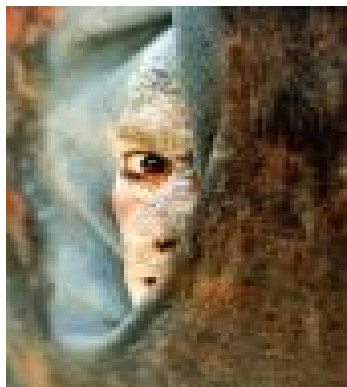




Kwaliteitscriteria – dwang en drang
“Onlosmakelijk verbonden”



Brigitte Twilhaar
Studentnummer: 20041528
Hbov dual verkort traject
Haagse Hogeschool
Tutor: B.van Galen
Psychiatrische instelling: Rivierduinen
Werkbegeleiding: Patricia van Es
Praktijkbegeleiding: Helen van Rooijen
Projectbegeleiding: Theo Huigen

*Ik heb een eigen hoofd en handen
Eigen ogen, eigen hart
Eigen ziel en ingewanden
Eigen denken eigen smart*

*Maar ik vind het allermooiste
Ik voel 't duidelijk elke dag
Dat ik op mijn eigen houtje
Over mijn leven beslissen mag*

(Brigitte Twilhaar)

Voorwoord

Dit verslag heb ik geschreven in opdracht van mijn differentiatie tot HBO verpleegkundige. Bij het onderzoek en het maken van het verslag heb ik hulp gehad van Mevrouw P. van Es en Dhr T. Huigen. Ik ben hun zeer erkentelijk voor hun hulp en kritisch inzicht en feedback.

Daarnaast bedank ik mijn collega's van de afdeling die mij de mogelijkheid hebben gegeven tijd te investeren in mijn verslag en die meegewerkt hebben aan mijn onderzoek door deelname aan de door mij uitgevoerde enquête.

Met mijn verslag wil ik een aanzet geven tot meer bekendheid omtrent landelijke en organisatorische ontwikkelingen onder verpleegkundigen van Larikshof om op die manier deel te nemen aan de discussie omtrent dwang en drang en de daarmee beoogde verbetering van kwaliteit van zorg rondom dit onderwerp.

Inhoud

Voorwoord	3
Inhoud	4
1. Inleiding	7
2. Rolbeschrijving	8
3. Verpleegkundige afdelingswaarden	10
3.1 Afdelingsvisie	10
3.2 Zorgvraag	10
3.3 Zorgaanbod	10
4. Keuze van het onderwerp	12
4.1 Hoe is het onderwerp tot stand gekomen?	12
5. Specificatie onderwerp	14
5.1 Beslisboom	14
5.2 Model van Ishikawa	16
6. Doelgroep/Doelstelling en subdoelen	17
6.1 Voor wie en voor welke doelgroep wordt het projectverslag vervaardigd?	17
6.2 Doelstelling	17
6.3 Subdoel	17
7. Beschrijven feitelijke situatie	18
8. Onderzoeksvraag/subvragen	20
8.1 Onderwerp/onderzoeksvraag	20
8.2 Subvragen	20
9. Uitwerking subvragen	21
9.1 Wat is dwang en drang?	21
9.2 Ethisch perspectief van dwang en drang	22
9.3 Evidence-based psychiatrie en dwang	22
9.4 Wat is het wettelijk kader van dwang en drang	23
9.4.1 WGBOW	23
9.4.2 Wet Bopz	23
9.4.3 Procedures van onvrijwillige opnemings	25
9.4.4 Verhouding wet BOPZ- WGBOW	31
9.4.5 Klachtrecht	31
9.4.6 Patiëntenvertrouwenspersoon	32
9.4.7 Dwangbehandeling in BOPZ	32
9.5 Wat zijn de diverse dwangtoepassingen en hoe worden deze in de Bopz omschreven?	34
9.5.1 Drie soorten dwangtoepassingen	34
9.5.2 Begrippen Middelen of Maatregel	35
9.5.3 Procedure dwangtoepassingen	35

9.6 Wat zijn de ontwikkelingen in de omringende landen wat betreft dwang en drang?	36
9.7 Wat zijn de landelijke ontwikkelingen op het gebied van dwang en drang?	40
9.7.1 Historie	40
9.7.2 Ontwikkeling richtlijn	40
9.7.3 Overheidsbeleid	41
9.7.4 Dwang en drang ter discussie	43
9.7.5 Kwaliteitscriteria	44
9.7.6 Signaleringsplannen	48
9.7.7 Toename dwangtoepassingen, in bewaring stelling	49
9.7.8 Mening patiëntenvereniging/ vereniging familie van patiënten met schizofrenie	49
9.8 Wat zijn de ontwikkelingen binnen Rivierduinen op het gebied van dwang en drang?	50
9.8.1 Kwaliteitszorg	50
9.8.2 Doelstelling BODS	51
10. Onderzoek en Resultaten	54
10.1 De empirische cyclus	54
10.2 onderzoek/vraagstelling	55
10.3 Design/meetinstrument	55
10.4 resultaten	56
10.4.1 Enquêtevragen	57
10.4.2 Stellingen	59
10.4.3 Stellingen	61
10.5 Kritische discussie	63
10.5.1 De validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument	63
10.5.2 De vragen en stellingen	63
11. Wenselijke situatie	65
12. Eisen en criteria	66
12.1 Hoe wil ik invulling geven aan deze criteria?	66
12.2 Eisen en criteria bij gebruik kwaliteitscriteria	66
13. Conclusie	72
14 Aanbevelingen (macro, meso en micro niveau)	73
15.Samenvatting	75
16.Uitleg mijn aandeel expertgroep	76
17. Evaluatie en reflectie	78
Nawoord	81
Bronvermelding	82
Begrippenlijst	84

<i>De namen , adressen, telefoonnummers, e-mail adressen van de begeleiders, groepslid en docent.</i>	<i>86</i>
<i>Voetnoten</i>	<i>87</i>
<i>Bijlage 1 Enquête onderzoek</i>	<i>88</i>

1. Inleiding

De rol van ontwerper werk ik uit door de proeve van bekwaamheid uit te voeren die ik heb omschreven in het kader van mijn HBO v opleiding.

Met de uitwerking van de proeve van bekwaamheid voor de rol van ontwerper wil ik laten zien hoe ik uitvoering heb gegeven aan deze rol.

In de rol van ontwerper heb ik gekozen voor een onderdeel dat in aanmerking komt voor kwaliteitsverbetering. Landelijk zijn er veel ontwikkelingen gaande op dit gebied en nu is er binnen de instelling een onderzoek gestart naar de mogelijkheden van dwang en drang reductie. In opdracht van het management van mijn afdeling wil ik aanbevelingen doen aan het management over de (on)mogelijkheden van dwang en drang reductie op de afdeling waar ik werkzaam ben en het gebruik van de kwaliteitscriteria dwang en drang. De aanbevelingen doe ik voor de verpleegkundige beroepsgroep. Ik beschrijf eerst de inhoud van de rol. Vervolgens beschrijf ik hoe het onderwerp tot stand is gekomen en voor welke doelgroep het onderwerp is bedoeld. Tevens geef ik aan welke stappen ik heb doorlopen om mijn doelstelling te bereiken.

Ik beschrijf de landelijke ontwikkelingen omtrent dwang en drang en de ontwikkelingen binnen de instelling. Ik heb een enquêtelijsst gemaakt en deze opgestuurd naar verpleegkundigen van de afdeling en verpleegkundigen binnen ggz haagstreek. De resultaten van deze enquêtelijssten heb ik verwerkt in grafieken, zodat duidelijk te zien is hoe de verpleegkundigen denken over de mogelijkheden voor het terugdringen van dwang en drang. Tevens heb ik een vergelijking gemaakt tussen de uitkomsten van de enquête onder de verpleegkundigen van de afdeling en de verpleegkundigen werkzaam op diverse afdelingen binnen GGZ Haagstreek.

Door het beschrijven van de landelijke ontwikkelingen, de ontwikkelingen binnen de instelling en de resultaten van mijn onderzoek onder betrokken verpleegkundigen wil ik het management aanbevelingen doen omtrent het terugdringen van dwang en drang binnen afdeling Larikshof.

2.Rolbeschrijving

Rol: Ontwerper

Domein: Organisatie van zorg

Domeinspecificatie: Verpleegbeleid

Competentiebeschrijving: Om de zorg voor de patiënten met psychotische belevingen en/of ernstige gedragsproblematiek in crisissituatie te verbeteren.

Onderzoek ik samen met medewerkers van andere disciplines de mogelijkheid tot het terugdringen van dwang en drangmaatregelen.

Situatiebeschrijving

Op de afdeling waar ik momenteel werkzaam ben zijn patiënten opgenomen met waandenkbeelden die voortkomen uit een psychotische beleving en patiënten met forse gedragsproblematiek. De gemoedstoestand van deze patiënten vraagt soms om ingrijpen met behulp van dwangmaatregelen om onveilige situaties te voorkomen. Verpleegkundigen weten dat het toepassen van een dwangmaatregel een zeer ingrijpende toestand kan zijn voor alle betrokkenen. Deze patiënten maken vaak angstige en verwarrende dingen mee. De verpleegkundige relatie met de patiënt kan onder druk komen staan, omdat ze met de patiënt van opvatting verschillen over de noodzaak van de dwangmaatregel of de wijze waarop deze wordt uitgevoerd. Door alternatieven te ontwikkelen zou je het gebruik van de dwangmaatregelen kunnen verminderen.

Als HBO verpleegkundige moet je in staat zijn om een complexe situatie in te schatten en de zorg hierop af te stemmen. Er wordt een beroep gedaan op de creativiteit. De situaties moet je kunnen beoordelen door gebruik te maken van kennis over de nieuwste ontwikkelingen op dit gebied.

Als verpleegkundige moet je een gevoel van veiligheid en vertrouwen brengen.

Er is landelijk steeds meer discussie over de noodzaak van het gebruik van dwangmaatregelen. Binnen de organisatie is er een projectgroep in het leven geroepen die zich bezighoudt met dit vraagstuk. Zij bekijken vanuit de praktijk welke zaken van belang zijn om dwang en drangmaatregelen te reduceren.

Als HBO verpleegkundige moet ik voorwaarden scheppen voor verbetering van het primaire proces. Dit houdt in kwaliteitsbewaking, beheersing en verbetering.

De leidinggevende van de locatie waar ik momenteel werkzaam ben heeft mij gevraagd om een onderzoek te doen naar de mogelijkheden van reductie van dwang en drangmaatregelen en wat dit voor invloed heeft op medewerkers en de patiënten. Dit onderzoek moet zich dan specifiek richten op de mogelijkheden en gevolgen voor onze locatie. Door onderzoek te doen in de praktijk waar ik werkzaam ben naar de voordelen van reductie van dwang en drangmaatregelen en naar de mogelijkheden van alternatieven voor het gebruik van dwang en drangmaatregelen, wil ik de ontwikkeling van de zorg op landelijk niveau integreren in de dagelijkse praktijk en hiermee de kwaliteit van zorg aan patiënten met psychotische belevingen of gedragsproblematiek verbeteren.

Bij

Het onderzoeken naar de mogelijkheden van het terugdringen van dwang en drangmaatregelen

Gaat het om

Inventariseren van de kennis en voorkeuren over dwang en drangmaatregelen bij medewerkers van de afdeling en andere disciplines.

Inventariseren van ervaringen van patiënten.

Inventariseren beleid binnen de instelling.

Inventariseren van regionaal beleid.

Inventariseren van landelijk beleid.

Onderzoeken van wetenschappelijke inzichten over dwang en drangmaatregelen.

Aanbevelingen schrijven voor het management .

Zodat

De kwaliteit van zorg voor patiënten met psychotische problematiek en /of ernstige gedragsproblematiek kan worden verbeterd.

3. Verpleegkundige afdelingswaarden

Met dit hoofdstuk wil ik een indruk geven van de afdeling waar ik het procesverslag op heb gebaseerd. Op die manier kan een indruk worden verkregen van de relatie tussen de afdeling en de toepassing van dwang en drang.

3.1 Afdelingsvisie

Op afdeling Larikshof open waar ik momenteel werkzaam ben verblijven 16 patiënten met psychiatrische problematiek. Schizofrenie, depressie, bipolaire stoornis en persoonlijkheidsstoornissen zijn de ziektebeelden die voorkomen. De patiënten die ik begeleid hebben behoefte aan langdurende intensieve zorg. Er is sprake van meervoudige problematiek. De patiënten variëren in leeftijd van 25 tot 60 jaar. Wij werken met zelfsturende teams. Het team bestaat uit verpleegkundigen van niveau 4 en 5 en sociaal pedagogische hulpverleners. Er is een verpleegkundig coach per team aanwezig. De afdeling biedt 24-uurs zorg. Overdag en 's avonds zijn twee medewerkers aanwezig en 's nachts is er één medewerker aanwezig. De kliniek en het behandelhuis zijn gescheiden, maar werken nauw samen. Binnen het team van het behandelhuis bevinden zich een psychiater, arts assistent, psycholoog, psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker en een activiteitenbegeleider.

Men werkt vanuit de rehabilitatie visie. Doel van de zorg is mensen te helpen beter te functioneren, zodat men met succes en naar tevredenheid kan leven, wonen, werken, leren en sociale contacten kan onderhouden in een omgeving die het beste bij hen past.

Uitgangspunt is dat patiënten de mogelijkheid krijgen door te stromen naar een woonomgeving waarbinnen men zelfstandiger kan functioneren.

Op de afdeling komen regelmatig agressie incidenten voor.

Door te kijken naar de individuele en beïnvloedende factoren wil men het ontstaan van de agressie bepalen. Door invloed uit te oefenen op deze factoren kunnen agressie-incidenten worden voorkomen en de dwang en drangtoepassing die daarmee gepaard gaat.

3.2 Zorgvraag

Naast de meest voorkomende problematiek van de voorkomende ziektebeelden: Schizofrenie, depressie, bipolaire stoornis en persoonlijkheidsstoornissen, is er ook sprake van gedragsstoornissen.

Patiënten die op de afdeling verblijven, willen weer zelfstandig of begeleid wonen. Een ander deel kan niet zelfstandig of begeleid wonen, maar wil wel deel uit blijven maken van de samenleving. Zij geven zelf aan op welke manier zij hier vorm aan willen geven.

3.3 Zorgaanbod

Er wordt zorg geboden aan patiënten met complexe problematiek.

(Psychische problematiek, gedragsproblemen en somatische problematiek).

Zorg wordt geboden vanuit het behandelplan. Uitgangspunt is de wens van de patiënt.

Door toename van de trans- en extramuralisering verblijven patiënten steeds korter binnen de kliniek. Resultaat is dat de patiënten die in de kliniek zijn opgenomen complexere zorg behoeven. Voor hun is het vaak moeilijk om in een zelfstandige woonomgeving te functioneren.

Er wordt de mogelijkheid geboden tot verblijf, behandeling, verpleging, begeleiding bij de persoonlijke verzorging en verschillende vormen van activerende en ondersteunende begeleiding bij activiteiten van het dagelijks leven. Het aanbod sluit aan op datgene wat patiënten nodig hebben om in een meer zelfstandige setting te functioneren en is gericht op de ontwikkelingsmogelijkheden en zet in op de eigen verantwoordelijkheid. Sinds kort wordt er gewerkt binnen de organisatie met de Diagnose Behandel Combinaties.

Door de opkomst van de DBC's¹. (de Diagnose Behandel Combinaties), moet inzichtelijk worden gemaakt welke hulp aan een patiënt wordt geboden en welke tijd daaraan wordt besteed.

De DBC-registratie geeft het ziekenhuis meer inzicht in de kosten van een behandeling. Door hun bedrijfsvoering aan te passen kunnen ze goedkopere en doelmatigere zorg leveren².

Door gebruik te maken van signaleringsplannen wil men begeleiding bieden door verpleegkundige interventies toe te passen die vooraf met de patiënt zijn afgesproken wanneer hij of zij zich in een bepaalde fase van hun gemoedstoestand bevinden³.

De interventies houden rekening met houding en bejegening.

Basishouding:

- Rustig blijven
- Contact houden
- Afstand houden
- Respect tonen

Bejegeningstijl:

- Geduldig zijn
- Acceptatie en vertrouwen winnen
- Duidelijk zijn
- Neutrale houding
- Een onverwachte houding aannemen
- Een autoritaire houding

Naast bejegeningstijlen worden beïnvloedingsstrategieën onderscheiden.

De keuze voor één van de strategieën hangt af van de bereidheid tot samenwerking tussen verpleegkundige/behandelaar en de patiënt.

De vier beïnvloedingsstrategieën:

- Open overleg
- Onderhandelen
- Overtuigen
- Afdwingen

Interventies bij agressie en dreigende escalaties die worden toegepast:

- Ruimte bieden
- Grenzen stellen
- Vrijheid beperken
- Toepassen van Middelen en Maatregelen

¹ www.cg-raad.nl

² www.minVWS.nl

³ Bogers,J, *Voorkómen van, vóórkomen van en omgaan met agressie*

4. Keuze van het onderwerp

Voor mijn onderwerp heb ik een keuze gemaakt voor een item dat op dit moment zowel landelijk als organisatorisch zeer actueel is.

Er vinden op dit moment allerlei ontwikkelingen plaats op dit gebied. Ik heb ervoor gekozen om te bekijken welke landelijk vastgestelde kwaliteitscriteria er binnen Larikshof geïmplementeerd kunnen worden als onderdeel van reductie van dwang en drang?

4.1 Hoe is het onderwerp tot stand gekomen?

Als HBO verpleegkundige moet je in staat zijn tot kwaliteitsverbetering⁴.

Momenteel is er landelijk een tendens ontstaan voor het terugdringen van dwang en drang in de psychiatrie. Interventies in de psychiatrie die gepaard kunnen gaan met dwang en drang zoals, separatie, fixatie en dwangmedicatie beperken de vrijheid van een individu in en worden vaak door alle betrokkenen als ingrijpend ervaren. Binnen de Geestelijke gezondheidszorg is er sprake van een hoge mate van respect en gelijkwaardigheid tussen patiënten en hulpverleners. Maar wanneer het gaat om toepassing van dwang ontstaan er een aantal problemen. Het nemen van verantwoordelijkheden van medewerkers ten opzichte van patiënten die hun bestaan te gronde richten en het toepassen van dwang wanneer dat niet noodzakelijk is zijn zaken die vragen om kwaliteitsverbetering ten opzichte van dwang en drang. Het management van ziekenhuis Rivierduinen waar ik momenteel werkzaam ben is inmiddels ook van mening dat zij gericht moeten gaan kijken naar het kunnen reduceren van dwang en drang binnen de instelling. Onder de verpleegkundigen van Larikshof is nog weinig bekend over de ontwikkelingen op landelijk gebied. Hierdoor is het moeilijk om in te schatten wat nu al wordt gedaan aan dwang en drang en wat hier nog voor verbetering in aanmerking komt. Door duidelijk in kaart te brengen hoe het management van Rivierduinen de landelijke ontwikkelingen volgt en in praktijk wil brengen en daarnaast te kijken naar wat verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen rivierduinen en specifiek op Larikshof vinden van deze ontwikkelingen, wil ik een vertaalslag maken van de landelijke ontwikkelingen naar de praktijk. Op deze manier wil ik een verbetering bewerkstelligen in de directe patiëntenzorg.

