

Terugdringen van separaties, waar staan we en hoe verder?

Een opiniërende bijdrage

A. DOLS, W. VAN TILBURG

ACHTERGROND In 2001 werden kwaliteitscriteria dwang en drang opgesteld met als doel het verminderen van dwangmaatregelen tijdens de behandeling van psychiatrische stoornissen. Het terugdringen van separaties kreeg daarbij verreweg de meeste aandacht. Een breed gedragen proces van implementatie kwam op gang. Wij hebben een tussentijdse balans trachten te maken van de mate waarin de visie op dit proces nog gedeeld wordt door diverse betrokken beleidsmakers.

METHODE Bij elf van de bij dit beleid betrokken actoren (variërend van politicus, inspectie, professional tot patiënt) werd een interview afgenomen waarin het proces geëvalueerd werd.

RESULTATEN Er leek nog steeds een aanzienlijke consensus bij de geïnterviewden te bestaan over wenselijkheid en vormgeving van het proces. De accentverschillen betroffen de nadruk op het belang van respectievelijk kwaliteitsbeleid, wetenschappelijk onderzoek, patiëntenparticipatie en het uitoefenen van druk op de instellingen.

CONCLUSIE De uitvoering van het beleid gericht op het reduceren van het aantal separaties wordt gehinderd door het ontbreken van onderzoek naar de klinische praktijk van separaties. Dit onderzoek, geïnitieerd door de betrokken beroepsgroepen, zou de kwaliteit van indicatiestelling en toepassing ervan beter kunnen garanderen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)11, 775-783]

TREFWOORDEN beleid, dwang, separatie

Het terugdringen van dwang en drang binnen de psychiatrie is opnieuw hoog op de politieke agenda geplaatst na het overlijden van een patiënt in een isoleercel in het najaar van 2008. Vanuit ggz Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg werd echter al langer gewerkt aan het verminderen van dwangmaatregelen tijdens de behandeling van psychiatrische stoornissen. In 2001 werden zogenaamde kwaliteitscriteria dwang en drang opgesteld (Berghmans 2001) en in 2006 startte GGZ Nederland met overheidssubsidie het project 'Verminderen van dwang en drang', waarin 42 instellingen participeren (Herrmann

2009). Het zijn met name de gedwongen separaties die de meest tot de verbeelding sprekende soort dwangmaatregel geworden zijn en daarom ook als belangrijkste uitkomstvariabele bij dit type projecten worden gebruikt. Er werd aanvankelijk gestreefd naar 10% minder separaties per jaar, dit zou betekenen dat er over 30 jaar nog 5% van het huidige aantal separaties zou plaatsvinden.

Er bestaat op het eerste gezicht grote overeenstemming over de wenselijkheid van het terugdringen van separaties. Voor het bereiken van dit doel worden verschillende strategieën genoemd, variërend van geleidelijk terugdringen

tot extreme maatregelen zoals een separeerverbod. Intussen is de implementatie van deze voor-nemens goed op gang gekomen. Er lijkt sprake van een breed gedragen consensus.

Met het oog op de toekomst leek het ons nuttig een eerste indruk te krijgen hoever die consensus reikt en in welk opzicht er mogelijk toch ook accentverschillen bestaan in de visie op dit proces tussen de bij de initiëring en vormgeving van dit beleid betrokken actoren. Op grond daarvan kan men anticiperen op mogelijke problemen in de voortgang en het bepalen van de richting van dit soort projecten. Wij hadden geen duidelijke hypothese over problemen die mogelijk de consensus bedreigen. Ons onderzoek was er in eerste instantie op gericht na te gaan of die er wel waren, het had dus een sterk exploratief karakter.

