker in de zaal dat iedere week een gesprek met de familie wordt gevoerd, wordt vanuit cliëntenzijde de kritische vergelijking gemaakt met de betrokkenheid van cliënten bij besprekingen: Er is een vast tijdstip waarop je je mening kan geven, maar de vraag is **wat de behandelaars er vervolgens mee doen**. De **toestemming** van de cliënt vindt iedereen belangrijk. De vraag is alleen **welke inspanning** behandelaars zich getroosten om cliënten te motiveren familie wel te betrekken. Bij de (open) PAAZ in Berg op Zoom verloopt separeren altijd in overleg met de familie. Familie kan ook 's nachts blijven slapen als dat de rust bij de patiënt ten goede komt. Er wordt een 'zorg-op-maat' programma gehanteerd waarin de verpleegkundige met de cliënt en de familie samenwerkt. De familie wordt begeleid door maatschappelijk werk. Separeren gebeurt hooguit 6 keer per jaar.

Siependaal wordt als voorbeeld genoemd waar niet meer gesepareerd wordt. Gesuggereerd wordt dat de echt moeilijke gevallen niet worden opgenomen maar worden doorgestuurd.

Een **gastvrije ontvangst** de-escalereert. Door een agressieve bejegening bij opname blijft de agressiespiraal in stand. Opgemerkt wordt dat er een verschil is tussen agressie binnen de afdeling en agressie van buiten bij een opname. **Contact, in gesprek komen, communicatie, lef en passie** zijn de sleutelwoorden. Investeren in **scholing** o.a. ook gericht op de vraag: hoe je tot **samenwerking** met een patiënt komt is van groot belang. De methode van de Bascule 'non-violence resistance' waarbij een begeleider bij de cliënt blijft zitten zonder iets te doen wordt hier aangehaald. Eén van de familieleden noemt het voorval van zijn zoon die had bedacht dat acupunctuur hem wellicht kon helpen bij het herstel. Hij stak naalden in zijn oor. Dit werd gezien als automutilatie en gevaar. Er kwamen 6 man op hem af, hetgeen tot heftige agressie leidde die achteraf gezien niet nodig was. Het advies van deze ouder is: **kruip in elkaars huid, denk vanuit de cliënt**. Een van de aanwezigen meldt dat iedere nieuwe werknemer geschoold wordt in het werken met de WGBO en de BOPZ. Daarnaast krijgen alle medewerkers 12 keer per jaar scholing in agressiehantering die zowel gericht is op de-escaleren als op het uitvoeren van handgrepen. **Evaluatie met alle partijen** moet meer aandacht krijgen.

Een cliënt merkt op dat dwang juist tot meer agressie leidt en het risico op separeren vergroot. Het niet serieus nemen van de cliënt speelt hier een belangrijke rol. Door separeren verbreek je de vertrouwensband; hoe kan iemand zoiets doen als je een goede band met elkaar hebt. **Mens – zijn en lachen**, dat is belangrijk, maar dat leer je niet in een opleiding.

Geconstateerd wordt dat er veel goeie wil is bij PAAZ-en. De PAAZ-en kunnen echter geen aanspraak maken op de financiën van het programma van GGZ Nederland. Het blijkt wel ter plekke dat een aantal PAAZ-en de mogelijkheid krijgen om als **adoptie-instelling** aan te haken bij een grotere GGZ instelling (Het UMC Utrecht en het Antonius ziekenhuis bij Altrecht, het Tergooiziekenhuis bij de Symphora groep, het Tweestedenziekenhuis bij de GGZ Midden Brabant).

'Soms is separeren goed'. Op deze stelling gaan we niet in omdat het een omgekeerde redenering is. Eerst **alles proberen om separeren te voorkomen** dan bespreken we in pakweg 2015 voor welke situaties separeren echt een noodzaak is.

De **paradox t.a.v. de bouwvoorschriften** komt ter sprake: bij het bouwen van een nieuw ziekenhuis zijn er verplichtingen t.a.v. het aantal separeerruimtes. Dit zijn voorwaarden van het college van bouw. De ervaring bij de nieuwbouw van het Gelre ziekenhuis is dat er veel strijd gevoerd moet worden met het college bouw om separeerruimtes anders te benutten bijvoorbeeld als comfortroom.

Netwerkvorming bij PAAZ-en wordt tenslotte als belangrijk speerpunt aangegeven. PAAZ-en zouden meer in netwerkverband moeten werken aan verschillende aspecten van het terugdringen van dwang en drang. Bijvoorbeeld door goede voorbeelden en alternatieven uit te wisselen, verbeteringen met elkaar te vergelijken of samen scholingsprogramma's op te zetten. Schaalvergroting kan zowel voor het uitwisselen van kennis en budgettair voordeel opleveren.