Binnen de organisatie is er een projectgroep in het leven geroepen die zich bezighoudt met dit vraagstuk. Zij bekijken vanuit de praktijk welke zaken van belang zijn om dwang en drangmaatregelen te reduceren. Als HBO verpleegkundige moet ik voorwaarden scheppen voor verbetering van het primaire proces. Dit houdt in kwaliteitsbewaking, beheersing en verbetering. Door onderzoek te doen in de praktijk waar ik werkzaam ben naar de voordelen van reductie van dwang en drangmaatregelen en naar de mogelijkheden van alternatieven voor het gebruik van dwang en drangmaatregelen, wil ik de ontwikkeling van de zorg op landelijk niveau integreren in de dagelijkse praktijk en hiermee de kwaliteit van zorg aan patiënten met psychotische belevingen of gedragsproblematiek verbeteren.

⁴ Gekwalificeerd voor de toekomst

De competenties die ik hierbij wil behalen zijn

- Rekening houden met de waarden van de patiënt
- Oplossingsrichtingen formuleren voor dagelijkse problemen
- Vakinhoud vertalen naar dagelijkse praktijk
- Uitdragen van beroepswaarden
- Continu de eigen werkstijl en de afdeling willen en durven veranderen
- Openstaan voor ontwikkelingen binnen de organisatie

5. Specificatie onderwerp

Voor het specificeren van het onderwerp heb ik gekozen voor het gebruik van een beslisboom⁵ en een analyse met behulp van het visgraatdiagram van Ishikawa⁶. Ik geef hieronder een uitwerking van beide methoden.

De beslisboom geeft op een overzichtelijke manier weer welke keuzes ik heb gemaakt. Het visgraatdiagram van Ishikawa geeft de diverse problematiek schematisch weer.

5.1 Beslisboom

Door het maken van een beslisboom wil ik de relevantie van het onderwerp aantonen. De vraag die beantwoordt moet worden is allereerst of het een praktisch gebeuren betreft of dat het meer vanuit wetenschappelijke interesse gekozen is. Dan is de vraag of er iets aan gedaan kan worden, hoe vaak het probleem voorkomt en wat de winst is. In hoeverre kan verbetering plaats vinden op het gebied van professioneel handelen, risicomanagement, klantentevredenheid en kosteneffectiviteit door invoering van een kwaliteitsstudie?

Daarna wordt de grootte van het probleem geschat. Het vaststellen van frequentie en de schatting van winst en grootte bepalen of het probleem geschikt is als onderwerp voor een kwaliteitsstudie. Indien er een andere actie plaats kan vinden die zorgt voor de oplossing van het probleem zoals overleg of inschatting van personeelsbezetting, dan is het onderwerp ook niet geschikt voor een kwaliteitsstudie.

⁵ Giebing,H, *Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen*

⁶ Giebing,H, *Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen*

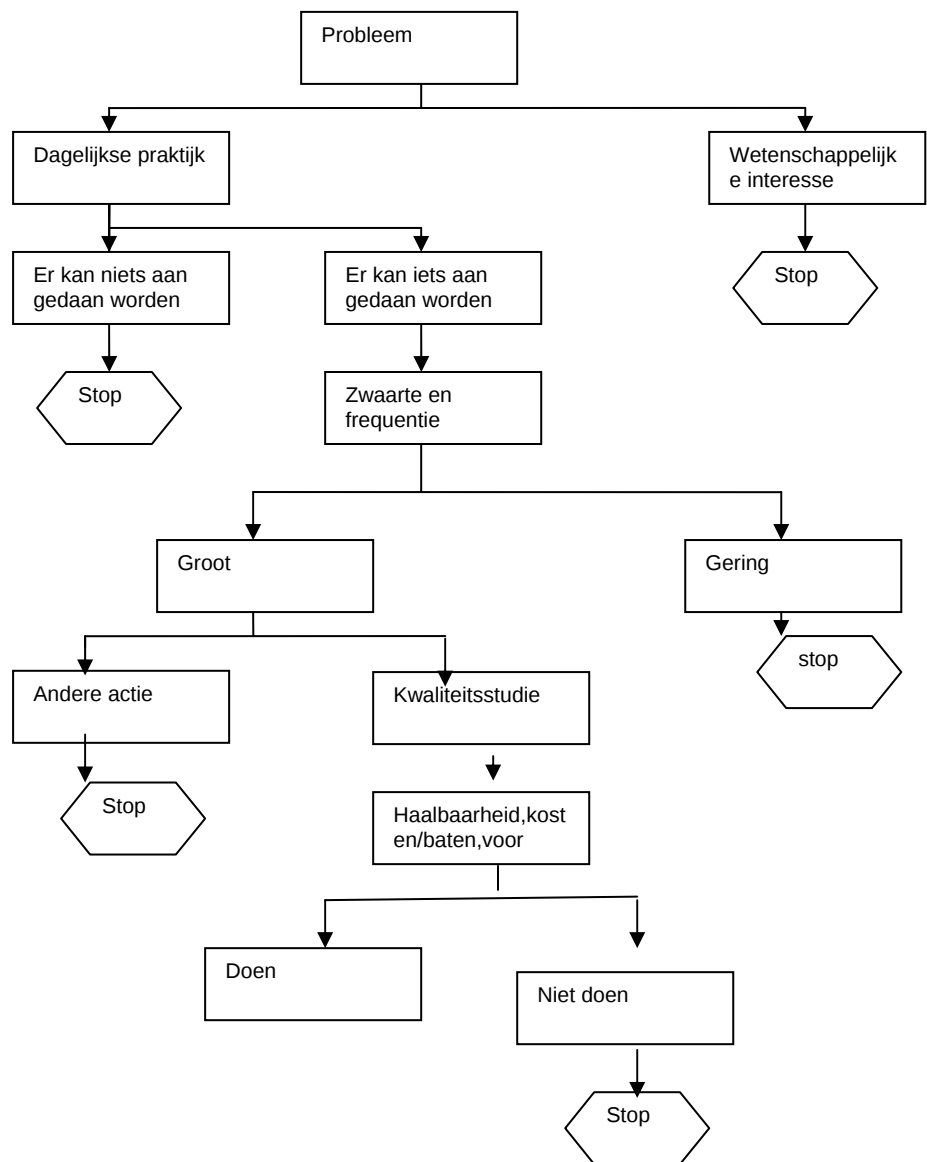


Fig 5.1 beslisboom

5.2 Model van Ishikawa

Het visgraatdiagram van Ishikawa wordt ook wel oorzaak/gevolg diagram genoemd en heeft als doel om oorspronkelijke oorzaken in kaart te brengen, die van invloed zijn op het probleem, waardoor een proces niet optimaal uitgevoerd kan worden. De oorzaken kunnen in categorieën worden ondergebracht. Het probleem wordt geheel inzichtelijk gemaakt en er kan een prioriteitenstelling plaatsvinden.

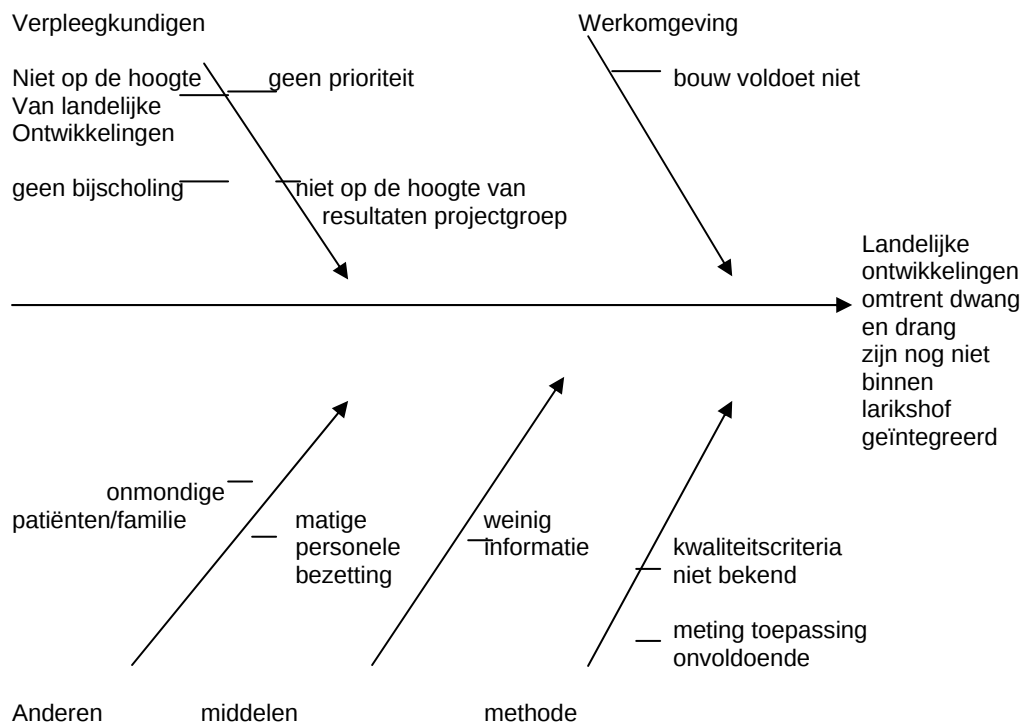


Fig 5.2 model van Ishikawa

6. Doelgroep/Doelstelling en subdoelen

In dit hoofdstuk wil ik aangeven voor welke doelgroep ik het projectverslag heb geschreven en welke doelstelling ik hierbij heb gehanteerd.

6.1 Voor wie en voor welke doelgroep wordt het projectverslag vervaardigd?

Het projectverslag is bedoeld voor de verpleegkundigen en het management van Larikshof.

6.2 Doelstelling

- Met het procesverslag wil ik duidelijkheid creëren, over hoe en welke kwaliteitscriteria op Larikshof kunnen worden toegepast om dwang en drang te reduceren.

6.3 Subdoel

- Aanbevelingen doen aan het management en de verpleegkundigen van Larikshof omtrent het reduceren van dwang - en drangtoepassingen.
- Met het verslag wil ik landelijke en organisatorische ontwikkelingen ten aanzien van dwang en drang bekend maken bij de hulpverleners op Larikshof.

De doelstelling van het projectverslag is duidelijkheid te creëren over hoe en welke kwaliteitscriteria er toegepast kunnen worden binnen Larikshof en om naar aanleiding daarvan het management en de verpleegkundigen van Larikshof aanbevelingen te doen wat betreft de reductie van dwang en drang. Door het presenteren van dit verslag aan de verpleegkundigen van Larikshof krijgen zij meer inzicht in de landelijke en organisatorische ontwikkelingen.

7. Beschrijven feitelijke situatie

Hoe vindt de organisatorische ontwikkeling van dwang en drang reductie binnen de instelling plaats?

Om dit aan te geven heb ik de situatie beschreven zoals deze op dit moment binnen de organisatie is. Dit vergelijk ik in een later stadium met de wenselijke situatie.

Op dit moment zijn de landelijke ontwikkelingen op het gebied van dwang en drang nog niet geïntegreerd binnen de instelling. De kwaliteitscriteria die door een landelijke projectgroep ontwikkeld zijn om dwang en drang te reduceren zijn bij veel verpleegkundigen werkzaam op Larikshof nog niet bekend. De kwaliteitscriteria zijn wel een inspiratiebron geweest voor het management van Rivierduinen om een verbetertraject te starten omtrent dwang en drang. Daarnaast zijn de protocollen en procedures binnen de instelling nog in ontwikkeling. Deze worden opgesteld door een projectgroep BODS (*Beperken Onnodige Dwang en Separatie*). Onder de verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen Larikshof is nog weinig bekend over deze projectgroep en waar zij zich mee bezig houden. Er is binnen de afdeling Larikshof wel de mogelijkheid geboden voor het bezoeken van symposia over dit onderwerp, maar dit is gezien de huidige ontwikkelingen te beperkt om daadwerkelijk alle betrokkenen hierover bij te scholen. Deskundigheid omtrent dwang en drang is wel belangrijk, omdat op die manier kwaliteit van zorg geleverd kan worden binnen het gehele zorgproces waar dwang en drang deel van uitmaakt. Alle verpleegkundigen van Larikshof krijgen verplicht jaarlijks een agressietraining. Binnen deze training is aandacht voor technieken om lichamelijke agressie onder controle te krijgen, maar ook voor bejegening van de patiënt. Dit kan er mede voor zorgen dat dwang en drangtoepassing niet nodig is. Er zou door de verpleegkundigen die dwang en drang toepassen meer aandacht moeten worden besteed aan communicatie tussen hulpverleners, patiënt en de familie. De reflectie op de toepassing van dwang en drang vindt nu nog onvoldoende plaats. Dit blijkt uit het onderzoek dat ik onder verpleegkundigen van GGZ Haagstreek heb gehouden. De mogelijkheden voor aanpassingen van het gebouw zijn beperkt. Daarnaast is het op een aantal afdelingen moeilijk om voldoende personeel te krijgen. De dreigende sfeer van agressie is hier mede een oorzaak van. Momenteel is een werkgroep binnen de BODS bezig met het bezoeken van andere instellingen. Op die manier kunnen zij een indruk krijgen hoe er binnen diverse instellingen rekening wordt gehouden met de bouw van afdelingen. Er wordt op Larikshof gewerkt met signaleringsplannen. Het gebruik van signaleringsplannen zou hulp moeten bieden bij de begeleiding van patiënten in diverse fasen van hun gemoedstoestand. Het werken met signaleringsplannen is onderdeel van de visie van Larikshof. Een aantal jaren geleden is hier een onderzoek over geweest waar afdeling Larikshof in heeft geparticipeerd. Momenteel vullen de verpleegkundigen nog altijd een agressieformulier in. Met deze formulieren wil men kijken of het hanteren van signaleringsplannen de agressie incidenten heeft doen afnemen. De agressieformulieren worden echter maar incidenteel ingevuld net als de MIP formulieren (De commissie Melding Incidenten Patiënten levert een bijdrage aan het bevorderen van de kwaliteit van de patiëntenzorg op basis van gemelde incidenten. De commissie is zo breed mogelijk samengesteld met medewerkers die werkzaam zijn in de patiënten zorg). Hierdoor is het onmogelijk om een goed inzicht te krijgen van de kwantiteit van incidenten en de oorzaak hiervan.

Binnen Rivierduinen is ook een middelen en maatregelen commissie werkzaam, die zich bezighoudt met het analyseren en evalueren van het noodtoestandbeleid. Zij dragen er zo toe bij dat er goed wordt omgegaan met het toepassen van middelen en maatregelen en dwangbehandeling. Op een aantal afdelingen binnen Rivierduinen wordt inmiddels geregistreerd hoe vaak middelen en maatregelen worden toegepast. Dit is op Iarikshof nog niet het geval. Hierdoor zijn er nog geen inzichtelijke gegevens over hoe vaak dwang voorkomt.

8. Onderzoeksvraag/subvragen

In dit hoofdstuk beschrijf ik de onderzoeksvragen en de daaruit voortkomende subvragen die ik wil beantwoorden om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

8.1 Onderwerp/onderzoeksvraag

Voor het schrijven van dit procesverslag heb ik gekozen voor de volgende onderzoeksvraag:

Welke landelijk vastgestelde kwaliteitscriteria kunnen binnen Larikshof geïmplementeerd worden als onderdeel van reductie van dwang en drang?

8.2 Subvragen

- Wat is dwang en drang?
- Wat is het wettelijk kader van dwang en drang? (
- Wat zijn de ontwikkelingen in de omringende landen wat betreft dwang en drang?
- Wat zijn de landelijke ontwikkelingen op het gebied van dwang en drang?
- Beschrijven van kwaliteitscriteria/signaleringsplannen als middel voor dwang en drang reductie.
- Wat zijn de ontwikkelingen binnen rivierduinen op het gebied van dwang en drang?
- Zijn hulpverleners bekend met de landelijke en organisatorische ontwikkelingen op het gebied van dwang en drang?
- Vinden hulpverleners , werkzaam op larikshof, het noodzakelijk dwang en drang reductie toe te passen?
- Verhouding met andere afdelingen.

9. Uitwerking subvragen

Bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag heb ik gebruik gemaakt van het uitwerken van subvragen. Deze vragen heb ik beantwoord door middel van literatuurstudie, bezoek van symposia en deelname aan een projectgroep voor het terugdringen van dwang en drang.

9.1 Wat is dwang en drang?

Wettelijk is er over drang niets vastgelegd⁷. Dwang in de gezondheidszorg is wel wettelijk geregeld, volgens de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen. (BOPZ).

Op diverse plaatsen en in diverse situaties binnen de gezondheidszorg worden vormen van drang en dwang toegepast. Het onderscheid tussen dwang en drang ligt in de mate van keuzevrijheid die de patiënt nog heeft. In de praktijk zullen dwang en drang echter niet altijd duidelijk van elkaar te scheiden zijn, maar geleidelijk in elkaar over gaan. Het ligt mede aan de omstandigheden en de individuele kenmerken van de patiënt wanneer iets al dwang of als drang wordt ervaren.

Onder drang wordt een vorm van gedragsbeïnvloeding verstaan die tot doel heeft de patiënt te bewegen tot het ondergaan van een behandeling. Het meewerken aan een behandeling of het nalaten van ongezond, ongewenst of gevaarlijk gedrag. Degene op wie drang wordt uitgeoefend, wordt daarbij onder druk gezet.

Van drang is sprake wanneer iemand zodanig wordt beïnvloed dat hij of zij minder keuzevrijheid heeft.

Vb: Een patiënt krijgt zijn sigaretten pas als hij zijn medicatie heeft ingenomen.

Drang kan verschillende vormen aannemen:

- Manipulatie van opties: In het vooruitzicht stellen van een 'beloning' of dreigen met sancties.
- Manipulatie van informatie: Het verdraaien of achterhouden van informatie of verkeerd of bewust eenzijdig informeren.
- Psychologische manipulatie: Vleierij, inspelen op schuldgevoelens.

Van dwang is sprake wanneer iemand tegen zijn wil wordt geacht iets te doen of te laten. Van vrijheid is dan geen sprake meer. Wanneer dit buiten wettelijke kaders gebeurt, is er sprake van informele dwang.

Later wordt nog uitgebreider ingegaan op de vormen van dwangtoepassing.

Er zijn twee belangrijke legitimeringsgronden te onderscheiden voor de beperking van keuzevrijheid voor drang of dwang.

Ten eerste het belang van 'derden' of van de maatschappij, zoals bij dreigend fysiek gevaar.

Ten tweede het belang van de persoon zelf bijvoorbeeld wanneer iemand suïcidaal is.

⁷ www.ceg.nl

9.2 Ethisch perspectief van dwang en drang

Hoewel het uitgangspunt is dat dwang en drang wordt toegepast in het belang van de betrokkene, roept de toepassing toch morele vragen op. Er wordt immers inbreuk gemaakt op de vrijheid en zelfbeschikking van de patiënt. Toch kunnen drang en dwang moreel wenselijk zijn. Zo kan drang soms dwang voorkomen of patiënten ertoe bewegen noodzakelijke zorg te accepteren. Drang en dwang vragen wel om verantwoording en transparante ethische afwegingen en zorgvuldige toepassing. Binnen de gezondheidsethiek is de discussie rondom drang, dwang en 'bemoeienis' nog

niet afgerond. Er is een toenemende aandacht binnen de ethiek voor de ethische dilemma's die zich voordoen in alledaagse zorgsituaties.

Ook de maatschappelijke opvattingen over drangtoepassing zijn aan verandering onderhevig. In de jaren zeventig kwamen zelfontplooiing, vrijheid en individualisme hoog op de agenda te staan en werden vormen van dwang en drang met steeds meer wantrouwen gezien. De laatste jaren is er weer meer aandacht voor de negatieve effecten hiervan voor sommige mensen, getuige regelmatig terugkerende berichten in de media over 'verkommerde en verloederde 'dak- en thuislozen'.