METHODE

Onze doelstelling was het verkrijgen van een eerste indruk van de mate van consensus over het landelijk beleid rondom de toepassing van dwang en drang in de ggz, en dan toegespitst op de maatregel 'separeren'. Daartoe werd een serie interviews georganiseerd met de belangrijkste actoren of geloofwaardige vertegenwoordigers daarvan, die hierbij een rol spelen. Er werden 11 interviews gehouden met een lid van een raad van bestuur, een eerste geneeskundige, een projectleider en afdelingsmanager van een best-practiceafdeling 'terugdringen dwang en drang' (allen uit dezelfde ggz-instelling), een hoogleraar Gezondheidsrecht, een hoogleraar Medische filosofie en ethiek samen met een universitair hoofddocent van de afdeling Metamedica, een vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging, een vertegenwoordiger van een familie-van-patiëntenvereniging, een lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie betrokken bij het tot stand komen van de richtlijn over dwangtoepassingen, een lid van de Tweede Kamer, een vertegenwoordiger van de ziektekostenverzekeraar en een programmaleider/hoofd van een afdeling ggz-toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Deze interviews waren ongestructureerd opgezet aan de hand van een aantal kernvragen, gezien het exploratieve karakter van ons onderzoek. De volgende vragen stonden centraal: Welke strategie is veelbelovend, effectief en wenselijk om te zorgen dat de praktijk van separeren verandert? Zou een wettelijk verbod wenselijk zijn? Zullen de huidige inspanningen om het aantal separaties terug te dringen leiden tot het gewenste resultaat? Het interview werd uitgewerkt en voorgelegd aan de geïnterviewde met de vraag of hij/zij zich herkende in het verslag, de analyse en interpretatie. Deze procedure staat bekend als een *member check* (Meadows & Morse 2001).

RESULTATEN

Een overeenkomstige visie

Kort samengevat bleek er bij alle geïnterviewden opmerkelijk begrip voor de huidige situatie, er zou geen sprake zijn van misstanden. Er was ook overeenstemming over de oplossing. Geen van de geïnterviewden sprak zich uit voor een rigoureuze wettelijk verbod, het veld zou er nog niet klaar voor zijn en de optie voor kortdurende separatie (1 tot 2 dagen) zou beschikbaar moeten blijven. Er leek een aanzienlijke consensus bij de geïnterviewden over de stappen die gezet moeten worden om het aantal separaties en de duur ervan fors terug te dringen.

We geven ter illustratie daarvan een samenvatting van de praktische aanbevelingen, die in de meeste gesprekken onomstreden bleken. De zorgverzekeraars zouden geld beschikbaar moeten stellen, niet op projectbasis maar structureel, voor dwangreductie. Meer concreet zou de verpleging de patiënt op de afdeling volgen, zou er gezocht worden naar alternatieven voor dwang zoals comfortrooms en zou het beleid achteraf geëvalueerd worden met de patiënt. Kleinere afdelingen met meer 'handen aan het bed' per patiënt zouden veel crisissituaties kunnen voorkomen. Bij nieuwbouw zou men rekening moeten houden met de huidige wensen, dat wil zeggen zichtbare verple-

ging in een kantoor met een open karakter en minder separeercellen per afdeling. Het is denkbaar dat er een groep patiënten is die alleen op een high careafdeling verpleegd kan worden, deze afdeling zou apart ontwikkeld moeten worden. Uitbreiding en intensivering van ambulante bemoezorg (zoals mogelijk gemaakt in het wetsvoorstel 'Verplichte ggz', zie onder andere Bos en Knuttel 2009) kunnen dwangopnamen helpen voorkomen. Ten slotte zou er actiever toezicht van de inspectie moeten komen, met onaangekondigde bezoeken van met name de werkvloer en ook zou er meer actie moeten worden ondernomen als er sprake is van zorg onder de maat. De aldus beschreven consensus vertoont grote overlap met de suggesties die daarvoor beschreven zijn (Abma e.a. 2008).

Verschillende perspectieven?

De verschillende actoren legden elk wel eigen accenten, die we hieronder zullen bespreken.

Raad van bestuur Het lid van de raad van bestuur benadrukte dat psychiatrische ziekenhuizen een zorgplicht hebben voor mensen die opgenomen dienen te worden met een rechterlijke machtiging. Er dienen voorzieningen te zijn waarin (agressieve) patiënten opgenomen kunnen worden. Het is ongewenst wanneer door het ontbreken van zulke faciliteiten (zoals separeercellen) dit soort mensen geweigerd moet worden. Maatschappelijk gezien zou het ook onaanvaardbaar zijn als deze patiënten daardoor in de gevangissen zouden belanden of op straat zouden blijven.