Na een actieve ochtend met een levendige discussie ontmoeten de deelnemers elkaar nog tijdens de lunch die door de gastheer is aangeboden.

Maria Wassink

Bijlage 1 1 Verslag overleg Zorgverzekeraars Nederland

Aanwezig

Naast vertegenwoordigers van het Kenniscentrum GGZ bij Zorgverzekeraars Nederland zijn als gast aanwezig: Gee de Wilde en Maria Wassink, beide zelfstandig ondernemers en vanuit die hoedanigheid uitvoerders van het project "Terugdringen dwang en drangmaatregelen in de psychiatrie" in opdracht van het Landelijk Platform voor familie- en cliëntenorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg (LPGGz).

Inleiding

Gee de Wilde schetst hoe het project van het Landelijk Platform tot stand is gekomen. De werkgroep dwang en drang van het Landelijk Platform heeft een projectplan gemaakt met de bedoeling een positieve impuls te geven vanuit cliënten- en familieperspectief aan de cultuurverandering, die nodig is om dwangmaatregelen terug te dringen.

Het VSB-fonds heeft gelden toegekend om het project te financieren onder voorwaarde dat dit project zich zou richten op instellingen die niet meedoen aan het programma van GGZ-Nederland. Dit waren psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (19), psychiatrische afdelingen van Universitair Medische Centra (4), Forensisch Psychiatrische Centra (4), instellingen voor verslavingszorg (2), klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie (12) en de psychiatrische centra Sinai Centrum, Regionaal Centrum GGZ Weert, Eleos, GGZ-centrum Westfriesland, Zwolse Poort en Prins Clauscentrum. Met het management van deze instellingen is gesproken over het beleid dat zij voeren t.a.v. het terugdringen van dwangmaatregelen. Mede door het overlijden van een cliënt najaar 2008 in een separeercel en alle publiciteit over het verschijnsel 'separeren' heeft dit onderwerp veel belangstelling. Zo heeft minister Klink 19 mei een brief doen uitgaan naar de Tweede Kamer waarin hij o.a. aangeeft de financiering van de projecten te willen verlengen met 3 jaar en alle instellingen die te maken hebben met separeren verplicht te stellen mee te doen met het programma van GGZ Nederland. Gee de Wilde heeft contact gezocht met Ronald Luijk om na te gaan wat de rol van zorgverzekeraars in het kader van terugdringen van dwangmaatregelen zou kunnen zijn.

Maria Wassink geeft aanvullende informatie over de betrokkenheid van de cliënten en familie bij het project. Het is van belang te horen welk beleid wordt gevoerd, maar belangrijker is het te horen hoe cliënten en familie de uitvoering van het beleid beleven. Opvallend is hoe lastig het was en is om die geluiden te horen. Hoewel de meeste cliëntenraden van algemene ziekenhuis als gevolg van de vraag uit het project in gesprek zijn gegaan met de psychiatrische afdeling, geeft dit toch onvoldoende beeld omdat in deze raden geen cliënten van de psychiatrische afdeling participeren. De geluiden vanuit de familiegeledingen zijn zo mogelijk nog schaarser. Voor dit overleg ligt een discussiepaper voor waarin een aanzet is gedaan om de 9 criteria die als kapstok dienden voor het project te concretiseren naar meetbare items.

Ronald Luijk geeft aan dat het Kenniscentrum GGZ bij Zorgverzekeraars Nederland tot doel heeft om de kennis over kwaliteit van zorg in de GGZ bij de leden van ZN te verhogen en instrumenten te ontwikkelen om zorginkoop op kwaliteit te ondersteunen. Het Kenniscentrum is voorstander van het ontwikkelen van een breed gedragen visie op dwang & drang en wil daarvoor aansluiten bij bestaande initiatieven op basis waarvan zorgverzekeraars in de zorginkoop met zorgaanbieders het gesprek aangaan. Ronald stelt voor om eerst met elkaar in gesprek te gaan over de inhoud en vervolgens afspraken te maken over het vervolg.