De afgelopen jaren is in toenemende mate gewerkt met zogenoemde 'bemoeizorg'. Onder bemoeizorg wordt verstaan zorg waarbij de zorgverlener drang gebruikt om de patiënt te bewegen tot het accepteren van zorg. Bemoeizorg heeft als doel iemand over te halen een bepaald zorgaanbod te accepteren en hem te motiveren tot blijvende zorgacceptatie. Mensen worden actief tegemoet getreden.

Er is ook een verharding van het maatschappelijke klimaat waar te nemen, waarbij sneller wordt gepleit voor dwang en drangmaatregelen bij mensen die overlast veroorzaken.

Dwang en drang mogen nooit vanzelfsprekend worden⁸. Er moet ruimte en aandacht zijn voor gevoelens, zoals frustratie, angst en onmacht.

De maatregelen moeten getoetst kunnen worden aan doelen die zijn gesteld. Men moet zich ervan bewust zijn dat er meerdere middelen zijn en dat er moet worden afgewogen op grond van de individuele ervaringen van de patiënt op wie de middelen worden toegepast. Er moet communicatie plaatsvinden waaruit verantwoordelijkheid blijkt en een bejegening waarbij de patiënt zich veilig en begrepen voelt.

9.3 Evidence-based psychiatrie en dwang

Tijdens het handelen van een hulpverlener in de praktijk moet de hulpverlener bij dat handelen, kunnen aangeven op welk niveau van wetenschappelijke kennis dit is gebaseerd⁹. De psychiatrische behandeling moet wetenschappelijk kunnen worden verantwoord. Hierbij kan gedacht worden aan het raadplegen van een richtlijn. Hierin wordt wetenschappelijke kennis over overeenkomstige groepen samengevat. Deze informatie moet uiteraard worden vertaald naar het individuele geval. Momenteel is het klinisch handelen op het gebied van dwang nauwelijks gebaseerd op empirisch wetenschappelijke evidentie. Dwang is dan ook nog nauwelijks klinisch psychiatrisch onderzocht. Wetenschappelijke literatuur is dus schaars en er bestaan dus geen richtlijnen. (Instellingen stellen zelf protocollen en

⁸ Abma, T., *Dwang en drang in de psychiatrie*

⁹ Mulder, C., L., *De epidemie van dwangtoepassingen in de psychiatrie*

procedures op, dit is dus geen landelijke richtlijn). Het is wenselijk dat deze situatie verandert, omdat men nog niet goed weet wat de beste behandelmethoden zijn voor patiënten bij wie gevaar dreigt of reeds manifesteert.

Dit gegeven geldt voor alle in Europa gebruikte vormen van dwangtoepassing.

Overall is dwangtoepassing alleen geoorloofd ter afwending van gevaar¹⁰.

De vraag in hoeverre de dwangmiddelen schade opleveren voor de patiënt is nauwelijks onderzocht.

Het aantal dwangmaatregelen en in het bijzonder rechterlijke machtigingen nemen jaarlijks toe¹¹. In Nederland wordt in vergelijking met andere landen bijzonder veel gesepareerd.

De effectiviteit van deze dwangmaatregelen worden nog niet goed gemeten.

Dit zou noodzakelijk zijn, zodat inschatten en voorspellen van gevaar zou kunnen bijdragen aan een betere behandeling. Men weet dan ook of men terughoudender of juist proactiever zou moeten zijn. Om dit te bereiken is het van belang te kunnen werken aan de hand van richtlijnen. Die kunnen alleen worden ontwikkeld indien voldoende en kwalitatief klinisch-psychiatrisch onderzoek plaatsvindt

9.4 Wat is het wettelijk kader van dwang en drang

Als je patiënten verzorgt of begeleid die verblijven in een BOPZ aangemerkte instelling dan krijg je te maken met de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische ziekenhuizen. Op grond van deze wet kunnen patiënten onvrijwillig worden opgenomen en behandeld. Sinds januari 1994 geldt de Wet BOPZ¹².

Zowel de wet BOPZ als de WGBO (Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst) hebben betrekking op de rechten, de rechtspositie van de patiënten.

9.4.1 WGBO

De WGBO is een algemene wet die voor de hulpverleners in de gehele gezondheidszorg van belang is¹³.

De WGBO geeft duidelijke regels over de diverse rechten van de patiënt en de bijbehorende verplichtingen van de hulpverlener bij het aangaan van de overeenkomst tot geneeskundige behandeling. De wet omschrijft de zorgplicht en verplicht om te handelen zoals van een goede hulpverlener wordt verwacht. In de WGBO staat onder meer dat alle patiënten goed geïnformeerd moeten worden en om toestemming voor behandeling moeten worden gevraagd. Daarnaast heeft de patiënt recht op inzage in zijn dossier en heeft de patiënt recht op bescherming van zijn privacy. De regels van de WGBO gelden voor alle patiënten die op de afdeling verblijven.

9.4.2 Wet Bopz

De wet BOPZ is voor onvrijwillig opgenomen patiënten in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, zwakzinnigeninrichtingen, verpleeghuizen en BOPZ afdelingen van verzorgingshuizen¹⁴. De BOPZ regelt in de interne

¹⁰ www.signalsymposia.com

¹¹ Mulder, C.L., *De epidemie van dwangtoepassingen in de psychiatrie*

¹² www.minvws.nl

¹³ www.hulpguids.nl Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

rechtspositie van de patiënt de mogelijke gevolgen voor de patiënt tijdens het onvrijwillige verblijf in de instelling.

Begin 1994 werd, als vervanger van de krankzinnigenwet, de BOPZ van kracht¹⁴.

Bij de BOPZ staat het gevaarscriterium centraal. Het vereiste 'geen blijk geven van de nodige bereidheid' is in de BOPZ in plaats gekomen van het bezwaarcriterium. Nu moeten niet alleen de personen die zich tegen opname verzetten, maar ook degenen die geen blijk geven van instemming of verzet, met een BOPZ maatregel worden opgenomen. Met name op het punt van de rechtsbescherming van de patiënt bevat de wet BOPZ ten opzichte van de Krankzinnigenwet veel belangrijke verbeteringen. De wet BOPZ kent bijvoorbeeld een regeling van de rechten van de patiënt tijdens het onvrijwillige verblijf.

Voor een gedwongen opname moet aan een aantal criteria worden voldaan. Er moet sprake zijn van een gevaar dat veroorzaakt wordt door de geestesstoornis van betrokken.

Ten aanzien van de wet BOPZ en het gevaarscriterium heeft zich de afgelopen jaren een aantal ontwikkelingen voorgedaan.

Nu is ook als gevaarscriterium overlast voor anderen door de rechtbank geaccepteerd.

Centraal staat in de wet de geestesstoornis van de patiënt die het gevaar doet veroorzaken. Zowel de patiënt zelf als de maatschappij dienen tegen dit gevaar beschermd te worden. Het gevaar hoeft overigens nog niet verwerkelijk te zijn om een onvrijwillige opname noodzakelijk te maken. Het gaat altijd om het inschatten van risico's. Er moet een duidelijke, aanmerkelijke kans zijn op onheil voor de patiënt en/ of anderen.

Dat inschatten gebeurt in de eerste instantie door de psychiater die de patiënt beoordeelt. De psychiater omschrijft in de geneeskundige verklaring zowel de stoornis, als het gevaar en de relatie tussen beide. Bij de rechtelijke machtiging tot onvrijwillige opname beslist vervolgens de officier van justitie of dit voldoende is voor het vorderen van de – voorlopige- machtiging.

Vervolgens beslist de rechter of een en ander toereikend is voor een onvrijwillige opname via een rechtelijke machtiging (RM).

Bij een inbewaringstelling (IBS) beoordeelt de burgemeester in eerste instantie of het onmiddellijk dreigend gevaar zodanig is, dat hij of zij een IBS afgeeft. De rechter toetst daarna of een machtiging tot voorzetting van de inbewaringstelling moet worden verleend.

Behandelbaarheid van een patiënt mag nooit een doorslaggevende rol spelen bij de oordeelsvorming over een gedwongen opname. Het gaat bij de BOPZ opnemen uitsluitend om de stoornis en het gevaar dat daaruit voortkomt.

Er is sprake van 'gevaar' bij opname waarbij het verlenen van een voorlopige machtiging, de beslissing tot een inbewaringstelling of een voortzetting hiervan noodzakelijk is. Daarnaast kunnen er zich gevaarssituaties voordoen, waarbij maatregelen moeten worden genomen op grond van de BOPZ artikel 38 en 39. Het gaat dan om een uitvoering van het behandelplan waartegen betrokkene zich verzet en het toepassen van middelen en maatregelen.

¹⁴ www.hulpguids.nl , Wet Bijzondere Opnemings psychiatrie Ziekenhuizen

¹⁵ www.minvws.nl

De begrippen *stoornis der geestvermogen* en *gevaar* worden hieronder toegelicht:

Stoornis der geestvermogen:

Een stoornis van de geestvermogens is volgens de wet een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens¹⁶. Hieronder vallen schizofrenie, ernstige stemmingsstoornissen en onder bijzondere omstandigheden ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Dementie en ernstige vormen van zwakzinnigheid worden hier ook toe gerekend.

Gevaar:

1. Gevaar voor degene die het veroorzaakt, het geen onder meer bestaat uit:

- De betrokkene zal zich van het leven beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengen
- Het gevaar bestaat dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat.
- Het verwaarlozen van zichzelf
- Betrokkenen zal met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproepen

2. Gevaar voor één of meer anderen, wat ondermeer bestaat uit:

- Gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen.
- Het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander.
- Het gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd zal verwaarlozen

3. Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

9.4.3 Procedures van onvrijwillige opneming

Voor onvrijwillige opneming gelden de volgende voorwaarden¹⁷:

- De betrokken persoon heeft een geestesstoornis (of een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens).
- De geestesstoornis veroorzaakt gevaar voor de betrokkene zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.
- Het gevaar kan niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend.
- De betrokkene geeft geen blijk van de nodige bereidheid om zich te laten behandelen.

Procedures voor onvrijwillige opnemingen zijn:

Inbewaringstelling(IBS)

Het doel van de ibs is het herstellen van de openbare orde, die verstoord is doordat iemand vanwege een vermoedelijke geestesstoornis een onmiddellijk dreigend gevaar vormt voor zichzelf, anderen of goederen.

Wie verleent de volmacht tot ibs?

De burgemeester verleent de toestemming tot inbewaringstelling. Dat moet hij persoonlijk doen en dat mag pas nadat hij is geïnformeerd over de toestand

¹⁶ Townsend, M, C , *Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie*

¹⁷ Havekes, R, *literatuurader cluster 2 opleiding hhs*

van de betrokkene. Dat 'persoonlijk doen' moet blijken uit de handtekening. Hij mag niet toestaan dat er gewerkt wordt met vooraf getekende lasten, zogenaamde blanco volmachten. De burgemeester mag het afgeven van de toestemming tot inbewaringstelling delegeren aan een of meer wethouders.

Wanneer geen ibs?

Wanneer er voldoende tijd is, mag er geen ibs worden aangevraagd. Er is dan ook geen echte noodsituatie. Dan moet de procedure worden gevolgd die kan leiden tot een voorlopige machtiging, voorwaardelijke machtiging of in de toekomst een observatiemachtiging, omdat in dat geval het oordeel van de rechter moet worden afgewacht.

Voor wie?

Voor iemand die een onmiddellijk dreigend gevaar oplevert voor zichzelf, voor anderen of voor goederen en dat gevaar vermoedelijk wordt veroorzaakt door een geestesstoornis.

Door wie aangevraagd?

Wanneer de familie, de buurt of de politie van mening is dat is voldaan aan de eisen van een ibs, kunnen zij een arts inschakelen. Van belang is dat het onmiddellijk dreigend gevaar zich niet hoeft te hebben geopenbaard. Gevaar betekent eigenlijk dreigend onheil.

De vrees voor dreigend onheil is dan ook voldoende. Dat is meer dan hinder.

Gevolgen van de opneming

Bij de opneming kunnen gevaarlijke voorwerpen van de betrokkene worden afgenomen.

De interne rechtspositie (d.w.z. de regeling van de(juridische positie van betrokkene tijdens opname in het ziekenhuis) is op de betrokkene met directe ingang van toepassing. Dat betekent dat er:

- Een voor de behandeling verantwoordelijk persoon, een behandelaar, wordt aangewezen;
- Een behandelplan wordt opgesteld en Middelen en/of maatregelen op de patiënt kunnen worden toegepast.

Een aantal rechten van de patiënt kan worden beperkt, namelijk het recht op bezoek, op bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis en op telefoonverkeer. Ook controle op voor de patiënt bestemde of van hem afkomstige post is mogelijk. Dit alles onder strikte, in de wet geregelde voorwaarden. Deze voorwaarden hebben vooral betrekking op het voorkomen van de verstoring van de rust en de orde in het ziekenhuis en op het voorkomen van ernstige gevolgen voor de gezondheid van de patiënt.

De huisregels zijn op de betrokkene van toepassing. Die huisregels mogen alleen betrekking hebben op de algemene gang van zaken in het ziekenhuis. Dat wil zeggen dat daarin geen bepalingen mogen staan die gelden voor een individuele patiënt, bijv. dat de patiënt als sanctie op het niet naleven van een huisregel in afzondering zal worden geplaatst. Individuele afspraken horen te staan in het behandelplan, niet in de huisregels.

De echtgenoot of de wettelijke vertegenwoordiger en de naaste familie van de betrokkene worden geïnformeerd over de afgegeven ibs.

Duur?

Omdat het hier gaat om vrijheidsbeneming door een ander dan de rechter (de burgemeester gelast namelijk de ibs) mag de ibs maar van korte duur zijn, dat wil zeggen maar een paar dagen.

Voortzetting van de ibs

Wanneer de officier van oordeel is dat de betrokkene na de ibs van de burgemeester in het ziekenhuis moet blijven, vraagt hij aan de rechter de ibs voort te zetten. De rechter moet dan binnen drie dagen nadat het verzoek op de rechtbank is binnengekomen, een beslissing nemen op dat verzoek.

Duur voortgezette ibs

De door de rechter voortgezette ibs duurt maximaal drie weken. Deze termijn kan automatisch worden verlengd met maximaal drie weken wanneer de officier voor het einde van de voortgezette ibs een verzoek indient voor een voorlopige of een voorwaardelijke machtiging.

Na voortgezette ibs

Wanneer de officier op grond van informatie van oordeel is dat het gedwongen verblijf na afloop van de ibs moet worden voortgezet, verzoekt hij de rechter een voorlopige of een voorwaardelijke machtiging te verlenen.

Rechterlijke machtiging(RM)

De 'gewone' rechterlijke machtiging is de verzamelnaam voor de *voorlopige* machtiging, de machtiging tot voortgezet verblijf (dat is de machtiging die volgt op een *voorlopige* machtiging) en de machtiging op eigen verzoek. Het hoofddoel van de gewone, voorlopige rechterlijke machtiging is de patiënt op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis of een vrijwillig verblijf om te zetten in een onvrijwillig verblijf. Om het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis te verlengen, is een machtiging tot voortgezet verblijf nodig. Voor de voorwaardelijke machtiging gelden dezelfde criteria als voor de gewone rechterlijke machtiging, namelijk dat de patiënt gevaar veroorzaakt door een geestesstoornis. Het verschil met de voorwaardelijke machtiging is dat het gevaar bij de gewone rechterlijke machtiging *niet* kan worden afgewend door personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis en bij de voorwaardelijke machtiging juist *wel*, namelijk door het stellen en het naleven van voorwaarden.

Een psychiatrische patiënt kan ook een machtiging op eigen verzoek krijgen. Dit is van toepassing wanneer hij of zij aanvankelijk wel wil worden opgenomen, maar vermoedt later de opname te willen stopzetten.

Bij onvrijwillige opname, maakt de psychiater een geneeskundige verklaring op. Deze psychiater mag niet bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn. Hij moet de patiënt onderzoeken met het oog op het opmaken van de verklaring. Verblijft de betrokkene al in het ziekenhuis, dan moet de geneesheer directeur de verklaring opmaken. Hij kan de verklaring zelf opmaken of deze laten opmaken door een psychiater die niet bij de behandeling betrokken was. Is de geneesheer directeur zelf bij de behandeling betrokken, dan laat hij de verklaring in ieder geval opmaken door een andere psychiater.

Observatiemachtiging

Vanaf 1 januari 2006 is de observatiemachtiging in werking getreden. Deze is bedoeld voor mensen van wie het ernstige vermoeden bestaat dat zij door hun geestesstoornis een gevaar vormen voor zichzelf. Ze kunnen dan

maximaal drie weken worden opgenomen. In die periode kan geen andere dwang plaatsvinden dan iemand op de afdeling te houden. Daarna kan deze persoon weer naar huis. Het kan ook gebeuren dat er aansluitend op de observatiemachtiging bijvoorbeeld een inbewaringstelling, een voorlopige machtiging of voorwaardelijke machtiging nodig is.

Doel

Het observeren van mensen van wie een ernstig vermoeden bestaat dat zij lijden aan een stoornis van de geestvermogens en dat door die stoornis ernstig gevaar bestaat voor deze mensen zelf. Dit observeren gebeurt tijdens een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Voor wie?

De observatiemachtiging is bedoeld voor mensen die iedere vorm van begeleiding weigeren, ook wel 'zorgmijders' genoemd. Het gaat hierbij om mensen van wie (nog) niet bekend is of zij voldoen aan de voorwaarden voor een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling (ibs). De maatregel is bedoeld om ook deze groep mensen goed in beeld te brengen.

Wie vraagt aan?

De familie kan een observatiemachtiging vragen aan de rechter, via de officier van justitie. Onder de familie verstaan we de echtgenoot, de ouders of een meerderjarige broer of zus, maar ook de opa of oma. De officier kan ook zelf aan de rechter een observatiemachtiging vragen.

Het komt ook voor dat de officier zo'n verzoek krijgt van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Gevolgen opname

De observatiemachtiging heeft als doel het observeren van iemand om te zien of er bij die

persoon sprake is van een geestesstoornis en of die geestesstoornis betrokkene gevaar voor zichzelf doet opleveren. De patiënt die in het psychiatrisch ziekenhuis verblijft op basis van een observatiemachtiging wordt dus alleen geobserveerd. Hij kan niet tegen zijn wil worden behandeld.

Er wordt wel een behandelaar aangewezen en er wordt ook een behandelplan gemaakt, maar dat kan alleen in overleg met de patiënt.

Dwangbehandeling en het toepassen van middelen of maatregelen kunnen niet bij een observatiemachtiging. Controle op post, beperking van het bezoek en van het telefoonverkeer zijn niet mogelijk.

Duur

De observatiemachtiging duurt maximaal drie weken. Hij kan niet worden verlengd. Toch kan iemand maximaal vijf weken in het ziekenhuis verblijven met een observatiemachtiging. Dat komt omdat die machtiging maximaal twee weken kan voortduren wanneer er aansluitend op de observatiemachtiging een andere machtiging aan de rechter is gevraagd.

Voorlopige machtiging

Doel

Het tegen de wil opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis van iemand die als gevolg van een geestesstoornis een gevaar vormt voor zichzelf, voor anderen of voor goederen.

Voor wie?

De maatregel is bedoeld voor mensen die als gevolg van een geestesstoornis een gevaar vormen, maar die niet willen worden opgenomen. Bovendien moeten andere maatregelen, zoals ambulante zorg en andere vormen van een sociaal vangnet onvoldoende zijn om het gevaar weg te nemen.

Wie vraagt aan?

De familie kan een voorlopige machtiging vragen aan de rechter, via de officier van justitie. Vaak krijgt de officier het verzoek hiertoe vanuit het ziekenhuis waar betrokkenen al is opgenomen.

Gevolgen van opneming?

Verleent de rechter de voorlopige machtiging dan moet de betrokken binnen twee weken worden opgenomen, anders verloopt de machtiging.