Het terugdringen van het aantal separaties door het inzetten van meer en meer geschoold personeel is een groot goed (ofschoon het toepassen van deze dwangmaatregel ook nodig kan zijn), maar moeilijk te realiseren in een tijd van budgettaire en personele tekorten. De kwaliteit van het toepassen van dwang kan erg verbeteren door een andere attitude bij het personeel. De afdelingen die meegedaan hebben aan het project 'Verminde-

ren van dwang en drang' hebben laten zien dat dit mogelijk is zonder dat het veel geld kost.

Geneesheer-directeur Een project zoals het 'vermindere van dwang en drang' is volgens de geneesheer-directeur een mooie kans om de kwaliteit van de zorg blijvend te verbeteren, de aandachtspunten die daar aan de orde komen, verspreiden zich als een olievlek over andere afdelingen. Daarnaast zijn de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ-certificering) en de prestatie-indicatoren er om de kwaliteit van de zorg te bewaken. Het is van belang dat een vermindering van het aantal separaties ook daadwerkelijk het gevolg is van een verbeterde kwaliteit van dwangbeleid en niet een gevolg van toegenomen gebruik van substituties zoals afzondering en dwangmedicatie of overplaatsing van patiënten naar andere instellingen. De stelling dat substitutie van separatie door dwangmedicatie onwenselijk zou zijn, kan niet direct gesteund worden. Immers, medicatie kan als een effectieve behandeling gezien worden.

De werkvloer De afdeling wordt als best-practiceafdeling genoemd in het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over het terugdringen van dwang en drang (IGZ 2008). In twee jaar is het aantal separaties met 16% afgenomen en de duur ervan met 29%. Het project is vanaf de basis geïmplementeerd; de werkvloer heeft ervoor gekozen om het aantal separaties terug te dringen door te focussen op elke eerste 5 minuten van een nieuw contact (Stringer e.a. 2009). Het is belangrijk om het personeel op de werkvloer niet machteloos te maken. Bij het introduceren van een nieuwe werkwijze, dient men ook hulp te bieden aan de afdelingen en goed te luisteren naar de oplossingen die het betreffende personeel zelf aandraagt.

(Ex-)Patiënt Afgevaardigden van de patiëntenvereniging (Anoiksis) hebben zitting genomen in landelijke werkgroepen over het terugdringen van dwang en drang van GGZ Neder-

land. Het verenigingsstandpunt is dat separatie geen therapeutische maatregel kan zijn, alleen een noodinstrument bij gevaar voor anderen op de afdeling. Nu is separatie vooral het resultaat van de manier waarop verpleegkundigen het door hen ervaren ‘psychotisch’ en ‘agressief’ gedrag van de patiënt problematiseren. Op de juiste momenten de juiste vragen stellen kan volgens de vereniging vaak dwang voorkomen.

Afzondering kan onderdeel zijn van de behandeling, liefst in samenspraak met de patiënt. Bij toepassen van dwang is er meestal sprake van een verstoorde behandelrelatie en dat is het kernprobleem dat opgelost moet worden.

Familie van patiënt De vereniging van familie en betrokkenen van patiënten (Ypsilon) organiseerde naar aanleiding van het overlijden van een patiënt in een separeercel een meldweek. In deze week rapporteerden 100 mensen positieve en negatieve ervaringen over isoleren. De conclusie was dat zich in meer instellingen fatale incidenten hadden kunnen voordoen (Ypsilon 2008). De titel van het rapport ‘Gezocht: aandacht, observatie en aanwezigheid’ geeft de aanbevelingen weer. De ondertitel ‘Als u mijn zoon in de separeer stopt, bel mij a.u.b. Dan wil ik naast hem liggen en hem liefdevol vasthouden’ illustreert waarvoor de vereniging zich inzet. Familieparticipatie is een van de actiepunten in het terugdringen van dwang en drang.

Jurist Een wettelijk verbod op separatie zal niet het gewenste effect opleveren. Een wetswijziging is meestal geen breekijzer, maar een sluitstuk. In een ideale situatie is de praktijk op basis van ervaringen veranderd en vindt dat daarna zijn beslag in een wetswijziging. Wetswijzigingen als reactie op ‘de waan van de dag’ missen inhoudelijke argumentatie. Een wettelijk separeer-verbod zou nu te vroeg zijn, er zijn te weinig ervaringen opgedaan in zogenaamde proeftuinen, alternatieven zijn onvoldoende geformuleerd en ook niet wetenschappelijk onderzocht, ook ont-

breekt er een breed gedragen standpunt van de beroepsgroep.