Samenvatting van de discussie

Voor de zorgverzekeraars is het van belang dat instellingen de effecten van beleidsvoornemens meetbaar kunnen maken: de 'outcome' van de instelling. Effectiviteit en klantervaring spelen hierbij een cruciale rol. Waaruit blijkt een intrinsieke bemoeienis met de cliënt? Het management informatiesysteem zou de intrinsieke bemoeienis met dwang en drangbeleid zichtbaar moeten maken. De criteria in het discussiepaper kunnen meetbare resultaten opleveren voor instellingen op basis waarvan ze de effectiviteit van hun werkwijze kunnen aangeven. Bepalende factoren (bewezen good practices) die het terugdringen van dwang positief beïnvloeden zijn:

- de fysieke omgeving,
- de mate van gastvrijheid ('de eerste 5 minuten'),
- de-escalerende bejegening door het personeel (en bijscholing daarin), en
- de betrokkenheid van de partijen die deel uitmaken van de triade, dus zowel hulpverlening, cliënt als familie.

Tenslotte is de mate waarin intensieve zorg kan worden geleverd in de vorm van 1-op-1 begeleiding van essentieel belang (bijvoorbeeld in zogenoemde intensive care units).

Door de leden van het kenniscentrum wordt als mogelijke concrete ijkpunten voor 'outcome'-metingen genoemd:

- het belang van een eenduidig registratiesysteem als ARGUS (straks voor iedereen verplicht),
- 'de eerste 5 minuten' als methodiek, en
- evaluatie van separaties gericht op het handelen van zowel de cliënt als de hulpverlener, die tot het terugdringen van het aantal en de duur van de separaties zou kunnen leiden.

Deze effecten moeten meetbaar en dus zichtbaar kunnen worden gemaakt. De vraag is hoe je tussentijds instellingen gaat beloning die dit soort initiatieven nemen en dus op de goede weg zijn. Een optie is om dit proces synchroon te laten lopen met het voorstel van minister Klink om met het ingezette beleid om dwangmaatregelen terug te dringen de komende 3 jaar door te gaan en instellingen te verplichten deel te nemen aan projecten, die dit oogmerk hebben.

In de brief van de minister worden de zorgverzekeraars niet als gesprekspartner genoemd. De ervaring van vertegenwoordigers van het kenniscentrum is dat ze tot nog toe niet betrokken zijn. Ze zijn niet op de hoogte van de bevindingen van het programma van GGZ Nederland, die verwoord staan in het rapport 'Van beheersen naar voorkomen'.⁴ Tenslotte komt de vraag naar voren in hoeverre de prestatieindicatoren voldoen als ijkpunt voor de effectmeting. Gesuggereerd wordt dat de metingen van indicator 2.4 weliswaar SMART zijn geformuleerd, maar slechts indirect weergeven of Dwang en Drang werkelijk worden teruggedrongen.

T.a.v. de voortgang wordt afgesproken dat de zorgverzekeraars het initiatief nemen om in een kleiner verband in een werkgroep waarin wordt nagegaan in hoeverre SMART criteria ten behoeve van het terugdringen van dwangmaatregelen kunnen worden opgesteld die door zorgverzekeraars als leidraad gehanteerd kunnen worden bij de zorginkoop. Het discussiepapier dat door het LP GGZ is opgezet kan hierbij als aanzet dienen. Voor het Landelijk Platform GGZ kan contact opgenomen worden met Christien van der Hoeven, 030-2363765. Zij heeft het onderwerp ook na de beëindiging van het onderhavige project in haar portefeuille.

28 mei 2009,
Maria Wassink
Gee de Wilde

4 GGZ Nederland publiceerde in November 2008: 'Van beheersen naar voorkomen', Stand van zaken rond het verminderen van separaties in de GGZ in Nederland. 'Twee jaar Argus', rapportage voorlopige uitkomsten metingen vrijheidsbeperkende maatregelen, werd ten behoeve van GGZ Nederland gemaakt door E.O. Noorthoorn, A. Smit, W.A. Janssen, P. Mann, R. van de Sande, F.J. Vruwink, H. Nijman, G.A.M. Widdershoven, E. Landeweer, Y. Voskes, T.A. Abma en C.L. Mulder, betrokken bij verschillende onderzoekscentra van universiteiten en GGZ-instellingen. IGZ publiceerde in december 2008 'Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg', Onderzoek naar insluiting in de separeer op de eerste dag van opname in psychiatrische opnameafdelingen van GGZ-instellingen.

Eindrapportage 2009 - Dwang en Drang - LPGGz - Maria Wassink - Gee de Wilde

Financiering: VSBfonds

Deze eindrapportage is een uitgave van het Landelijk Platform GGz

Maliebaan 71-h, 3581 CG Utrecht, 030-2363765, www.platformggz.nl



LPGGz