Duur?

De duur van de voorlopige machtiging is maximaal zes maanden. Is een langer verblijf in het ziekenhuis nodig, dan kan een machtiging tot voortgezet verblijf worden aangevraagd. Er kan ook een voorwaardelijke machtiging worden aangevraagd, indien het ziekenhuis van oordeel is dat ambulante begeleiding onder voorwaarden mogelijk is en de betrokkene daarmee instemt.

Voorwaardelijke machtiging

Sinds 2004 bestaat tevens de voorwaardelijke machtiging. Met een voorwaardelijke machtiging wordt iemand níét opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, zolang hij zich houdt aan bepaalde voorwaarden, bijvoorbeeld het innemen van medicijnen. Deze machtiging geldt voor maximaal zes maanden, met de mogelijkheid van verlenging met telkens één jaar.

Behandeling buiten de inrichting viel tot nu toe niet onder de Wet BOPZ. Er is echter sterke behoefte aan behandeling in het kader van de Wet BOPZ zonder dat patiënten (gedwongen) opgenomen hoeven te worden. Voor sommige patiënten is een (gedwongen) opname namelijk niet noodzakelijk om het gevaar af te wenden. Met de voorwaardelijke machtiging kan de patiënt gedwongen opname in een psychiatrische inrichting voorkomen door zich te houden aan bepaalde voorwaarden.

De jurisprudentie en de praktijk hadden voor het bestaan van de voorwaardelijke machtiging een oplossing ontwikkeld voor patiënten bij wie het gevaar kon worden afgewend, door een (psychiatrische) behandeling buiten een psychiatrisch ziekenhuis: de zogenaamde 'paraplumachtiging'. Iemand werd in zo'n geval met een rechterlijke machtiging tegen zijn wil opgenomen, om daarna vrijwel onmiddellijk onder bepaalde voorwaarden 'ontslag' te krijgen. De 'paraplumachtiging' komt niet geheel overeen met de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever.

De voorwaardelijke machtiging komt tegemoet aan de vraag naar een dergelijk instrument. De voorwaardelijke machtiging vervangt de 'paraplummachtiging' grotendeels.

De voorwaardelijke machtiging is een aanvulling op de bestaande rechterlijke machtigingen van de Wet BOPZ. De voorwaardelijke machtiging is een preventieve maatregel, die bedoeld is om gedwongen opname in een instelling te voorkomen.

In de voorwaardelijke machtiging staan voorwaarden over de behandelingen/ of het gedrag van de patiënt.

Bij andere instrumenten, zoals de *voorlopige* machtiging, de machtiging tot voortgezet verblijf en de rechterlijke machtiging op eigen verzoek, staat niet behandeling centraal, maar opname.

Criteria

De criteria die gelden voor een voorwaardelijke machtiging, zijn grotendeels dezelfde als die voor het verlenen van een gedwongen opname. Er moet ook hier sprake zijn van een geestesstoornis die de patiënt gevaar 'doet veroorzaken', maar dit gevaar kan *buiten* een psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend door de patiënt voorwaarden te stellen die hij moet naleven. Die voorwaarden staan onder meer in een behandelplan. De patiënt stemt in met deze en eventuele andere, door de rechter te stellen voorwaarden en leeft ze na. De patiënt moet 12 jaar of ouder zijn.

Wie vraagt aan?

Het aanvragen van een voorwaardelijke machtiging gaat net als bij de gewone rechterlijke machtiging. Familieleden en andere naasten kunnen niet rechtstreeks naar de rechter stappen, maar kunnen wel de officier van justitie benaderen om een voorwaardelijke machtiging bij de rechter te verzoeken. Ook kan de officier van justitie zelf besluiten zo'n verzoek in te dienen. Wanneer de officier van justitie een *voorlopige* machtiging vraagt, kan de rechter niet zelfstandig in plaats daarvan een voorwaardelijke machtiging verlenen.

Het behandelplan

Bij het verzoek tot een voorwaardelijke machtiging levert de officier van justitie ook meteen het behandelplan in, zodat de rechter dat kan betrekken in zijn beslissing over het verzoek.

Duur

De voorwaardelijke machtiging geldt maximaal zes maanden. De rechter kan de duur op verzoek van de officier van justitie telkens met ten hoogste een jaar verlengen.

De wet bepaalt dat tussentijds beëindigen van een voorwaardelijke machtiging niet mogelijk is, deze blijft doorlopen tot de geldigheidsduur is verstreken

Kritische noot

Inmiddels zijn de meningen omtrent de voorwaardelijke machtiging verdeeld¹⁸. Na twee jaar blijkt de opzet maar ten dele te zijn geslaagd. De voorwaardelijke machtiging vertoont namelijk twee forse hiaten. Het eerste

¹⁸ Psy, tijdschrift over geestelijke gezondheidszorg

aandachtspunt is dat de patiënt om gedwongen opname te voorkomen expliciet met de voorwaarden en het behandelplan moet instemmen. Vooral schizofrene patiënten met weinig tot geen ziekte inzicht zijn daar lang niet altijd toe bereid, omdat zij bang zijn dat instemming een erkenning van hun ziek zijn impliceert. Ondanks het feit dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis voor zulke patiënten lang niet altijd nodig is, komen zij door hun houding op dit moment niet voor de voorwaardelijke machtiging in aanmerking. Om die reden wil de wetgever de instemming van de patiënt nu uit de BOPZ halen. In de toekomst zou de rechter al van gedwongen opname mogen afzien als hij en de behandelaar er beide voldoende vertrouwen in hebben dat de patiënt de voorwaarden zal naleven en zich aan het behandelplan zal houden.

Lang niet alle ondervraagde deskundigen zijn echter van de meerwaarde van zo een verandering overtuigd. Van de negen door het trimbos instituut ondervraagde deskundigen, die op basis van hun ruime ervaring met de BOPZ voor deze kleinschalige

“exploratieve toets” werden uitgenodigd, zijn er maar vier voorstander van de gestelde wetswijziging. De andere vijf hebben twijfels. Zij menen dat patiënten met weinig tot geen ziekte inzicht meer behoefte hebben aan structuur dan de maatschappij buiten het psychiatrisch ziekenhuis hen kan bieden. Zij vrezen dat deze patiënten door de voorgestelde wetswijziging in de kou zullen komen te staan.

Een tweede probleem is dat de patiënt bij het niet nakomen van de gemaakte afspraken volgens de huidige wetstekst pas gedwongen mag worden opgenomen na advies van een onafhankelijke psychiater. In de praktijk blijkt zo een advies echter soms een maand of nog langer op zich te laten wachten, terwijl bij de betreffende patiënt juist snelle actie is geboden, omdat het vaak slecht met hen gaat. Alle negen deskundigen hebben op dit punt een zelfde mening. Zij zouden het zonder uitzondering toejuichen als de geneesheer directeur in zulke gevallen voortaan zelf over de noodzaak van gedwongen opname mag beslissen.

9.4.4 Verhouding wet BOPZ- WGBO

De WGBO blijft ook voor onvrijwillig opgenomen patiënten, naast de Wet BOPZ, van belang. Dit geldt voor onderwerpen waarover de BOPZ zwijgt, bijvoorbeeld de informatieverstrekking over de behandeling. Voor onderwerpen die niet in de BOPZ zijn geregeld vult de WGBO de BOPZ aan. De WGBO is ook van toepassing op psychiatrische behandelingen waarop de Wet BOPZ geen betrekking heeft, namelijk behandelingen die niet gericht zijn op opheffing van het gevaar dat de aanleiding voor de opname was. Bovendien geldt voor alle somatische behandelingen, ook voor de somatische behandeling van onvrijwillig opgenomen patiënten de WGBO.

9.4.5 Klachtrecht

Tegen het wilsonbekwaam verklaren, toepassen van dwangbehandeling of van middelen of maatregelen of het niet uitvoeren van een behandelplan, kan iemand die gedwongen is opgenomen een klacht indienen bij het bestuur van de instelling.

Als de patiënt dat zelf niet kan, dan kan een naaste, de wettelijke vertegenwoordiger of een medebewoner dat doen.

Naast dit speciale klachtrecht op grond van de Wet BOPZ, geldt voor iedereen ook de Klachtwet cliënten zorgsector.

Is de patiënt met een ibs opgenomen, dan is ook het klachtrecht van de wet op hem van toepassing. Dat wil zeggen dat hij over een aantal gedragingen kan klagen, bijvoorbeeld over het tegen zijn wil toepassen van het behandelplan, van het gedwongen toedienen van medicatie of separatie maar ook over de beslissing van de behandelaar dat de patiënt.

wilsonbekwaam is. Over andere zaken kan een patiënt klagen op grond van het algemene klachtrecht (via de Wet klachtrecht cliënten zorgsector).

Op grond van de WKCZ kan de patiënt klagen over alle ten opzichte van hem genomen beslissingen en gedragingen van personen die in het ziekenhuis werken¹⁹. Op grond van de wet BOPZ heeft de onvrijwillig opgenomen patiënt bovendien het recht om te klagen over ingrijpende beslissingen die genomen worden op gronde van de wet BOPZ. Het gaat dus om klachten over de bepaling van wilsonbekwaamheid, dwangbehandeling, toepassen van middelen en maatregelen, vrijheidsbeperking en het niet uitvoeren van het overeengekomen behandelplan.

Een psychiatrisch ziekenhuis is verplicht een klachtencommissie in te stellen die uit minimaal drie personen bestaat. Bij BOPZ klachten moeten een jurist en een psychiater deel van de commissie uitmaken. De commissie beslist over de klachten. Het ziekenhuis moet beschikken over een klachten reglement.

9.4.6 Patiëntenvertrouwenspersoon

Zodra iemand gedwongen is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, dus ook na een ibs, kan hij contact zoeken met de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). Daar kan hij terecht met al zijn vragen. De pvp kan de patiënt ook helpen wanneer die een klacht wil indienen. De pvp is niet in dienst van het ziekenhuis maar behoort tot een onafhankelijke, landelijke stichting. De pvp stelt zich ten dienste van de patiënt.

De pvp heeft toegang tot alle ruimten van het ziekenhuis en hoeft geen toestemming om met patiënten te praten.

9.4.7 Dwangbehandeling in BOPZ

Juridisch

Wanneer het niet lukt om met de patiënt overeenstemming te bereiken over het behandelplan legitimeert artikel 38 dwangbehandeling volgens strikte criteria.

Dwangbehandeling kan worden toegepast om gevaar af te wenden dat voortvloeit uit een geestesstoornis, voor patiënt of voor een ander.

Bij een voornemen tot dwangbehandeling ten aanzien van een vrijwillig opgenomen patiënt dient eerst een voorlopige machtiging te zijn verkregen. Slechts indien die niet kan worden afgewacht volstaat een IBS aanvraag.

Behandeling zonder overleg met de vertegenwoordiger ingeval van wilsonbekwaamheid is slechts toegestaan, wanneer:

Er geen tijd is om die toestemming te vragen

Er nog geen vertegenwoordiger is.

Er onmiddellijk handelen is geboden om gevaar voor de patiënt te voorkomen. In deze situatie treedt de behandelend arts op als zaakwaarnemer, na overleg met een collega.

¹⁹ Literatuurreader hhs, cluster 2 , voorkomen is beter dan genezen

Behandelplan

Een behandelplan bevat de therapeutische middelen die zullen worden toegepast met als doel verbeteringen van de stoornis te bereiken, zodat het gevaar op grond waarvan de patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis moet

verblijven, wordt weggenomen. Het behandelplan moet regelmatig worden getoetst.

Toestemming en verzet

De behandelaar legt toestemming van de patiënt, of diens vertegenwoordiger vast in het behandelplan

De behandelaar ondertekent het behandelplan.

De patiënt kan het behandelplan ondertekenen, hij is hiertoe niet verplicht.

De patiënt kan altijd de behandeling weigeren of al gegeven toestemming intrekken.

Toestemming moet uitdrukkelijk worden gegeven.

Wilsonbekwaamheid

In principe is iedere patiënt, ook de onvrijwillig opgenomen patiënt wilsbekwaam om een beslissing te nemen over de behandeling.

Bij wilsonbekwaamheid is de patiënt niet in staat informatie te bevatten die noodzakelijk is voor het nemen van een beslissing.

Bij een patiënt die wilsonbekwaam wordt verklaard, treedt de vertegenwoordigers regeling in werking.

Als vertegenwoordiger worden aangemerkt:

- De wettelijk vertegenwoordiger
- Door de patiënt aangewezen schriftelijk gemachtigde
- Levenspartner, ouder, kind, broer/zus

Ingrijpen volgens een crisisprotocol

Indien er in een noodsituatie wordt ingegrepen volgens een crisisprotocol is er geen sprake van middelen en maatregelen.

Het crisisprotocol maakt deel uit van het behandelplan, toestemming voor de uitvoering ervan is dus vereist.

Verzet de patiënt zich tegen de uitvoering volgens het crisisprotocol en is dit toch noodzakelijk, dan is er sprake van dwangbehandeling.

Gevaarscriterium

In het algemeen kan worden gesteld, dat het gevaar dat aanleiding vormde voor de opname van de patiënt onvoldoende is voor dwangbehandeling tijdens verblijf in het ziekenhuis. Vaak is het gevaar dat aanleiding vormde voor de opname weggenomen door de opname zelf. De dwangbehandeling vergt een nieuwe beoordeling van het gevaar. Het hoeft daarbij niet alleen te gaan om acuut gevaar.

Beginnelsen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid

Uitgangspunt bij het toepassen van dwang is, dat elke vorm van dwang moet voldoen aan de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.

Het subsidiariteitsbeginsel houdt in, dat er bij de keuze uit verschillende middelen gekozen moet worden voor het middel dat het minst ingrijpend is voor de patiënt.

Proportionaliteit betekent dat er sprake moet zijn van een redelijke verhouding tussen omvang van het gekozen middel en het te bereiken doel.

Doelmatigheid betekend dat de toegepaste maatregel moet aansluiten bij het doel dat men wil bereiken.

Toelaatbaarheid van middelen

De BOPZ zegt niet welk soort therapeutische middelen er onder dwang mogen worden toegepast. Aangenomen wordt dat aangesloten moet worden bij het stelsel Middelen of Maatregelen.

Maximale duur

De dwangbehandeling is niet gebonden aan een wettelijke maximumtermijn. De periode zal van geval verschillen. Minimaal éénmaal per maand moet geëvalueerd worden of de noodzaak tot dwangbehandeling nog aanwezig is.

9.5 Wat zijn de diverse dwangtoepassingen en hoe worden deze in de Bopz omschreven?

Uitgangspunt van de BOPZ is dat er geen behandeling kan worden toegepast indien het overleg over het behandelplan tussen hulpverlener en patiënt niet tot overeenstemming heeft geleid²⁰. Ook mag er geen behandeling plaatsvinden indien overleg over het behandelplan tussen hulpverlener en patiënt wel tot overeenstemming heeft geleid, maar deze zich tegen behandeling verzet.

In sommige gevallen kan de patiënt wel tegen zijn wil worden behandeld. Behandeling tegen de wil van de patiënt is te onderscheiden in

9.5.1 Drie soorten dwangtoepassingen

- Dwangbehandeling op grond van artikel 38
Als het volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor de patiënt of voor anderen, voortvloeiend uit de geestesstoornis af te wenden kunnen onderdelen uit het voorgestelde behandelplan worden toegepast.
- Dwangtoepassing op grond van artikel 39
Het toepassen van middelen en maatregelen (M &M) ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, waarbij niet in het behandelplan is voorzien.

Beide kunnen slechts worden toegepast bij onvrijwillig opgenomen patiënten. Indien dwangtoepassing noodzakelijk is bij een vrijwillig opgenomen patiënt, dient een procedure voor gedwongen verblijf in gang te worden gezet.

- Somatische dwangbehandeling op grond van artikel 7: 465 lid 6 WGBO
Dit artikel voorziet niet in een gedwongen verblijf.

De wet BOPZ maakt dwangtoepassing mogelijk bij wilsbekwame patiënten en ook om de veiligheid van anderen te kunnen garanderen.

WGBO maakt dwangtoepassing alleen mogelijk bij wilsonbekwame patiënten en in het kader van de behandeling van patiënt zelf.

²⁰ protocol dwangtoepassing Rivierduinen

Bij samenloop moet de wet BOPZ voorrang genieten boven de WGBO. In artikel 40 worden beperkingen in de fundamentele vrijheden beschreven. Deze beperkingen worden vaak in samenhang met andere vormen van dwangtoepassing toegepast. Aan deze beperkingen is ook het klachtrecht gekoppeld. (artikel 41 BOPZ).

9.5.2 Begrippen Middelen of Maatregel

Als er nog geen behandelplan is opgesteld of er doet zich een gevaarlijke situatie voor waarin het behandelplan niet voorziet, mag volgens artikel 39 BOPZ overgegaan worden tot toepassing van middelen en maatregelen.

- **Separeren**
Houdt in dat een patiënt met of zonder toestemming wordt ingesloten voor verzorging, verpleging en behandeling in een separeerverblijf. Het separeerverblijf voldoet aan de voorschriften van de minister.
- **Afzondering**
Houdt in dat de patiënt met of zonder toestemming voor verzorging, verpleging en behandeling wordt ingesloten in een speciaal daarvoor bestemde afzonderingskamer
- **Fixatie**
Houdt in dat patiënt met of zonder toestemming op enigerlei wijze in zijn bewegingsmogelijkheden wordt beperkt.
- **Medicatie**
Het tegen de wil van patiënt toedienen van medicatie.
Toedienen van vocht en voeding:
Het tegen de wil toedienen van vocht en voeding

Maximale duur

De toepassing van middelen en maatregelen gebeurt voor een maximale duur van zeven dagen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie.

9.5.3 Procedure dwangtoepassingen

Besluitvorming

De voor de behandeling verantwoordelijke psychiater is degene die kan besluiten tot dwangbehandeling over te gaan.

Voordat hij tot dwangbehandeling overgaat, neemt hij contact op met een niet bij de behandeling betrokken collega psychiater voor een second opinion.

Indien hiervoor de tijd ontbreekt dan moet de raadpleging zo spoedig mogelijk achteraf plaatsvinden. De patiënt wordt van het voornemen tot dwangbehandeling op de hoogte gesteld.

De patiënt wordt geïnformeerd over de wijze waarop hij bezwaar kan maken of een klacht in kan dienen.

Verslaglegging

De beslissing tot dwangbehandeling wordt in het dossier vastgelegd.

Melding

De dwangbehandeling dient zo spoedig mogelijk met het daarvoor bestemde meldingsformulier gemeld te worden aan:

De geneeskundig directeur

De inspecteur (door de geneeskundig directeur)

De wettelijk vertegenwoordiger (tenzij de patiënt verzoekt dit niet te doen)

Beëindiging

De dwang behandeling wordt gestaakt zodra het niet meer noodzakelijk is om het gevaar af te wenden. De voor de behandeling eindverantwoordelijke psychiater neemt de beslissing.

Evaluatie

De dwangbehandeling en het optreden van de medewerkers daarbij worden in het behandelteam geëvalueerd, bij voorkeur wordt de patiënt bij de evaluatie betrokken. Van de evaluatie wordt melding gemaakt in het dossier.

9.6 Wat zijn de ontwikkelingen in de omringende landen wat betreft dwang en drang?

Het gebruik van de separeercel in ons land komt de komende jaren waarschijnlijk steeds meer onder druk te staan nu het gebruik in steeds meer Europese landen is afgeschaft of tenminste zeer sterk is teruggedrongen²¹. In sommige Europese landen is separatie al jaren bij wet verboden, zoals in Noorwegen en Denemarken. In andere landen zoals in Engeland en Zweden is het separeren zoals dat in Nederland wordt gedaan verdwenen op grond van het regionaal kwaliteitsbeleid.