Ethicus De ethici wijzen op het onderscheid tussen dwang en drang. Verminderen van dwang kan bevorderd worden door adequater en professioneler toepassen van drang. Tevens benadrukken zij het belang van cliënten- en patiëntenparticipatie, ook de samenwerking met de patiënt-vertrouwenspersoon zou verder uitgewerkt moeten worden (Abma e.a. 2005, 2009). Verder hechten zij belang aan het opzetten van goed uitgevoerd kwantitatief en kwalitatief effectonderzoek waarbij de praktijk van separeren en reductie van separatie wetenschappelijk onderzocht worden. Ook daarbij dient het cliëntperspectief een centrale rol te spelen.

Beroepsvereniging Er is een richtlijn over het toepassen van dwang gepubliceerd (NVvP 2008) die te beschouwen is als een stap voorwaarts in een continu proces waarin de psychiater op zo transparant en verantwoord mogelijke wijze besluiten neemt over het toepassen van dwang. Deze mono-disciplinaire richtlijn had als doel een expliciet standpunt in te nemen ten aanzien van de verantwoordelijkheid van de psychiater in het toepassen van dwang, namelijk dat dit gebeurt onder gezag van de psychiater. Het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn zal de praktijk verder kunnen verbeteren.

Politicus Het argument dat meer geld de oplossing zou zijn, is niet valide. Er zijn immers vergelijkbare instellingen die met hetzelfde budget toch andere resultaten kunnen bereiken wat betreft dwangtoepassingen. De raad van bestuur zal als prioriteit moeten stellen dat er geen dwang of drang wordt toegepast tenzij. De ggz-sector moet formuleren in een jaarplan wat zij nodig acht om dwangtoepassingen te verminderen. De zorgverzekeraar kan hierop dan afrekenen met de instellingen. Het is niet de bedoeling dat er snelle resultaten geboekt worden zonder dat er wezenlijk iets is veranderd.

Inspecteur (IGZ) Jaarlijks registreert de IGZ 50.000 meldingen over middelen en maatregelen. Er is niet gekozen voor tussentijdse meldingen of het aan- en afmelden van verschillende dwangtoepassingen, dus de cijfers dienen met nuance te worden bekeken. De meldingen in Argus (het veldsysteem voor registratie van toepassingen van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen; Wet Bopz) kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek, door IGZ om steekproeven te nemen en bij de bron; door de instelling zelf om eigen beleid te evalueren. Elk jaar bezoekt de IGZ 40 instellingen om te evalueren of het aantal separaties is afgenomen met 10%. Het toetsen van dwangtoepassingen zou duidelijker worden als er een veldnorm zou zijn. De veldnorm zou definiëren waaraan een afdeling met separatiemogelijkheid minimaal moet voldoen, het wordt dan duidelijk welke afdelingen die zorg kunnen leveren en aan welke criteria zij getoetst worden. Er zou dan meer differentiatie ontstaan, hetgeen het ontwikkelen van 'high care'-psychiatrie zou bevorderen.

Verzekeraar Het inkopen van zorg kan een instrument zijn om de kwaliteit te verbeteren, door zorgvoorwaarden te formuleren waarop de instellingen financieel afgerekend worden. Het opstellen van deze kwaliteitscriteria wordt niet bij alle verzekeraars gedaan in overleg met cliënten, professionals en instellingen. In de toekomst zullen de verzekeraar en ggz per regio kwaliteitscriteria opstellen. Idealiter volgen ze de beweging die er al is en geven ze richting aan het beleid. Dit geldt ook bij het terugdringen van dwang en drang: het huidige prestatiecontract bepaalt dat er bij 10% reductie in aantal separaties per jaar aanzienlijk meer productie (en dus omzet) gemaakt mocht worden door de instelling. In de toekomst is te verwachten dat het tarief waar tegen de zorgverzekeraar een bepaalde dienst inkoopt afhankelijk wordt van de geleverde – objectieveerbare – kwaliteit.