Als een Zweedse patiënt gevaarlijk agressief is, wordt deze in geval van nood gefixeerd. Dat mag maximaal vier uren duren. In Zweden maakt men veelvuldig gebruik van benzodiazepines om de crisis te bezweren, terwijl men in Noorwegen liever kiest voor alleen neuroleptica vanwege de angst voor verslavende werking van benzodiazepines.

De Noren fixeren alleen in uiterste nood op bed, de voorkeur gaat uit naar fixatiebanden waarmee de patiënt kan staan en lopen.

De redenering is dat de eerste uren na een uitbarsting cruciaal zijn om de crisis te bezweren.

Hoe langer de crisis duurt, hoe groter het risico op langdurende schade aan de patiënt.

De Zweden gebruiken vooral kalmerende en sederende medicatie. De Noren hechten veel waarde aan het herstel van de werkelijkheid. Fixatie is overigens in de meeste landen het ultieme dwangmiddel, in combinatie met sederende en/of antipsychotische medicatie.

Ook daar zijn dus niet veel keuzemogelijkheden.

In Ierland spreekt men net als in Nederland over de separeer als prikkelarme omgeving. De deur van de separeer komt daar echter uit op de huiskamer.

Hierdoor blijft de patiënt oog - en oorcontact houden met medepatiënten.

De separeer heeft groene muren en een hoog raam waardoor de patiënt niet met alle indrukken van buitenaf wordt geconfronteerd.

Een opname afdeling in Zweden zijn erg kaal en niet kleurrijk . Zij geven op deze manier invulling aan een prikkelarme omgeving. Er is geen therapie en weinig ontspanningsactiviteiten. Dit zou in Nederland op veel kritiek stuiten.

Een dwangopname leidt in bijna alle landen tot het instellen van een medicamenteuze behandeling (evt onder dwang).

Aan het gebruik van dwangmiddelen zoals bijvoorbeeld de separeer werden tot voor kort minder hoge eisen gesteld dan aan gedwongen medicamenteuze behandeling.

Nederland is hierin steeds meer een uitzondering binnen Europa.

In Zweden kan men behandeling toepassen indien de psychiater en een collega vinden dat de patiënt nodig heeft om psychisch lijden te verminderen.

²¹ www.signalsymposia.com

Pas als de behandeling een maand na opname nog steeds nodig is zonder instemming van de patiënt, komt er een rechter aan te pas.

Het scala aan alternatieve dwangmiddelen is in alle landen van Europa erg beperkt. Fixatie in combinatie met het toedienen van medicatie wordt het meest toegepast.

In een enkel land wordt gebruik gemaakt van het netbed(dit is een bed waarover een net wordt gespannen dat ervoor zorgt dat de patiënt niet het bed uitkomt), terwijl dit in Slovenië bijvoorbeeld onlangs werd afgeschaft. In Finland en Zwitserland denkt en werkt en behandelt men vanuit het begrip ontredde.

Dit houdt in dat men zich in eerste instantie richt op het verminderen van de ontredde, heftige emoties en de meest dringende klacht van de patiënt. De patiënt in acute crisis wordt eerst op een zo rustig mogelijke afdeling geplaatst met veel ruimte en vriendelijk aangeklede stilte. Bij voorkeur wordt bij grote angst eerst alleen angstdempende middelen gegeven of antidepressiva. De eerste prioriteit is dus niet het zo snel mogelijk inzetten van de behandeling. Men wil eerst de rust doen terugkeren. In de eerste weken worden veel afleidende activiteiten en gesprekken geboden. Als de rust is teruggekeerd en de patiënt zich meer op zijn gemak voelt, kan gesproken worden over anti-psychotica.

Australië wordt gekenmerkt door de institutionalisering.

Ambulante dwangbehandeling is een onmisbaar instrument. Mensen worden thuis of in een woonvorm begeleid met aspecten van dwang.

Ambulante dwang kan starten zonder dat er een opname heeft plaatsgevonden. Er zijn ook plaatsen waar eerst een aantal dagen durende opname moet hebben plaatsgevonden.

Men werkt met CTO, de community treatment order. In het behandelplan staan de verplichtingen en de medicatie duidelijk omschreven. Zowel de depot - medicatie als andere dwangmedicatie als lithium of clozapine. Er wordt hierbij een verplichte controle van de bloedspiegels uitgevoerd. Daarnaast kan worden bepaald waar iemand dient te verblijven en dat iemand activiteiten doet en hulpverleners moet toelaten.

Er is minimaal jaarlijks een nieuwe maatregel of verlening nodig. Hierin speelt de Mental Health Review Tribunal (MHRT) een belangrijke rol. De MHRT bestaat uit een jurist, psychiater en burger, die onze rechter vervangt. De rol van het MHRT verschilt per staat. In de ene staat bepaalt men of de maatregel al dan niet terecht is en in de andere staten bespreekt het MHRT meer inhoudelijk het behandelplan. Het MHRT wordt geïnformeerd door een onafhankelijk psychiater. Het MHRT hoort de patiënt, diens familie, zijn advocaat en de uitvoerders van de behandeling. Uiteindelijk legt het MHRT dit behandelplan op aan de patiënt.

In het behandelplan wordt beschreven wie de coördinerend uitvoerend arts is en wie de casemanager is. Wanneer de patiënt weigert om aan de dwang mee te werken of indien de CTO niet voldoende werkt, dan voorziet de CTO in een dwangopname.

De visie op ambulante dwangbehandeling wordt bepaald door de opvattingen over dwangmedicatie binnen de kliniek. Een gedwongen opname is bedoeld ter verpleging en behandeling. Separatie wordt beschouwd als een ernstiger ingreep dan medicatie. Medicatieweigering in de kliniek van gedwongen opname wordt bij wilsonbekwame patiënten feitelijk niet geaccepteerd. In Australië verbaast men zich erover dat wij in Nederland medicatie als het meest effectieve instrument om te behandelen niet mogen gebruiken.

Dwangtoepassingen in vergelijking met Australië:

De Australische GGZ en de wetgeving gaan beiden uit van zoveel mogelijk ambulante behandeling. De wenselijke situatie daar is dat hulpverleningsconcepten en wetgeving parallel lopen.

1)De Australische GGZ en de wetgeving gaan beiden uit van zoveel mogelijk ambulante behandeling. De wenselijke situatie daar is dat hulpverleningsconcepten en wetgeving parallel lopen. In Nederland staat de BOPZ soms haaks op beoogde hulpverleningssystemen.

2)De Australische ambulante dwangbehandeling is meer werkbaar dan de Voorwaardelijke Rechterlijke Machtiging in Nederland, omdat:

- De CTO "lik op stuk" beleid mag toepassen. Indien de patiënt het behandelplan niet volgt, dan is hij binnen 2-3 dagen in het ziekenhuis waar hij de medicatie krijgt.
- De patiënt kan in de maatschappij veel minder verloederen, waardoor opnames ook korter duren.
- Er zijn veel minder instanties bij betrokken.

3)De Australische GGZ lijkt eerder naar formele dwang te grijpen. De Nederlandse voorkeur voor zo lang mogelijk drang, leidt tot onduidelijk relaties tussen hulpverlener en patiënt.

Uk ▪ Geen fixatie ▪ Separaties zeer spaarzaam ingezet ▪ Speciaal getrainde intervention teams en crisis management teams. ▪ PICU (psychiatrische intensive care units) voorzieningen ▪ C&R (controle en restrictie) en rapid sedation ▪ Verbale de- escalatie ▪	Griekenland ▪ Separeer open met gefixeerde patiënt ▪ ECT (Elektroconvulsietherapie) bij aanhoudende agressief en gevaarlijk gedrag ▪ Altijd aanwezig blijven ▪ Veel artsen, weinig verpleegkundigen
Denemarken ▪ Separatie verboden ▪ Fixatie gebruik, kort: max 4 uur ▪ Sedatie regelmatig gebruikt ▪ Altijd aanspreekbaar zijn ▪ Voortdurend keuzen en opties aanbieden ▪ Veel patiënten met bipolaire stoornis ▪ Hoge stafbezetting	Australië ▪ Weinig separaties ▪ Patiënt moet om de twee uur door een arts gezien worden ▪ Zero tolerance agressie ▪ Inhuren invalkrachten bij hand in hand begeleiding ▪ Patiënt dient door familie te worden verpleegd in Griekenland
Zweden ▪ Fixatie voor max 4 uur ▪ Separatie is “not done” ▪ Zeer frequent controles en erbij blijven ▪ Verbale de-escalatie ▪ Hele afdeling als separeer (kaal)	Ierland ▪ Gebruik wisselen van APZ ▪ Limmerick Altijd in contact blijven middels een raam ▪ St Patrick Geen gebruik separeer wel sedatie ▪ Dundrum Ommuurde binnenplaats met deels overkapt toilet

Fig 10.6 tabel diverse landen

9.7 Wat zijn de landelijke ontwikkelingen op het gebied van dwang en drang?

9.7.1 Historie

Tot rond 1900 was een vrijwillige psychiatrische opname vrijwel onmogelijk. De vroege inrichtingspsychiatrie was er voor de overlastgevendsten en armen. De zorg voor de depressieve en angstige patiënten was in die tijd een zaak van de familie. Patiënten uit de financieel sterkere milieus konden zich in 'zenuwsanatoria' laten behandelen. In de jaren dertig werd de nadruk gelegd op arbeidstherapie, bedrust en kalmering - of slaapmiddelen. Daarnaast ging het om separeren en isoleren en de toepassing van hydro – therapeutische behandelmethoden. De patiënt werd ingewikkeld in doeken en met koud water overgoten of in een permanent bad gelegd.

De bewaarpsychiatrie gaf weinig hoop op genezing, maar bracht wel een nieuwe bejegening en continuïteit van zorg. De hulpverlening voor chronisch psychiatrische patiënten breidde zich uit tot de sociale omgeving. "Wonen, werken en leven" werden aangepast om het functioneren van patiënten op een zo hoog mogelijk peil te brengen.

De Sociale psychiatrie

Na de Tweede Wereldoorlog werd de aandacht meer gericht op behandeling en herstel van psychische stoornissen en uiteindelijk op het bevorderen van de geestelijke volksgezondheid. De GGZ buiten de psychiatrische kliniek won terrein. De brede opvatting van gezondheid betekende ook dat de rol van de overheid sterker werd benadrukt. De openbare GGZ werd breed opgevat als een complex van maatregelen dat wordt genomen om de staat van geestelijke volksgezondheid van de samenleving zo gunstig mogelijk te maken. In het midden van de jaren vijftig werden de psychofarmaca geïntroduceerd waardoor de kans op succesvolle behandeling toenam.

In de jaren zestig en zeventig was de antipsychiatrie in opkomst. Dit resulteerde in sluiting van psychiatrische ziekenhuizen en wijziging van de Krankzinnigenwet die het toepassen van dwang en drangmaatregelen te makkelijk zou maken. Er kwam in Nederland steeds meer kritiek op de gedwongen opname en behandeling met elektroshocks en de isoleercellen. Door de kritiek groeide het belang van de ambulante hulpverlening.

In de lijn met de maatschappelijke discussie besloot de regering in 1972 tot een tussentijdse wijziging van de Krankzinnigenwet. De kernpunten hiervan komen in de latere BOPZ terug.

In 1994, na ruim twintig jaar voorbereiding maakte de Krankzinnigenwet plaats voor de BOPZ. De rechtspositie van de patiënt wordt hierin voor het eerst uitvoerig geregeld. Er moet worden voldaan aan het criterium van gevaar dat niet kan worden afgewend anders dan door opname in een psychiatrisch ziekenhuis²².

9.7.2 Ontwikkeling richtlijn

Het toepassen van het gevaarscriterium is een centraal onderdeel van het diagnostisch oordeel dat de psychiater in het kader van de wet BOPZ moet geven.

Gezocht wordt naar de mogelijkheid tot een grotere standaardisatie door middel van wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor kan transparantie worden verkregen en kunnen risico's worden ingeschat.

²² www.minvws.nl

Op dit moment wordt het gevaar beoordeeld door middel van een ongestructureerd klinisch interview. Dit kan een bron zijn van stoornis in de betrouwbaarheid en validiteit van een psychiatrisch oordeel.

De omschrijving van gevaar in de wet BOPZ is in de loop van de tijd niet duidelijker geworden.

Momenteel is er landelijk een commissie die zich bezig houdt met de ontwikkeling van richtlijnen voor de toepassing van dwang in de psychiatrie. Deze is begin 2004 door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ingesteld. Deze commissie is ontstaan doordat er behoefte was vanuit de beroepsgroep, de beleidsmakers en de patiënten- en familievereniging om meer helderheid te scheppen in het gebruik van de wet BOPZ. Nu bestaat er nogal wat 'speelruimte' in de kaders waarbinnen dwang wordt toegepast. Er bestaat momenteel nog geen instrument dat zich richt op het beoordelen van gevaar, terwijl bij dwangtoepassing het inschatten van gevaar een zeer grote rol speelt.

Het kunnen inschatten en voorspellen van gevaar kan bijdrage aan een betere behandeling. Hiervoor is het van belang te kunnen werken aan de hand van richtlijnen. Die kunnen alleen worden ontwikkeld indien er voldoende en kwalitatief goed klinisch - psychiatrisch onderzoek plaatsvindt. De ontwikkeling van een meetinstrument is hier een onderdeel van. Een meetinstrument kan gegevens verzamelen waarmee het mogelijk wordt vergelijkingen te maken en effecten te meten. Op het gebied van dwang bestaan nog onvoldoende meetinstrumenten.

9.7.3 Overheidsbeleid

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is primair verantwoordelijk voor de Wet BOPZ en het beleid rondom de wet. De minister van Justitie is verantwoordelijk voorzover het gaat om mensen die behandeld worden in het kader van een betere beschikking stelling. De inspectie voor de gezondheidszorg houdt toezicht op de juiste uitvoering van de wet.

In de grondwet en in het Europese verdrag voor de rechten van de mens is beschreven dat het doel van de BOPZ is mensen wettelijk te beschermen die te maken krijgen met een gedwongen opname²³.

De wet BOPZ kent een wettelijke verplichting (artikel 71) waarbij de wet iedere vijf jaar geëvalueerd moet worden.

In 2002 is de tweede evaluatie van de wet BOPZ afgerond. Bij deze evaluatie werd duidelijk dat er onvrede is onder direct betrokkenen over de toepassing van de BOPZ in de praktijk.

Het kabinet heeft daarbij de conclusie getrokken dat de wet meer ruimte biedt dan in de praktijk wordt benut. Door het maken van heldere richtlijnen en het intensiveren van de voorlichting aan betrokkenen zou men veel kunnen verbeteren. Daarnaast ziet het kabinet ook de noodzaak de wet aan te passen en de mogelijkheden tot dwangbehandeling binnen de instelling te verruimen. De aanpassingen zullen een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van de maatschappelijke problematiek van verloedering en overlast van een specifieke groep mensen.

Er zijn de afgelopen jaren al nieuwe ontwikkelingen geweest binnen de BOPZ. Dit betreft de eerder al genoemde voorlopige machtiging, de machtiging tot voortgezet verblijf en de rechtelijke machtiging op eigen verzoek en de voorwaardelijke machtiging.

²³ www.minvws.nl

Het nieuwe instrument van de voorwaardelijke machtiging vertoont zoals al eerder in dit verslag aangegeven twee hiaten. Dit bleek uit uitkomsten van de interviews die het Trimbos-instituut in opdracht van het Ministerie van Justitie met negen deskundigen heeft gehouden²⁴. Als eerste moet de patiënt instemmen met de voorwaarden en het behandelplan om opname te voorkomen. Vooral schizofrene patiënten met weinig ziekte inzicht zijn daar niet altijd toe bereid, omdat zij bang zijn dat instemming een erkenning is van hun ziek zijn. Door hun weigerachtige houding komen zij op dit moment niet voor de voorwaardelijke machtiging in aanmerking.

De wetgever wil om die rede de instemming van de patiënt nu uit de BOPZ halen. In maart 2006 hebben minister Hoogervorst en minister Donner van justitie aangekondigd de wet op twee punten te willen aanpassen.

- De toepassing van een voorwaardelijke machtiging uitbreiden.
- Ruimere mogelijkheden bieden bij een gedwongen opname voor dwangbehandeling.

Een tweede probleem is dat een patiënt bij het niet nakomen van de gemaakte afspraken volgens de huidige wetstekst pas gedwongen mag worden opgenomen na advies van een onafhankelijk psychiater. In de praktijk blijkt zo een advies echter soms een maand of nog langer op zich te laten wachten, terwijl bij betreffende patiënten snelle actie is geboden.

Ook is in 2006 de observatiemachtiging in werking getreden, waarmee iemand van wie ernstig wordt vermoed dat hij gevaar voor zichzelf veroorzaakt, maximaal drie weken ter observatie kan worden opgenomen.

Daarnaast is de mogelijkheid tot het gebruik van dwangbehandeling na een gedwongen opname uitgebreid. Er hoeft geen sprake meer te zijn van ernstig gevaar, maar van gevaar binnen de instelling. Zoals al eerder gemeld is er vanuit de evaluatiecommissie het advies gekomen richtlijnen te maken voor het toepassen van dwang en drang en het inschatten en omschrijven van gevaar. Dit blijkt dus moeilijk te verwezenlijken.

Uit onderzoek is ook gebleken dat de wet BOPZ in de praktijk onvoldoende rechtsbescherming biedt aan mensen met dementie of een verstandelijke handicap. De wet wordt hierop ook gewijzigd. Voor de geldigheid van de wet maakt het dan niet meer uit waar iemand verblijft.

De gewijzigde wet moet in 2007 in werking treden.

Door gebrek aan éénduidigheid in de wetgeving is er een gebrek aan aansluiting tussen psychiatrische patiënten en zorg. De BOPZ en de WGBO hebben de rechtspositie van psychiatrische patiënten aanzienlijk verbeterd. Zoals gezegd zijn de eisen voor onvrijwillige opname in vergelijking met de Krankzinnigenwet van 1884 aangescherpt. Er moet sprake zijn van 'gevaar' voor de patiënt zelf of voor anderen en een patiënt moet duidelijk aangeven een opname te weigeren. Hiermee is de autonomie van de patiënt steeds meer centraal komen te staan. De keerzijde is verwaarlozing en ontoegankelijkheid van de noodzakelijke zorg voor patiënten om wie het in dit advies gaat. Onduidelijkheid over toepassing van de BOPZ neemt toe naarmate er nieuwe vormen van hulp ontstaan. De manieren waarop het begrip 'gevaar' in de praktijk wordt ingevuld kan nogal verschillen. Hulpverleners grijpen soms niet in wanneer dat wel zou kunnen, terwijl in

²⁴ Psy, tijdschrift over geestelijke gezondheidszorg

andere gevallen juist meer dwang wordt toegepast dan wettelijk is toegestaan.

Hierdoor ontstaat een kloof tussen zorgbehoefte en zorgaanbod.

Mede hierdoor moet er volgens het kabinet gezocht worden naar oplossingen. Uitgangspunt hierbij is het zoeken naar oplossingen waarbij de psychiatrische patiënt niet gebaat is bij het met rust gelaten worden als zij geen hulp zoeken of actief mijden. Hun recht op zelfbeschikking moet uiteraard gerespecteerd worden, maar bij kwetsbare mensen kan bescherming van vrijheden leiden tot verwaarlozing, verkommering en verloedering. Dan komt hun recht op zorg in gedrang. Er moet aangestuurd worden op een continuüm van zorg, waarbij in het gebied tussen vrijheid aan de ene kant en dwang aan de andere kant meer interventies mogelijk zijn. Hulpverleners zullen zich dan minder gedwongen voelen een keuze van respecteren van zelfbeschikking of zorg te maken.