Samenvatting Naast de consensus over wenselijkheid, de stapsgewijze benadering en weerbaarheid van de materie valt op dat er vanuit de verschillende perspectieven eigen accenten werden gelegd op de noodzaak van, respectievelijk, een op dit terrein toegespitst kwaliteitsbeleid (raad van bestuur, geneesheer-directeur, beroepsvereniging, inspectie), participatie door patiënt en naasten (patiënt, familie), de werkvloer (klinische praktijk), het entameren van wetenschappelijk onderzoek (jurist, ethicus, beroepsvereniging, inspectie) en het uitoefenen van druk om het onderwerp, dat tot de kern van het vak behoort hoger op de agenda van instellingen te krijgen (raad van bestuur, politicus, verzekeraar). Het ging hier echter niet om echte verschillen van inzicht: de verschillende accenten wijzen alle dezelfde richting op.

In feite kan men immers de aanbevelingen uit bovengenoemde gesprekken kort als volgt weergeven. Het verhogen van de kwaliteit van dwangtoepassing in de ggz zoals separeren berust op twee pijlers. Enerzijds is er de noodzaak om de kwaliteit van een klinische behandeling in de ggz waarvan separatie en dwangmedicatie een onderdeel kan zijn, zoveel mogelijk met behulp van wetenschappelijk onderzoek te verbeteren. Anderzijds wordt de nadruk gelegd op een versterking van de actieve participatie van alle betrokkenen: patiënten, familie, maar ook van behandelaars, instellingen, politici et cetera.

DISCUSSIE

Wij zullen enkele kanttekeningen plaatsen bij de twee hierboven genoemde pijlers van een kwalitatief hoogwaardig dwangtoepassingsbeleid.

Wetenschappelijke onderbouwing

Ten eerste, de door ons gevonden nadrukkelijke behoefte aan wetenschappelijke onderbouwing van het separatiebeleid wekt geen verbazing. Wij zullen de beschikbare wetenschappelijke

evidence kort bespreken aan de hand van de drie eisen die wettelijk aan de toepassing van dwang in de psychiatrie worden gesteld: doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.

Doelmatigheid Er is beperkt onderzoek beschikbaar over de indicaties, effectiviteit en resultaten op lange termijn van separeren voor verschillende indicaties. In een cochrane-meta-analyse concludeerde men dat er geen gerandomiseerd onderzoek beschikbaar is waarin het therapeutisch effect van separatie kon worden aangetoond (Sailas & Fenton 2003). Het separeren gebeurt *practice- of opinion-based*. Relatief ongekwalificeerd personeel, arts-assistenten niet of net in opleiding, zijn over het algemeen werkzaam op deze afdelingen, er ontbreken veelal protocollen en richtlijnen over voor welke indicaties separatie op welke wijze effectief zou kunnen zijn. De doelmatigheid van separatie bij het afwenden van acuut gevaar is overigens veelal groter dan noodmedicatie (Cashin 1996).

Onze eerste kanttekening is dat het voorzien in wetenschappelijk bewijs voor dit deel van ons vak blijkbaar geen prioriteit heeft, gezien het aantal publicaties over het onderwerp, en ook geen aanzien oplevert, gezien de impactfactor van de publicaties.

Proportionaliteit Zijn de dwangtoepassingen in verhouding tot het gevaar? In de publieke pers stelt men regelmatig dat er in het buitenland veel minder gesepareerd wordt, en in Nederland dus te veel. Mogelijk is het gevaar toegenomen als gevolg van verminderde maatschappelijke tolerantie en verzwaarde psychiatrische problematiek door toenemend oppeppend in plaats van verdovend drugsgebruik. Dit zou de enorme toename van het aantal Inbewaringstellingen in de afgelopen 20 jaar kunnen verklaren, naast de veranderde Wet Bopz (Van Ewijk & Gijsbers van Wijk 2008). Een toename van dwangopnames wordt vanzelf gevolgd door een toename van separeerbehoefte patiënten. Vanaf 2008 zijn de dwangtoepassingen betrouwbaarder geregistreerd in Argus; er waren toen gemiddeld 305