Ze kunnen zoeken naar een aanbod dat zoveel mogelijk tegemoet komt aan beide behoeften. Er moet ruimte zijn voor dialoog en onderhandeling. Ook waar gebruik wordt gemaakt van drang of dwang kan dit leiden tot zorg die de patiënt op termijn beter in staat zal stellen de eigen belangen te behartigen. Om vanuit deze visie te komen tot effectievere hulpverlening, zijn twee ontwikkelingen noodzakelijk:

- Gecoördineerde bemoeizorg intensiveren.

Moeilijk bereikbare patiënten die niet in staat zijn gebruik te maken van de bestaande voorzieningen of zich hebben afgewend van de hulpverlening moeten actief benaderd worden. Het aanbod van voorzieningen moet beter aansluiten bij waar patiënten behoefte aan hebben. Niet alleen de medische behandeling, maar ook praktische hulp. Er zullen genoeg bedden voor 'intensive care' bij acute nood beschikbaar moeten zijn.

- Continuüm van interventies in wetgeving opnemen.

De wet BOPZ moet in zijn geheel worden aangepast. Het is dan de vraag of de scheiding van dwangopname en dwangbehandeling gehandhaafd kan blijven. De feitelijke en morele onderbouwing van dwangopname is in veel gevallen dat behandeling noodzakelijk is. Een nieuwe wet zou een continuüm van mogelijkheden voor klinische en ambulante benadeling kunnen regelen, van bemoeizorg en overreding via drang naar dwang. Een speciale commissie zou de regering in de toekomst moeten adviseren over deze nieuwe wet.

9.7.4 Dwang en drang ter discussie

In het voorjaar van 2004 werd de publieke discussie over dwang en drang gestimuleerd door de voorgenomen wijzigingen rond de Wet BOPZ, die de mogelijkheden tot dwangbehandeling binnen de instelling zouden kunnen verruimen. Diverse partijen mengden zich in de discussie. De politiek, inspectie, psychiaters en patiënten en hun familie. De standpunten liepen uiteen.

De kwaliteit van dwang en drang in de Nederlandse psychiatrie is van groot belang. Een belangrijk aantal instellingen voor zorg aan mensen met een psychiatrische stoornis heeft de krachten gebundeld in een landelijk project, voor het verbeteren van de zorg rondom dwang en drang.

9.7.5 Kwaliteitscriteria

De GGZ heeft in ons land een volwaardige plaats in de gezondheidszorg. Als het gaat om de toepassing van dwang dan bestaan er echter toch nogal wat problemen²⁵. Aan de ene kant zijn er medewerkers die grote moeite hebben om hun verantwoordelijkheid te nemen in situaties waar patiënten ten gevolge van psychiatrische problematiek hun bestaan ten gronde richten. Zij voelen zich daarbij gevangen tussen wat ze van de samenleving moeten en wat ze mogen. Aan de andere kant passen ze nogal eens dwang toe die ze zelf eigenlijk niet verantwoord achten en waarbij het middel soms erger is dan de kwaal.

Dit gebeurt vaak uit machteloosheid. Collega's uit landen om ons heen verbazen zich over de Nederlandse psychiatrie.

Twaalf GGZ organisaties onderzochten kritisch hun dagelijkse praktijk op het gebied van dwangtoepassing en hebben in hun instellingen projecten opgezet om met hulp van elkaar en met wetenschappelijke ondersteuning eerder ontwikkelde kwaliteitscriteria te implementeren.

De aanleiding voor dat project was buitenlandse kritiek dat de zorg in Nederland inhumain zou zijn. Vooral het gebruik van separatie stuit op verontwaardiging bij buitenlandse collega's. Dit gebeurt vaak uit machteloosheid. Collega's uit landen om ons heen verbazen zich over de Nederlandse psychiatrie. Zij vinden het toepassen van de separeer als dwangmiddel achterhaald en inhumain. Het gebruik van medicatie heeft de voorkeur omdat dit humaner is en minder ingrijpend.

Deze kritiek kreeg erkenning in de Nederlandse psychiatrie en vormde de aanleiding voor de ontwikkeling van kwaliteitscriteria rond dwang en drang op basis van gesprekken en consensusbijeenkomsten met hulpverleners, patiënten en familieleden.

Er zijn acht kwaliteitscriteria opgesteld. De ontwikkelde kwaliteitscriteria hebben betrekking op het verantwoord omgaan met dwang en drang, het verbeteren van de communicatie, het vergroten van de leefbaarheid in dwang- en drangsituaties voor betrokkenen en het stimuleren van minder ingrijpende alternatieven. De kwaliteitscriteria onderscheiden zich van de wettelijke criteria door hun ethische invalshoek. De acht opgestelde kwaliteitscriteria verleggen de aandacht van de juridische vraag naar wanneer dwang toegepast mag en moet worden, naar de kwaliteitsvraag hoe zorg dient te worden verleend om dwang zoveel mogelijk te vermijden, deze kwaliteitscriteria zouden beschreven moeten worden in de procedures van dwang- en drangtoepassing op een afdeling. Daarnaast geven ze aan op welke wijze en met welke zorgvuldigheid dwang en drang moet worden toegepast.

²⁵ Abma, T., *Dwang en drang in de psychiatrie*

DE ACHT KWALITEITSCRITERIA VOOR DWANG EN DRANG
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 patiënt en bij de familie. Schenk aandacht aan die gevoelens. Ga creatief om met spanningen.
3. Beschouw dwang en drang in het kader van het proces 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, patiënt 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 hoe een interventie zal bijdragen aan de mogelijkheden van de patiënt om de greep op zijn eigenleven 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. Probeer creatief om te gaan met situaties. Wees flexibel respectvol en tactvol.
7. Plaats dwang en drang in een tijdsperspectief. Probeer anticiperend te werk te gaan. Maak vooraf afspraken met de patiënt 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 patiënt 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.

Tabel 9.5.7 Kwaliteitscriteria

De kwaliteitscriteria gaan in op de noodzaak voor de Nederlandse psychiatrie om kwaliteit te willen verbeteren door vergroting van de professionele competentie van hulpverleners.

Na een projectmatige inbedding moeten de criteria op den duur een structureel onderdeel gaan uitmaken van het instellingsbeleid inzake kwaliteit. In april 2002 is een twee jaar durend landelijk project van start gegaan waarvan het doel was om de praktijk van dwang en drang te verbeteren via implementatie van de kwaliteitscriteria. De doelstellingen van het project hadden betrekking op:

- Het waarborgen van zorgvuldigheid bij de toepassing van dwang en drang.
- Het vergroten van de leefbaarheid van situaties van dwangtoepassing voor patiënten, hulpverleners.
- Het ontwikkelen van alternatieven.
- Het terugdringen van dwang en drang.

Aan het project deden twaalf psychiatrische zorginstellingen mee.

Iedere instelling had de vrijheid om de kwaliteitscriteria te vertalen naar de specifieke karakteristieken van de eigen instelling. De afdelingen varieerden van acute opname en ambulante crisisopvang tot forensische en chronische psychiatrie.

De landelijke coördinatie kreeg vorm doormiddel van een stuurgroep, een projectgroep en een projectgroepcoördinator. Het project werd onderzoeksmatig ondersteund door een kwantitatief en kwalitatief onderzoek dat werd uitgevoerd door de Universiteit Maastricht, het Trimbos Instituut en Universitair Medisch Centrum Utrecht. Er was inhoudelijke samenwerking en uitwisseling van resultaten tussen de instellingen. Er is een bewustwordingsproces op gang gekomen door vragen te stellen in de praktijk. De kwaliteitscriteria zijn gaan leven onder hulpverleners en ze zijn concreet vertaald naar de praktijk in de vorm van protocollen, werkvormen, werkbare alternatieven voor dwang en drang, checklists en allerlei trainingen. Er is veel kennis verzameld over hoe dit proces moest worden begeleid, over knelpunten die daarbij optreden en over manieren om daarmee om te gaan. Het onderzoeken van de relatie tussen de toepassing van dwang en projectactiviteiten werd ernstig bemoeilijkt door de bruikbaarheid en beschikbaarheid van de informatie. Alleen met behulp van kwalitatieve gegevens over de wijze van registreren, de projectactiviteiten en de dagelijkse praktijk op de afdeling kon hier in een beperkt aantal gevallen duidelijkheid worden verkregen. Om veranderingen te kunnen evalueren en normatieve uitspraken te kunnen doen op basis van kwantitatieve gegevens is een geschiktere registratie en verslaglegging nodig binnen de instelling. Die registratie dient directer aan te sluiten bij de praktijk van alledag. Daarnaast is in een aantal gevallen het niet mogelijk gebleken de projectresultaten aan te tonen, omdat in de betreffende instellingen de projecten te laat waren gestart, waardoor eventuele effecten pas later zichtbaar kunnen worden. Terugrapportage naar de betrokken afdelingen en zorgverleners heeft ertoe geleid dat bewustwording is ontstaan en discussie over de toepassing van dwang en de manier waarop men dat vastlegt. Om éénzijdigheid te voorkomen is het belangrijk dat gezocht wordt naar activiteiten die meerder criteria tegelijk dienen.

Bij GGZ Noord Holland werd besloten om aan het landelijk project "implementatie van de kwaliteitscriteria" deel te nemen. De doelstellingen van het project waren implementatie van de kwaliteitscriteria dwang en drang, een actieve rol voor patiënten, een andere houding bij hulpverleners en 25% minder gedwongen separaties.

Het project werd Dwingend Minder genoemd. Er zijn in dit project activiteiten ondernomen die hebben bijgedragen aan bewustwording bij hulpverleners van het ingrijpende karakter van gedwongen separatie voor patiënten.

Er is veel aandacht besteed aan het ontbreken van positieve therapeutische effecten op de toestand van de patiënt en aan de soms schadelijke effecten van gedwongen separatie.

Bewustwording was slechts een van de doelen. Het hoofddoel was het project verbeteren van de kwaliteit van de zorg rondom dwang. Dit om zorgvuldige besluitvorming te stimuleren rondom dwang. Casuïstiek wordt besproken om hulpverleners zich meer bewust te laten worden van hun handelen, waarbij ook aandacht wordt geschonken aan de gevoelens van patiënten, hun familie en die van hulpverleners zelf.

Daarnaast onderneemt de projectgroep actie om een vaste vorm van evaluatie na afloop van dwangtoepassingen tussen de hulpverleners en de patiënt te introduceren. De dwangtoepassing moet naar het oordeel van de projectgroep en in het verlengde van de kwaliteitscriteria, meer plaats krijgen in het integrale zorgproces. Evaluatie van dwangtoepassing terugkoppelen in signaleringsplannen is van belang om te komen tot minder dwang²⁶.

In navolging van de huidige internationale en nationale opinie ten aanzien van separeren werd ook een verschuiving van separatie als eerst te verkiezen maatregel gezien. In GGZ Noord Holland Noord is dus gekozen voor de weg van eerder medicatie onder dwang voor de toepassing van separatie.

Het project Dwingend Minder wordt afgesloten met een zichtbaar resultaat. Minder separatie en meer kwaliteit van zorg. Er wordt op de afdelingen tussen 25 en 50% minder lang gedwongen gesepareerd. Er is geen toename van het aantal dwangbehandelingen met medicatie. Er zijn minder incidenten gemeld en het aantal klachten rondom dwangbehandeling is afgenomen. Dit resultaat werd bereikt door bewustwordingsprocessen te ondersteunen en hulpmiddelen voor zorgvuldige besluitvorming en evaluatie van dwang in te voeren. Met deze evaluatie van dwang krijgen patiënten een grotere inbreng in hoe te handelen in toekomstige noodsituaties door het invoeren van een evaluatiegesprek na dwangtoepassing, waarvan de uitkomsten verwerkt worden in een signaleringsplan.

Patiënten worden meer uitgenodigd om hun voorkeuren te bespreken en vast te leggen. In enkele gevallen leidt dat tot afspraken om niet meer tot separatie over te gaan zonder eerst de effecten van dwangmedicatie te hebben vastgesteld. Er moet bij het vermelden van afname van het aantal separaties opgemerkt worden dat die gebaseerd zijn op afdelingsregistraties van de instelling. Dit is van belang omdat onderzoek gebaseerd is op het automatiseringssysteem van de instelling en de gegevens van de inspectie andere resultaten laat zien. Namelijk een toename van het aantal separaties en een afname van de totale duur van de separatie. Tevens bleek in dat onderzoek (Lendemeijer, 2004) een lichte stijging van het aantal medicamenteuze dwangbehandelingen. Deze verschillen kunnen slecht worden verklaard. Onduidelijk is welke gegevens dan niet betrouwbaar zijn. Het project mag wel als geslaagd worden beschouwd. Dit blijkt uit de

²⁶ Werf, B, *Signaleringsplannen; Naar minder agressie en dwang in de psychiatrie*

initiatieven die op verschillende plaatsen en niveaus in de organisatie van de grond zijn gekomen. Er wordt gedacht over het sluiten van separeers.

9.7.6 Signaleringsplannen

In 1998 is een traject afgesproken om signaleringsplannen op te stellen met en voor iedere patiënt op larkshof. De voornaamste redenen waren: Participatie van de patiënt in het maken van beslissingen rond de bejegening in het algemeen of bij periodiek verminderd functioneren.

Het betrekken van patiënten bij hun behandeling moet leiden tot minder agressie incidenten. Dit in navolging van een afdeling in De Geestgronden. Hier werd in 1991 het besluit genomen een patiëntgerichte werkwijze te gaan invoeren en met individuele signaleringsplannen te gaan werken om het aantal agressie incidenten en het gebruik van dwangmiddelen terug te dringen.

De achterliggende gedachte achter een signaleringsplan²⁷ is dat de zorg zodanig op de patiënt wordt toegesneden, dat het ontstaan van crisissituaties die dwangtoepassing vereisen vermindert.

Een signaleringsplan is een instrument dat sturing kan geven aan het handelen van de patiënt, het sociaal netwerk en de hulpverleners met betrekking tot signalen die duiden op een proces van toenemende problematiek.

Het vormt een gebruiksaanwijzing voor het omgaan met de patiënt. Dit betekent dat de patiënt meer grip op zijn situatie kan krijgen omdat al vanaf eerste signalen van instabiliteit beschreven staat wat de beste interventie is. Het is een schema met beschrijving van opeenvolgende vormen van gedrag van een individuele patiënt, dat per probleemgebied een plan van aanpak weergeeft.

Het signaleringsplan is gebaseerd op een aantal fundamentele uitgangspunten:

- De belevingswereld van de patiënt is het vertrekpunt. De hulpverlener gaat uit van:
 - o De dagelijkse realiteit van de patiënt.
 - o De doelen die de patiënt zich stelt.
 - o De ontwikkelingsfase waarin de patiënt zich bevindt.
 - o De taal die de patiënt spreekt.
- Een signaleringsplan²⁸ is een "plan op maat".
- Het werken met een signaleringsplan is een gezamenlijke activiteit van de patiënt, de hulpverleners en de familieleden.
- Een signaleringsplan behoeft voortdurend bijstelling.
- De attitude van de hulpverlener naar de patiënt toe moet positief waarderend zijn.
- Een signaleringsplan bestaat uit twee gedeelten:
 - o Beschrijven van de voortekenen van een crisis.
 - o Beschrijven van wat te doen wanneer een crisis dreigt.
- Het afglijden is in fasen onderverdeeld. De benaming van de fasen is zoveel als mogelijk in de woorden van de patiënt, omdat de taal en betekenis tijdens een psychose zo vaak verandert door de psychose.
- Een signaleringsplan helpt de medewerkers om vroege signalen wel te onderkennen en passende acties te ondernemen.

²⁷ Abma, T, Widdershoven, G, Lendemeijer, *Dwang en drang in de psychiatrie*

²⁸ Werf, B van der, Goedhart, A Huibert, S, *Signaleringsplannen*

Doel van een signaleringsplan

- Terugdringen van het gebruik van dwangmiddelen: Door op tijd te zijn kan worden voorkomen dat escalatie optreedt. Daarnaast kan door te handelen volgens afspraken die met de patiënt zijn gemaakt, deze handelingen door de patiënt beter passend en/of prettig worden bevonden.
- Vergroten van de autonomie en de bewegingsvrijheid: De patiënt wordt door het gezamenlijk maken van een signaleringsplan actief betrokken bij de eigen behandeling en bejegening wat de persoonlijke groei bevordert. (rehabilitatie²⁹).
- Het voorkomen van terugval: In een zo vroeg mogelijk stadium signaleren en meteen adequaat reageren, ook door relatief onbekende hulpverleners.

9.7.7 Toename dwangtoepassingen, in bewaring stelling

Dwang wordt in de psychiatrie steeds vaker toegepast. Het aantal inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen is nog nooit zo hoog geweest. Nederland separeert het meest van alle Europese landen. De laatste jaren lijken de gevaarscriteria in de praktijk ruimer te worden toegepast.

Maatschappelijke teloorgang en zelfverwaarlozing vormen steeds vaker gevaarscriteria waarvoor patiënten onder dwang worden opgenomen.

Er is geen éénduidige oorzaak van de stijging van dwangtoepassing aan te geven. De stijging komt waarschijnlijk door een combinatie van factoren: De druk vanuit de overheid.

De druk van de bevolking op psychiaters en rechters om patiënten sneller onder dwang op te nemen.

Meer bemoeizorg

Lagere drempel bij psychiaters om patiënten onder dwang op te nemen die een gevaar vormen voor zichzelf.

Verschuiving in de samenstelling van de bevolking.

Mogelijk meer en ander middelenmisbruik. (meer cocaïne)

Verkorte opnameduur en meer dwangmaatregelen voor patiënten met ernstige verslavingsstoornissen.

Verder onderzoek naar de oorzaak van deze stijging, de verandering in kenmerken van de patiënten die worden opgenomen en maatregelen om dwangopnames te voorkomen is dringend nodig.

9.7.8 Mening patiëntenvereniging/ vereniging familie van patiënten met schizofrenie

Psychiaters en een cliëntenorganisatie Anoixsis en de vereniging van familieleden Ypsilon pleitten voor verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling en medicatie. Vertegenwoordigers van Pandora en de Cliëntenbond vinden het voorkomen van escalaties en crisis van meer belang, dan het bezweren van een crisis. Een dwangopname is niet altijd te voorkomen, maar er moet een vorm van zorg voor in de plaats komen die minder ingrijpend is voor de patiënt. Het zou weer terug bij af zijn als de patiënt thuis eerst weer zo moet afglijden dat een dwangopname noodzakelijk wordt, terwijl het anders misschien nooit tot een opname had hoeven komen. Aandacht in een vroeg stadium voor preventie zou daarin kunnen helpen, net als vormen van zorg waarbij hulpverleners erop uittrekken om patiënten te

²⁹ Intranet rivierduinen

blijven volgen. Instellingen moeten daarnaast voorkomen dat ze moeilijke patiënten weren uit het ziekenhuis.

Dwang moet nooit een doel op zich zijn, maar een middel om iets te bereiken. De directeur van ypsilon zegt hier bijvoorbeeld over dat een toename van het aantal dwangopnames hem niets zegt. De onderliggende vraag is volgens hem belangrijker. Wat hebben de betreffende opnamen opgeleverd? Als er een verdere crisis mee is bezworen en iemand is gesterkt en weer verder kan, dan is dit belangrijker. Maar als na de opname niets volgt dan een aantal lege zinloze weken waarin behandeling achterwege blijft dan is de patiënt maar weinig opgeschoten of misschien zelfs een trauma rijker.