separaties per 1000 opnamen en 5,1 per 1000 bezette bedden (Janssen e.a. 2009). De separatieduur zou verminderd zijn van 16 dagen in 2002 naar 5 dagen in 2008. In de Verenigde Staten zouden er 60 separaties per 1000 opnamen en tussen de 3 en 110 separaties per 1000 bezette bedden zijn. In Europa varieert het aantal separaties tussen de 66 en 116 per 1000 opnamen. Het internationaal vergelijken van aantallen separaties stuit op een aantal problemen; er zijn grote methodologische verschillen in de aangehaalde onderzoeken, zoals het ontbreken van differentiatie tussen separeren, insluiten en afzonderen, geen onderscheid tussen gedwongen of vrijwilligheid. Er kan dus zeker niet geconcludeerd worden dat er in Nederland meer dwang (separatie en medicatie) wordt toegepast dan in het buitenland, wel zijn er aanwijzingen dat er meer gesepareerd wordt.

Onze tweede kanttekening luidt dat het doel om het aantal separaties terug te dringen een reactie is op de publieke opinie, die vraagtekens zet bij de ethische kanten van onvrijwillige separaties en vindt dat het aantal geminimaliseerd moet worden. Het is uit gedegen wetenschappelijk onderzoek niet eenduidig gebleken dat er te veel, te vaak of lang gesepareerd wordt (Janssen e.a. 2009).

Subsidiariteit Het gevaar moet worden tegegaan met de minst ingrijpende maatregel. Vanuit juridisch oogpunt maakt het geen verschil dat medicatie ook therapeutisch is; dwang is dwang (Welie 2009). De wens van de patiënt zou leidend zijn bij de keuze voor dwangtoepassing (Welles & Widdershoven 2007). Onderzoek naar de voorkeur van de patiënten wees uit dat de helft liever gesepareerd wordt en de andere helft liever dwangmedicatie krijgt (Veltkamp e.a. 2008). Het alternatief van separatie zou beschikbaar moeten blijven voor hen die dat prefereren. Met de komst van de verwachte nieuwe behandelwet 'verplichte ggz' (verwacht in 2011) zal het aantal gedwongen opnames en separaties kunnen afnemen, maar er wordt wel gevreesd voor een toename van het aantal dwangtoepassingen in de ambulante sector (Bos & Knuttel 2009).

De discussie over het terugdringen van dwang en drang richt zich nu voornamelijk op het terugdringen van het aantal separaties, terwijl daar primair niet de klacht van de patiënt ligt. Patiënten zijn ontevreden over alle dwangtoepassingen, maar de afgelopen jaren vragen ze meer ondersteuning bij de patiënt-vertrouwenspersoon (pvp) over dwangmedicatie dan over separatie (Welles & Bij 't Vuur 2009). De uitvoering van separatie zou wel nog aan kwaliteit kunnen winnen. De klachten gaan namelijk over de uitvoering en communicatie met de hulpverleners (Veltkamp e.a. 2008). Patiënten noemen als negatiefste aspecten van separatie dat ze hun sieraden hadden moeten afgeven en zich (gedeeltelijk) hadden moeten uitkleden, dat er te langzaam gereageerd werd op de bel of de intercom en de onzekerheid of hun oproep gehoord was (Stolker e.a. 2004). Op de afdeling zou een onderhandelingsklimaat moeten zijn in plaats van een repressief of beheersklimaat, tijdige de-escalatie staat daarbij centraal. Verder is het bekend dat afdelingen met eigen kamers voor patiënten en goede geluidsisolatie minder separeren (Fisher 1994). Het vervangen van de ene dwangtoepassing door de andere lijkt weinig zinvol; aandacht voor de wens van de patiënt is meer op zijn plaats.

Onze derde kanttekening is daarom dat naar onze mening een reductie van het aantal separaties zonder inhoudelijke kwaliteitsverbetering inzake indicatie en toepassing van dwang in het algemeen niet wenselijk is. De inspanningen binnen een project zoals 'terugdringen van dwang en drang' richten zich nu vooral op kwantiteit van separaties, er zal ook meer specifieke aandacht moeten komen voor de kwaliteit van indicatie en toepassing daarvan. Het is niet wenselijk dat instellingen onderling de competitie aangaan over percentages teruggedrongen separaties.

Participatie en betrokkenheid Van de tweede pijler zullen we primair de betrokkenheid van de behandelaars bespreken. Natuurlijk is de participatie van andere partijen ook van belang, met name die van de patiënten, maar die is op andere plaatsen al veel aan de orde gesteld.


Van 2006 tot 2010 heeft GGZ Nederland zich samen met 42 instellingen ingespannen om de duur en het aantal separaties terug te brengen (Herrmann 2009). Hierdoor is een gewenste cultuurverandering op gang gekomen, maar het is wel een proces dat tijd nodig heeft. Het is belangrijk hiervoor begrip te hebben: de positie van degenen die dwang moeten toepassen, is immers niet zonder innerlijke spanningen: afwijkend gedrag in het openbaar wordt niet getolereerd, die mensen moeten worden opgenomen is de publieke opinie, maar eenmaal in de kliniek is dwang uit den boze. Men zou dit kunnen typeren als een 'dubbele moraal'. Wellicht mede daardoor is het historisch zo gegroeid dat klinische afdelingen in het algemeen en de dwangtoepassingen in het bijzonder een verwaarloosd gebied zijn vanuit de beroepsgroep. Het separeerbeleid is mogelijk als gevolg daarvan vooral onderwerp van discussie geworden buiten de psychiatrie. Het is enerzijds uiteraard toe te juichen dat er van buiten het vak meegeacht wordt. Anderzijds krijgt men in deze discussie wel eens de indruk dat de beste stuurder aan wal staan. Niet in de ggz werkzame disciplines missen vaak de ervaring van hen die tot de enkels in de modder hebben gestaan en gewerkt hebben op een gesloten afdeling waar soms patiënten worden opgenomen die je niet kunt verstaan, maar die je wel een klap kunnen geven. Professionals die klinisch werken, zouden ook geen tegenstanders zijn van separatie (Van Doeselaar e.a. 2008).

Bij het separeerbeleid is het daarom opvallend dat, hoewel dit een handeling is die op gezag van de psychiater plaatsvindt, psychiaters zelf maar beperkt het initiatief nemen in het debat (Spijker e.a. 2005). Verandering van de praktijk zal echter het meeste kans van slagen hebben als deze geïnitieerd wordt door degene onder wiens verantwoordelijkheid de separaties plaatsvinden, de psychiater. De veranderde ggz-patiënt, die meer drugs gebruikt en agressiever is, vraagt om de ontwikkeling van een nieuwe visie op behandeling waarvan separatie een onderdeel kan zijn. Uiteraard is dit alleen mogelijk in samenspraak met alle betrokken disciplines, en dan met name de ver-

pleegkundigen. Een multidisciplinaire aanpak is vereist met aandacht voor zorginhoudelijke en facilitaire aspecten naast een kwalitatief en kwantitatief op peil gebracht verpleegkundig team (Gaskin e.a 2007). Het publiceren door de NVvP van een monodisciplinaire richtlijn is daarom nog maar een eerste stap, betrokkenen dienen een multidisciplinair vervolgtraject te starten.

BESLUIT

Uit de interviews met de landelijke beleidsmakers bleek een opvallende consensus over de manier waarop de kwaliteit van dwangtoepassingen in de ggz verbeterd kan worden: er is behoefte aan meer wetenschappelijk onderzoek en er wordt een actieve participatie verlangd van de betrokken partijen. Kortom, er zal verder gedegen onderzoek moeten komen naar de klinische praktijk van separaties geïnitieerd door de betrokken beroepsgroepen zelf waarbij aandacht is voor de incidentie en duur, de indicaties, het effect per patiëntengroep en/of indicatie, het effect van de alternatieven.

 Dit artikel was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de geïnterviewden.

LITERATUUR

- Abma T, Voskes Y, Landeweer E, e.a. (2009). Lerende netwerken: uitdagingen en oplossingen voor dwangreductie in de praktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2009; 64: 571-82.
- Abma TA, Widdershoven GAM, Landeweer E, Voskes Y, Hommes J, Vrijlandt AJ. Opsluiten moet stoppen: tien punten voor separerarme psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2008; 63: 984-90.
- Abma TA. Dwang hoeft niet!: het cliëntenperspectief op dwang en drang in de psychiatrie. *Medische Antropologie* 2005; 17: 201-16.
- Berghmans R. Kwaliteitscriteria dwang en drang. Brochure, publicatienummer 2001-145 Amersfoort: GGZ Nederland; 2001.