Het is niet alleen van belang of je bekijkt of je dwang mag toepassen, maar van belang is ook hoe je dwang toepast. Respect, het bieden van een luisterend oor voor ervaringen, en dwang niet toepassen als straf of bij een tekort aan personeel.

9.8 Wat zijn de ontwikkelingen binnen Rivierduinen op het gebied van dwang en drang?

9.8.1 Kwaliteitszorg

In de kwaliteitszorg is het de kunst om een goede afweging te maken tussen aanwezige alternatieven door rekening te houden met relevante factoren in situaties van dwang of drang. In de huidige praktijk is nog geen sprake van heldere en gemeenschappelijk toetsbare richtlijnen en protocollen. Mede oorzaak hiervan is dat veel mensen van mening zijn terughoudendheid te betrachten bij de uitvoering van dwang en drang.

De landelijke stuurgroep van het dwang en drangproject binnen de GGZ heeft de wens geuit om de huidige kwaliteitscriteria en richtlijnen te concretiseren en te borgen in een traject van certificering, zodat er gemeenschappelijke richtlijnen ontstaan die de garantie van kwaliteit van dwang en drang versterken.

Er kunnen op verschillende niveaus verbeteringen plaatsvinden.

- Op het niveau van de professionals (de diverse beroepsgroepen)
- Het niveau van het team (de multidisciplinaire samenwerking tussen professionals)
- Het niveau van de organisatie die de zorg aanbiedt.

Binnen de kwaliteitszorg zijn procedures ontwikkeld hoe nieuw beleid te ontwikkelen en te integreren. Certificatie is een belangrijk hulpmiddel binnen de kwaliteitszorg om nieuw beleid op het niveau van GGZ-organisaties gemakkelijk en meer uniform in te passen. In het certificatieschema wordt het behandelen volgens de laatste stand van zaken in de wetenschap benadrukt. Het certificatieschema geeft aanwijzingen wat de meest voor de hand liggende werkwijze is bij het invoeren van nieuwe richtlijnen, werkwijzen en kundigheden. Met het verwerven van het HKZ certificaat toont de instelling aan buitenstaanders (patiënten, financiers, toezichthouders en politiek) dat ze voldoet aan een aantal in gezamenlijk overleg opgestelde normen voor verantwoorde zorg. Of een instelling een HKZ certificaat verdient wordt getoetst door een onafhankelijke instantie.

Binnen Rivierduinen liet men zich inspireren door een artikel van Abma e.a. (2005) over de implementatie van een verbetertraject binnen een aantal Nederlandse instellingen.

Dit betrof de hiervoor genoemde kwaliteitscriteria. Verschillende centra binnen rivierduinen ontplooiden op het terrein van de deskundigheid bevordering

initiatieven ten behoeven van medewerkers. Echter met de verworven inzichten werd niet veel gedaan en het betrof maar een gedeelte van de diversen centra. Hierdoor ontstond een reden voor een meer geïntegreerde aanpak. Er moest door experts een kader geschetst worden in de vorm van een werkboek. Het management zou dan de kennis kunnen implementeren in de vorm van procedures en protocollen en hierbij rekening houden met financiële, personele, deskundigheidsbevorderende en communicatie trajecten. Een expert groep zou in eerste instantie de inhoudelijke kaders aangeven en zich richten op routinematig monitoren van de resultaten. Medio 2005 werden de eerste stappen gezet gericht op het terugdringen van onnodige dwang en separatie. Er was de besluitvorming rond de totstandkoming van een gecentraliseerde afdeling voor 'high care'. De zorg voor ernstig onregelde patiënten die zonder gebruik van separatie, niet te verplegen zijn, kan in een daartoe te bouwen kliniek met zo menselijk mogelijke maat plaatsvinden en op termijn ontlast het de eenheden in de basiszorg.

De opdracht aan de expertgroep was een kader aan te reiken waarmee de verschillende centra de organisatie zo kunnen indelen dat de separaties zowel kwalitatief als kwantitatief worden beïnvloed in de gewenste richting. De expertgroep werd genaamd BODS: *Beperken Onnodige Dwang en Separatie*.

9.8.2 Doelstelling BODS

De doelstelling van de BODS is de preventie van de mate van dwang en separatie³⁰.

De expertgroep is samengesteld uit medewerkers van de diverse centra van Rivierduinen en twee trainers van de agressiehantering.

Er zijn binnen de expertgroep vier werkgroepen die uitgaan van het volgende:

De werkgroep Attitude en Commitment bij management

Een belangrijke eerste stap is het veranderen van de attitude ten opzichte van separatie. Dit vereist een cultuurverandering binnen de opname klinieken. Het management zal anders moeten leren denken. Waar nu ieder nieuwbouwplan wordt gekenmerkt door meer separeers. Zal men moeten leren zoeken naar oplossingen met meer menselijke maat.

De werkgroep protocollen en Procedures

Separatie als vorm van Middelen en maatregelen kan volgens de definitie van de BOPZ slechts bij hoge uitzondering en ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties worden toegepast. Er zullen protocollen en procedures moeten worden geschreven, met als doel gevaar af te wenden, grenzen stellen, rust en orde herstellen, sanctioneren van ongewenst gedrag.

De werkgroep Bouwkundige aspecten en personeelsformatie

Indien separeers worden gesloten, dan zal mogelijk meer personeel nodig zijn.

De werkgroep kwaliteitsmeting

³⁰ Intranet rivierduinen

Zonder goede registratie is vergelijken en bijsturen naar verbetering niet mogelijk.

De voorlopige conclusies die door de BODS worden gesteld:

- Indeling van het gebouw is van groot belang.
- Patiënten niet alleen laten.
- Gebruik van de separeer als laatste middel.
- Transparantie en bereikbaarheid (uitleg over belang van veilig werken)
- De patiënt vertellen wat je ziet.
- De afdeling niet alleen laten tijdens vergadering en/of overleg.
- Noem regels regels en afspraken afspraken
- Nabespreken van incidenten en separaties.
- Gebruik maken van signaleringsplannen
- Let op attitude.
- Attentie voor personele bezetting(meer personeel voor minder patiënten, waardoor intensievere begeleiding kan plaatsvinden).

De BODS is gestart als een projectgroep, maar is inmiddels een expertgroep. De BODS- werkgroepen zullen als expertgroep de projectgroep adviseren. De projectgroep stelt de kaders op en zorgt voor sturing. (medewerker P&O diensten, medewerker van het trimbos instituut en overige managementleden).

Vier centra hebben een projectplan opgesteld voor het beperken van onnodige dwang en separatie.

Voorbeeld 1): Projectplan GGZ Haagstreek

- Scholing extra personeel
- Coaching on the job door opgeleid personeel
- Verpleegkundigen krijgen opleiding in deëscalerende technieken
- Er komt een onderzoek (vergelijking resultaten prospectieve meting met retrospectieve meting)
- Aanpassing dagstructuur en dagactiviteiten

Voorbeeld 2): Projectplan GGZ Leiden Langdurende Zorg en Kortdurende zorg

- Met de teams worden de doelen, de middelen en de resultaten besproken om tot een verbeterplan te komen.
- Er wordt een richtlijn opgesteld welke acties de teams nemen bij grensoverschrijdend gedrag.
- Er wordt een protocol opgesteld hoe een agressieve of suïcidale patiënt begeleid wordt. De teams worden getraind in de toepassing van deëscalerende technieken.
- Er wordt een kamer ingericht als relax ruimte.
- Er wordt een protocol opgesteld hoe er met de relax ruimte omgegaan wordt.
- Er wordt een leidraad opgesteld om separaties en gedwongen medicatietoedieningen na te bespreken.
- De verpleegkundige formatie wordt voor een periode van twee jaar uitgebreid.

Nadat de deelplannen zijn ingediend bij de Raad van Bestuur en de GGZ Nederland is besloten dat er één helder projectplan moet komen voor heel Rivierduinen. De projectgroep is nu belast met het opstellen van het

projectplan dat medio oktober van dit jaar moet zijn ingediend. De Raad van Bestuur wordt de opdrachtgever van de uitvoering van het projectplan. De expertgroep geeft gevraagd en ongevraagd advies aan de Raad van het Bestuur

10. Onderzoek en Resultaten

Bij de beantwoording van mijn onderzoeksvraag die ik uitwerk in dit procesverslag heb ik ook een onderzoek gedaan onder de verpleegkundigen van ggz Haagstreek om op die manier een indruk te krijgen van de mate waarin de verpleegkundigen op de hoogte zijn van de landelijke en organisatorische ontwikkelingen rondom drang en dwangreductie.

10.1 De empirische cyclus

Bij de uitvoering van mijn onderzoek heb ik gebruik gemaakt van de stappen van de empirische cyclus.

De empirische cyclus is een wetenschappelijke methode van onderzoek³¹.

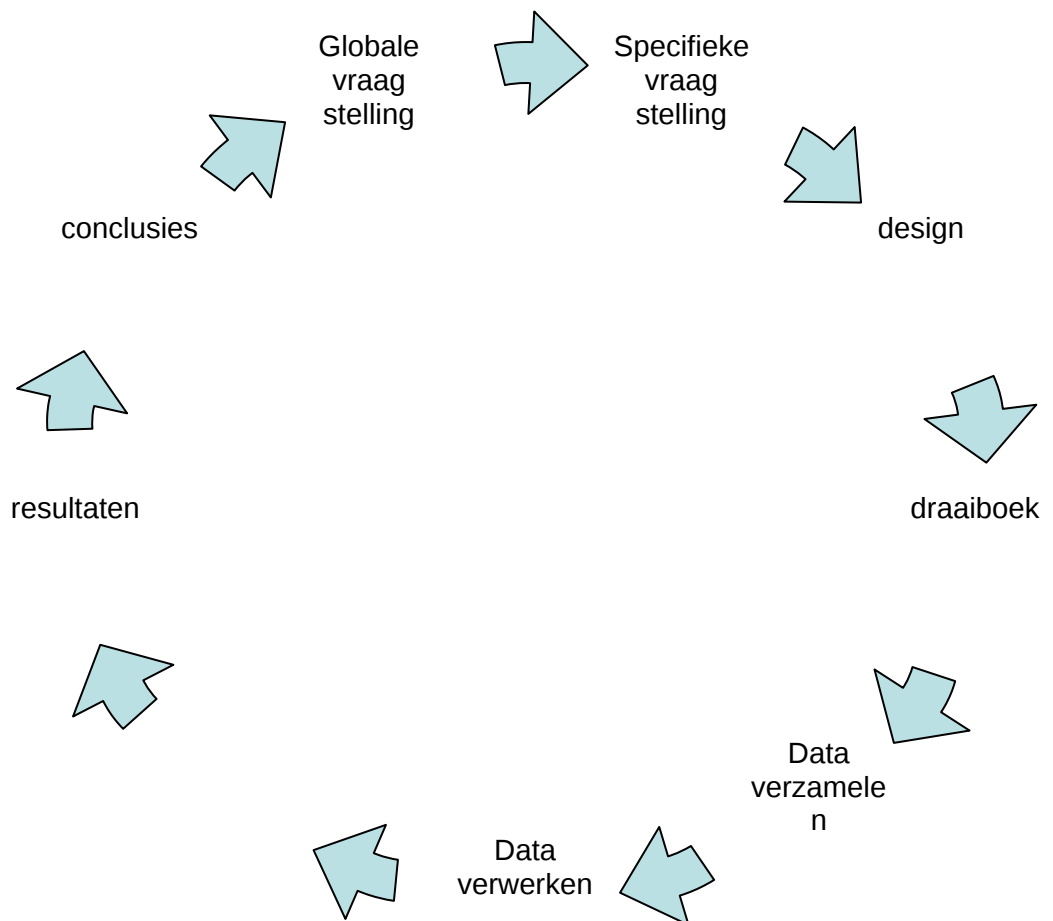


Fig 10 empirische cyclus

³¹ www.owio.wau.nl

10.2 onderzoek/vraagstelling

De vraagstelling van mijn onderzoek luidt:

Zijn de verpleegkundige werkzaam binnen GGZ Haagstreek op de hoogte van de landelijke en organisatorische ontwikkelingen op het gebied van dwang en drang?

Het doel van mijn onderzoek is het beschrijven van de landelijke en organisatorische ontwikkelingen rondom dwang en drang. Daarnaast is het doel ook het in kaart brengen van de kennis rondom dwang en drang bij de verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen afdeling Larikshof. Larikshof dat onderdeel is van GGZ Haagstreek van het psychiatrisch ziekenhuis Rivierduinen. De resultaten van dit onderzoek wil ik meenemen in mijn aanbevelingen naar het management van GGZ Haagstreek locatie Larikshof. De aanbevelingen betreffen de toepassing van de kwaliteitscriteria bij de uitvoering van dwang en drangmaatregelen van verpleegkundigen op afdeling Larikshof en de bijdrage hiervan aan de kwaliteit van zorg.

Ik heb voor het verzamelen van mijn gegevens gebruik gemaakt van een kwantitatief onderzoek. Bij een kwantitatief onderzoek³² gaat het om de mate waarin verschijnselen voorkomen en eventueel de samenhang tussen deze verschijnselen weergeven.

Ik heb onderzoek gedaan onder de verpleegkundigen die werkzaam zijn op afdeling Larikshof. Daarnaast heb ik onderzoek gedaan onder de verpleegkundigen die werkzaam zijn op de diverse afdelingen binnen de GGZ Haagstreek. Op deze manier wil ik een vergelijking maken tussen het gebruik van dwang en drang op Larikshof en op andere afdelingen.

Bij het verzamelen van gegevens heb ik gebruik gemaakt van een schriftelijke vragenlijst.

10.3 Design/meetinstrument

Het meetinstrument betreft een schriftelijke vragenlijst.

Ik heb daarbij gebruik gemaakt van gesloten vragen. De respondent heeft hierbij de keuze uit een beperkt aantal antwoorden³³. Ik heb gekozen voor gesloten vragen met feitelijke, respectievelijk opiniërende antwoordmogelijkheden.

Bij de opinie vragen heb ik ervoor gekozen geen middencategorie te kiezen. Dit behelst antwoorden als 'weet niet' en 'niet van toepassing'. Het gevaar bestaat namelijk dat de respondent dit als vluchtmogelijkheid kiest.

Door gebruik te maken van een even aantal antwoordmogelijkheden sluit ik de vluchtmogelijkheid uit en dwing ik de respondent tot stellingname.

In een kwantitatief onderzoek wordt vaak gebruik gemaakt van gesloten vragen om een percentage te kunnen vaststellen. Op deze manier wil ik duidelijk maken of verpleegkundigen op de hoogte zijn van de ontwikkelingen rondom dwang en drang.

Ik heb gebruik gemaakt van een aselechte steekproeftrekking.³⁴ Dit betekent dat iedere eenheid uit de populatie een gelijke kans heeft om in de steekproef te komen. De keuze is at random /willekeurig. Dit betekent dat er niet een bepaald selectieprincipe ten grondslag ligt aan de keuze van de eenheden.

³² Stevens,P,*De verpleegkundige op onderzoek*

³³ Bijlage 1, *enquête onderzoek*

³⁴ Stevens,P,*De verpleegkundige op onderzoek*

De steekproef is een redelijk vertrouwde afspiegeling van de populatie. De aselechte steekproef biedt als groot voordeel dat men tot grote waarschijnlijkheidsuitspraken kan komen.

De vragenlijst heb ik naar 55 respondenten gestuurd. Dit betrof verpleegkundigen van afdeling Larikshof en verpleegkundigen die werkzaam zijn op diverse afdelingen binnen GGZ Haagstreek.

Dit wordt ook wel survey genoemd. Het voordeel van een survey is dat ik in een korte tijd veel informatie van een grote groep mensen kan verzamelen. Een nadeel is dat de je een vraag niet kan toelichten en dat er maar een beperkt deel van de mensen de enquête terugstuurt.

10.4 resultaten

Het aantal respondenten van wie ik de vragenlijst ingevuld heb teruggekregen betreft 25. Dit betreft 45% van de aangeschreven respondenten.

Respondenten Larikshof open: N 8

Respondenten Larikshof gesloten: N9

Respondenten overige afdelingen: N8

De resultaten heb ik verwerkt in kolom grafieken.

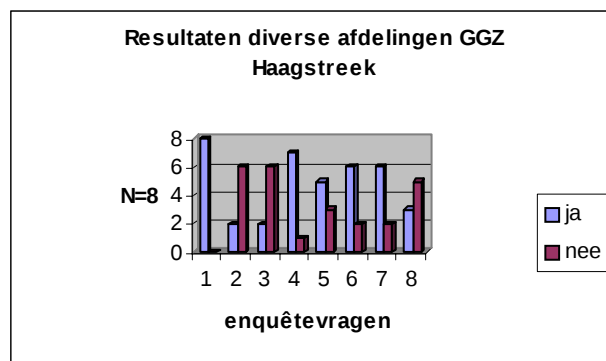
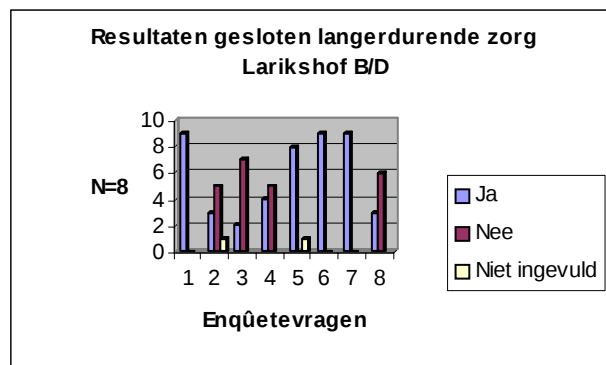
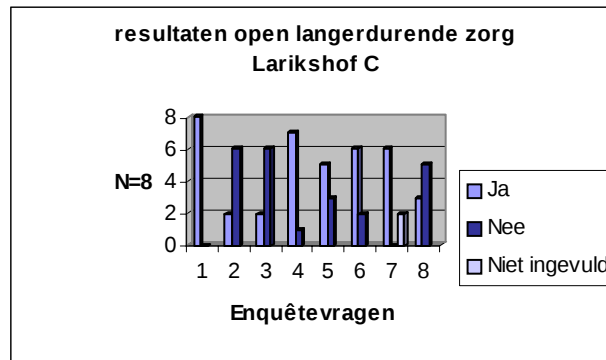
Ik heb een verdeling gemaakt van vragen en stellingen. De vragen zijn gesloten en kunnen met ja of nee worden beantwoord. De stellingen hebben gevarieerde antwoordmogelijkheden.

Ik geef steeds eerst de resultaten weer van Larikshof open, dan de resultaten van Larikshof gesloten en dan de resultaten van de overige afdelingen. Op die manier is een vergelijking mogelijk tussen de verschillende afdelingen.

De Resultaten van enquête die is afgenomen onder het personeel van de open en gesloten_afdeling Larikshof en onder diverse andere afdelingen binnen GGZ Haagstreek geef ik weer op de volgende pagina.

10.4.1 Enquêtevragen

1. Weet u wat dwang en drang inhoudt?
2. Bent u op de hoogte van de kwaliteitscriteria omtrent dwang en drang?
3. Weet u dat er binnen de organisatie een projectgroep “Beperking van onnodige Dwang en Separatie” zich bezighoudt met onderzoek naar de mogelijkheden om dwang en drang te reduceren?
4. Bent u op de hoogte van de dwang en drangprotocollen binnen de organisatie?
5. Vindt u dat de indeling van uw afdeling zal moeten worden aangepast om dwang en drang te kunnen beperken?
6. Bent u bekend met het werken met een signaleringsplan?
7. Vindt u dat het werken met een signaleringsplan het toepassen van dwang en drangmaatregelen kan reduceren?
8. Is er volgens u binnen de instelling voldoende aandacht voor het reduceren van dwang en drang?