- Bos F, Knuttel M. Dwang tot achter de eigen voordeur. Commentaar op het conceptwetsvoorstel *Verplichte ggz*. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2009; 64: 1068-79.
- Cashin A. Seclusion: the quest to determine effectiveness. *J Psychosocial Nurs* 1996; 34: 17-21.
- Doeseelaar M van, Slegers P, Hutschemaekers G. Professionals' attitudes toward reducing restraint: the case of seclusion in the Netherlands. *Psychiatr Q* 2008; 79: 97-109.
- Ewijk W van, Gijsbers van Wijk CMT. Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam: een historische gevalsbeschrijving. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 41-6.
- Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1584-91.
- Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 298-303.
- Herrmann G. 'Van beheersen naar voorkomen': 42 projecten van GGZ Nederland. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2009; 64: 521-9.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2008.
- Janssen WA, Noorthoorn EO, de Vries WJ. Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2009; 64: 457-469.
- Meadows LM, Morse J. Constructing evidence within the qualitative project. In: JM Morse, JM Swanson, AJ Kuzel (red.), *The nature of qualitative evidence*. Thousand Oaks: Sage; 2001: 187-200.
- NVvP-commissie. Richtlijn besluitvorming dwang. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illness (Cochrane Review). *Cochrane Library* 2003; 3.
- Spijker J, de Ruiter G, de Blok H, e.a. (2005). De rol van psychiaters bij separeren. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2005; 60: 1084-94.
- Stolker JJ, Nijman H, Zwanikken PH. Separatie: een noodzakelijk kwaad? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2004; 59: 193-204.
- Stringer B, Welleman R, Berkheij E, e.a. De eerste vijf minuten: het halve werk. Eindverslag dwangtoepassingen, 2007-2008. Amsterdam: GGZ inGeest; 2009.

- Veltkamp E, Nijman H, Stolker JJ, e.a. Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 2008; 59: 209-11.
- Welie SPK. Gedwongen separatie of medicatie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2009; 64: 480-5.
- Welles F, bij 't Vuur P. Minder vragen en klachten over separatie door dwang & drangprojecten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2009; 64: 510-20.
- Welles F, Widdershoven TP. Separatie of medicatie: de patiënt aan het woord. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2007; 62: 475-86.
- Ypsilon. Gezocht: aandacht, observatie en aanwezigheid. *Ypsilon Meldweek Separeerpraktijk - de resultaten. Voorburg: Ypsilon*; 2008.

AUTEURS

A. DOLS was psychiater in opleiding bij GGZ inGeest, voormalig BuitenAmstel te Amsterdam en is nu werkzaam als psychiater op een polikliniek voor ouderen bij GGZ inGeest/VUMc te Amsterdam.

W. VAN TILBURG is emeritus hoogleraar VU Medisch Centrum te Amsterdam en werkzaam als psychoanalyticus.

Correspondentieadres: A. Dols, GGZ inGeest, Polikliniek voor Ouderen, Valeriusplein 14, 1075 BH Amsterdam.

E-mail: a.dols@ggzingeest.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-6-2010.

SUMMARY

Reduction in the use of seclusion: some views on the current situation – A. Dols, W. van Tilburg –

BACKGROUND In 2001 quality criteria for the use of seclusion and restraint were defined for the purpose of reducing coercive measures imposed during the treatment of mental disorders. The criteria focused mainly on reducing the use of seclusion. There was broad support for the implementation of the policy. We tried to conduct a mid-term evaluation in order to find out to what extent the various policy makers involved were still in favor of the new strategy.

METHOD We interviewed 11 of the parties involved (ranging from politicians and inspectors to professionals and patients) in order to evaluate the process.

RESULTS The majority of the interviewees still agreed about the desirability and design of the process. However, there were differences in emphasis regarding the following aspects: quality control, scientific research, patient participation and pressure put on institutions.

CONCLUSION The implementation of the strategy aimed at reducing the number of seclusion is being hindered by the lack of research into the clinical practice of seclusion. If the professionals involved were to initiate such research, it would help to guarantee the quality of patient assessment and ensure the application of the new criteria.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)11, 775-783]

KEY WORDS management, restraint, seclusion