Alle respondenten geven aan op de hoogte te zijn van de inhoud van dwang en drang.

De kwaliteitscriteria zijn bij de meerderheid van de respondenten niet bekend. Op de gesloten afdeling van Larikshof zijn de meeste respondenten niet op de hoogte van de projectgroep BODS. Op de open afdeling zijn meerdere respondenten wel op de hoogte. De meerderheid van de respondenten van de overige afdeling is niet op de hoogte van de projectgroep BODS.

Op de vraag of men op de hoogte is van de dwang en drangprotocollen, antwoordt de meerderheid van de respondenten van Larikshof gesloten met nee. De respondenten van Larikshof C zijn verdeeld qua mening en de meerderheid van de respondenten van de overige afdelingen zijn wel op de hoogte van de dwang en drangprotocollen.

Op de vraag of de afdeling moet worden aangepast om dwang en drang te beperken antwoordt de meerderheid van de respondenten van Larikshof gesloten met een ja.

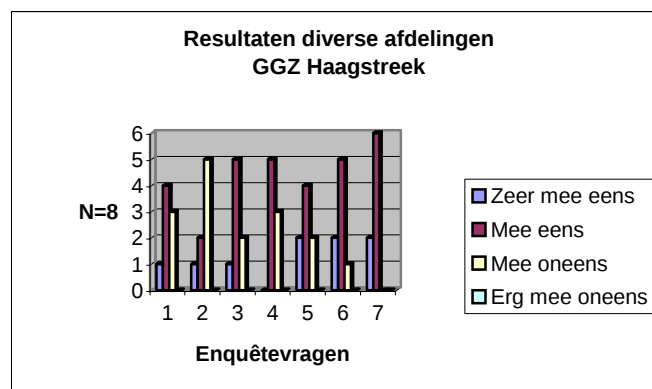
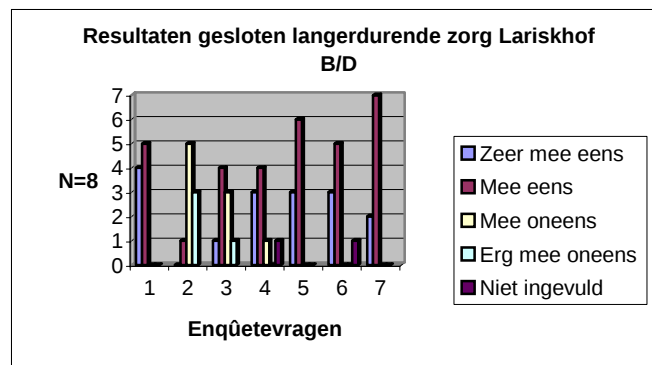
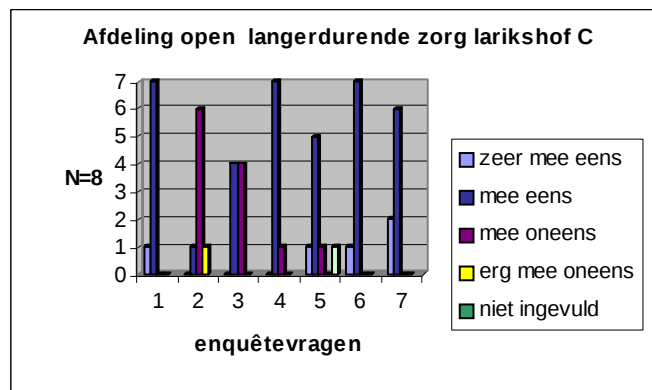
De meerderheid van de respondenten van Larikshof open antwoordt met nee. De meerderheid van de overige afdelingen antwoordt met ja.

Bijna alle respondenten zijn op de hoogte van het werken met een signaleringsplan. Zij vinden het werken met een signaleringsplan ook een toegevoegde waarde om dwang en drang terug te dringen. Niet op alle afdelingen wordt met een signaleringsplan gewerkt. Op Larikshof hebben wel alle patiënten een signaleringsplan.

Alle respondenten vinden dat er binnen de instelling te weinig aandacht is voor het terugdringen van dwang en drang

10.4.2 Stellingen

1. Meer personele bezetting kan de toepassing van dwang en drang reduceren.
2. Er zou meer gebruik gemaakt moeten worden van dwang en drangtoepassing.
3. Reduceren van dwang en drang kan leiden tot onveilige werksituaties.
4. Verveling van een patiënt kan bijdragen aan het moeten toepassen van dwangmaatregelen.
5. Als verpleegkundige moet je door de behandelend arts meer betrokken worden bij het beslissen over toepassing van dwang en drang.
6. Familie zou meer betrokken moeten worden bij de behandeling als ervaringsdeskundige.
7. Het verschil in het toepassen van dwang en drang bij patiënten met een psychose en patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is een goede ontwikkeling.



Alle respondenten vinden dat een toename van personele bezettingdwang en drang kan reduceren

De meerderheid van de respondenten vindt toename van het gebruik van dwang en drang niet wenselijk.

Binnen Larikshof is er verdeeldheid over het feit dat het terugdringen van dwang en drangmaatregelen zou leiden tot onveilige situaties.
De meerderheid van de respondenten van de overige afdelingen vindt dat dit wel het geval zou kunnen zijn.

Op Larikshof vindt de meerderheid van de respondenten dat verveling kan bijdrage aan het moeten toepassen van dwangmaatregelen
De respondenten van de overige afdelingen zijn hierover van mening verdeeld.

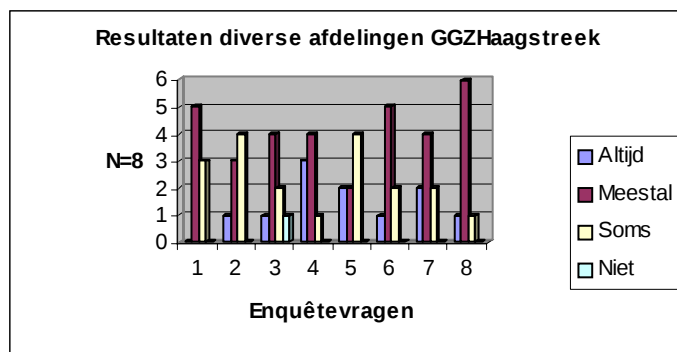
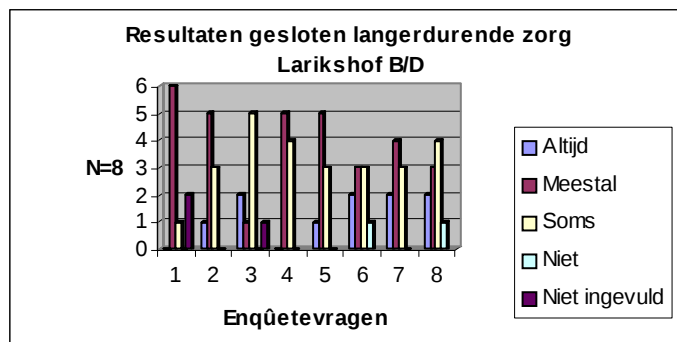
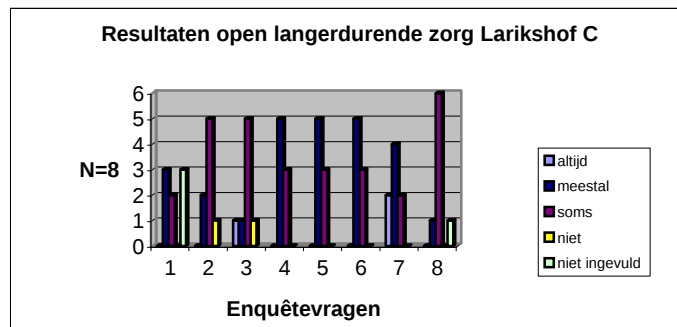
Bijna alle respondenten zijn het erover eens dat je als verpleegkundige meer betrokken zou moeten worden door de behandelend arts bij de beslissing over het toepassen van dwang en drang.

Ook geven alle respondenten aan dat familie ook meer betrokken zou moeten worden.

Alle respondenten geven eveneens aan dat er een verschil moet zijn in het toepassen van dwang en drang bij patiënten met een psychose en patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

10.4.3 Stellingen

1. De protocollen met betrekking tot dwang en drang zijn volledig en toepasbaar in de praktijk.
2. Na het toepassen van de dwangmaatregel vindt evaluatie plaats, door verpleegkundigen met de patiënt.
3. Na het toepassen van de dwangmaatregel vindt evaluatie plaats, door verpleegkundigen en behandelaar.
4. Op de afdeling wordt voldoende rekening gehouden met gevoelens en emoties die het toepassen van dwang en drangmaatregelen kunnen opleveren voor de patiënt.
5. Op de afdeling wordt voldoende rekening gehouden met gevoelens en emoties die het toepassen van dwang en drangmaatregelen kunnen opleveren voor betrokken verpleegkundigen.
6. Binnen het team wordt na het toepassen van dwang en drang gecommuniceerd over wat is gedaan om escalatie te voorkomen.
7. Binnen het team wordt na het toepassen van dwang en drang gecommuniceerd over de samenwerking tijdens de uitvoering van dwang en drang.
8. Binnen het team wordt na het toepassen van dwang en drang gecommuniceerd over de bejegening van de patiënt door de verpleegkundigen.



De respondenten van alle afdelingen geven aan dat de protocollen met betrekking tot dwang meestal of soms toepasbaar zijn in de praktijk. Opmerkelijk is dat een aantal respondenten eerder hebben aangegeven niet volledig op de hoogte te zijn van de protocollen, maar de vraag op toepasbaarheid toch hebben ingevuld.

De respondenten op de diverse afdelingen hebben op het gebied van evaluatie een zeer uiteenlopende mening.
Evaluatie met de patiënt en verpleegkundige vindt volgens respondenten van de gesloten afdeling Larikshof meestal plaats.
De respondenten van Larikshof C geven soms aan en 1 respondent zegt dat dit niet gebeurt. Op de overige afdelingen is het soms/meestal.

De evaluatie door verpleegkundige en behandelaar gebeurt op Larikshof soms en op de overige afdelingen meestal.

De respondenten van de verschillende afdelingen geven aan dat er meestal rekening gehouden wordt met gevoelens en emoties die de toepassing van dwang en drangmaatregelen opleveren voor de patiënt en betrokken verpleegkundigen.

De respondenten hadden een zeer uiteenlopende mening wat betreft de communicatie.

Op de vraag of er na het toepassen van dwang en drang gecommuniceerd wordt over hoe geprobeerd is de escalatie te voorkomen werd door de respondenten die werkzaam zijn op dezelfde afdeling zeer uiteenlopend geantwoord.

Op Larikshof gesloten B/D geven de respondenten antwoorden in de variatie van altijd tot niet.

Op Larikshof C varieert dit van meestal tot soms

Op de diverse afdelingen varieert dit van altijd tot soms.

Op de vraag of er wordt gecommuniceerd over de samenwerking antwoord men

Op Larikshof gesloten B/D gebeurt dit volgens de respondenten altijd tot soms.

Op Larikshof C varieert dit volgens de respondenten ook van altijd tot soms.

Op de diverse afdelingen zou dit volgens de respondenten meestal gebeuren.

Op de vraag of er wordt gecommuniceerd over de bejegening van de verpleegkundige van de patiënt antwoorden de respondenten

Op Larikshof gesloten B/D varieert dit volgens de respondenten van altijd tot niet.

Op Larikshof C gebeurt dit soms

Op de diverse afdelingen gebeurt dit meestal.

10.5 Kritische discussie

10.5.1 De validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument

De validiteit³⁵ van het meetinstrument is moeilijk te beschrijven. Bij validiteit is de belangrijke vraag meet je met de vragenlijst datgene wat je wilt meten. Ik heb geprobeerd de vragenlijst valide te maken door drie personen die niet bij het onderzoek waren betrokken de vragenlijst voor te leggen en te vragen of zij de vragen duidelijk vonden en of deze vragenlijst zou meten wat ik zou willen meten? De opmerkingen van deze drie personen heb ik verwerkt in het meetinstrument. Het betrof hier opmerkingen over het aantal vragen, de keuzemogelijkheden die te beperkt waren en de valkuil van antwoordmogelijkheden waarbij stellingname niet nodig was. De betrouwbaarheid van het meetinstrument kan verminderd zijn doordat de respondenten onderling gesproken hebben over de vragen en daardoor anders hebben geantwoord dan zij in eerste instantie zouden hebben gedaan. Ook de mate waarin respondenten te maken hebben met dwang en drang kan van invloed zijn op de uitkomsten. Hierbij spelen persoonlijke factoren ook een rol.

10.5.2 De vragen en stellingen

De vraag over hoe vaak agressie voorkomt op de afdeling wordt niet goed begrepen of als onduidelijk omschreven door de respondenten. De diversiteit van beantwoorden is erg groot door verschillende respondenten werkzaam op dezelfde afdelingen. Van meerdere keren per dag tot zelden. Hier zou je uit kunnen concluderen dat men dwang en drang verschillend interpreteert. Ik zou deze vraag de volgende keer anders moeten formuleren, zodat deze op een éénduidige manier wordt begrepen.

De respondenten van alle afdelingen geven aan dat de protocollen met betrekking tot dwang meestal of soms toepasbaar zijn in de praktijk. Opmerkelijk is dat een aantal respondenten eerder hebben aangegeven niet volledig op de hoogte te zijn van de protocollen, maar de vraag op toepasbaarheid toch hebben ingevuld.

Ik heb de respondenten drie weken de tijd gegeven om de enquêtelijst terug te sturen. Ik zou de volgende keer deze tijd misschien wat ruimer maken, omdat het een vakantieperiode betrof, waardoor een aantal respondenten misschien niet in de gelegenheid is geweest mee te werken terwijl zij dit misschien wel zouden willen. Ik heb het versturen van de enquêtes via de mail gedaan. Hierdoor wilde ik de kans vergroten dat de enquêtes werden teruggestuurd. Ik heb bewust voor deze vorm van enquêteren gekozen, omdat ik eerst een globale indruk wilde krijgen van de mening van de verpleegkundigen op Larikshof. Na deze tijd heb ik nog enquêtes teruggekregen, maar deze heb ik niet meer verwerkt in het onderzoek, omdat deze niet substantieel afweken van de enquêtes die ik al had ontvangen. Ik wilde ook een vergelijking maken van de resultaten van Larikshof met de resultaten van andere afdelingen. De vergelijking is echter niet goed te maken. Van Larikshof heb ik 17 enquêtes terug gekregen. Van de diverse andere afdelingen acht.

³⁵ Hunink, G., *Kwaliteit en deskundigheid*

Ik ben me ervan bewust dat door het houden van een kwantitatief onderzoek de ethische kant van dwang en drang onvoldoende wordt belicht. De mate waarin een verpleegkundige in aanraking komt met agressie kan bepalend zijn voor het beantwoorden van een vraag. Naast het kwantitatieve onderzoek zou ik dan nog een kwalitatief onderzoek kunnen houden over de achterliggende rede van een antwoord. Ik zou dit kunnen doen door bijvoorbeeld interviews te houden waarin ik meer open vragen zou stellen. Hierdoor zou het onderzoek meer diepgang krijgen. Ik heb er nu bewust voor gekozen om eerst een globale indruk te krijgen. In de toekomst zou ik een vervolg onderzoek willen doen.

11. Wenselijke situatie

Hoe vind ik dat de organisatorische ontwikkeling van dwang en drang reductie er binnen de instelling zou moeten uitzien?

Om dit aan te geven heb ik de situatie beschreven zoals ik deze graag zou willen zien binnen de organisatie.

Hierbij heb ik een vergelijking getrokken met de feitelijke situatie zoals ik deze al eerder heb beschreven in hoofdstuk 7.

De landelijke ontwikkelingen die momenteel binnen de instelling worden gebruikt om een nieuwe aanpak van dwang en drang te ontwikkelen (die het terugdringen van dwang en drang beoogd), zijn bekend bij de verpleegkundigen die dagelijks te maken hebben met het toepassen van dwang en drang. Bij het toepassen van dwang en drang maken zij gebruik van de kwaliteitscriteria die ontwikkeld zijn door de landelijke projectgroep terugdringen dwang en drang.³⁶ De betrokken verpleegkundigen krijgen hierdoor meer inzicht in dwang en drang en daardoor kunnen zij een bijdrage leveren aan de implementatie van het terugdringen van dwang en drang. Ervaringen en ideeën van verpleegkundigen uit de praktijk worden uitgewisseld tijdens klinische lessen die worden gegeven door leden van de expertgroep BODS en de M&M commissie.

De ervaringen en ideeën worden door deze leden weer meegenomen naar de bijeenkomsten en gebruikt bij de ontwikkelingen van nieuwe werkprocedures. De informatie tijdens de klinische lessen bestaat uit het toelichten van de werkwijze van dwang en drang en hoe zij werken aan het reduceren van dwang en drang. Op iedere afdeling gaat een verpleegkundige zich bezighouden met het onderwerp dwang en drang reductie. Hij krijgt informatie van de expertgroep BODS over hoe gewerkt wordt aan dwang en drangreductie en hoe men binnen de instelling hiermee bezig is. De verpleegkundige gaat bekijken hoe de implementatie op de afdeling kan plaatsvinden. Dit door overleg met verpleegkundigen van de afdeling. De verpleegkundige fungeert op die manier als schakel tussen organisatie en afdeling. Indien verpleegkundigen van de afdeling hier behoefte aan hebben wordt hun de mogelijkheid geboden een symposium te bezoeken omtrent dit onderwerp. Verpleegkundigen die een symposium bezoeken omtrent dwang en drang geven hierover een klinische les.

Alle verpleegkundigen van de afdeling krijgen jaarlijks een agressietraining waarbij aandacht is voor technieken, maar ook voor bejegening van de patiënt. Dwang en drangtoepassingen worden altijd geëvalueerd door de betrokken verpleegkundige, patiënt en behandelaar en eventueel familie. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van bijvoorbeeld een evaluatieformulier, zodat resultaten transparant worden gemaakt. De resultaten van deze evaluatie kunnen worden meegenomen naar de middelen en maatregelen commissie of de expertgroep BODS.

Voor iedere patiënt moet er twee weken na opname een signaleringsplan worden opgesteld door de patiënt en persoonlijk begeleider.

Het gebruik van signaleringsplannen moet hulp bieden bij de begeleiding van patiënten in diverse fasen van hun gemoedstoestand.

Dwang en drangtoepassingen moeten altijd worden gescoord. De rede en de duur moeten hierbij worden aangegeven. Hiervoor moet een valide meetinstrument worden ontwikkeld. Op die manier kan gekeken worden naar de oorzaak en omvang van dwangtoepassingen.

³⁶ Abma, T, Widdershoven, G, Lendemeijer, *Dwang en drang in de psychiatrie*

12. Eisen en criteria

In dit hoofdstuk wil ik de eisen en criteria beschrijven waaraan de verpleegkundige interventies op Larikshof c moeten voldoen, die moeten bijdrage aan de uitvoering van dwang en drangreductie welke aansluiting vindt bij de landelijke en organisatorische ontwikkelingen.

12.1 Hoe wil ik invulling geven aan deze criteria?

Als criteria voor dwang en drangtoepassing op Larikshof wil ik gebruik maken van de kwaliteitscriteria zoals al eerder genoemd.

De eisen en criteria die hieruit voortvloeien voldoen aan de Rumba eisen:

Relevant/relevant

Understandable / begrijpelijk

Measurable/meetbaar

Behavioral/ termen van gedrag

Attainable/bereikbaar

Door toepassing van de drie – deling van deling van Donebedian³⁷, waarbij per onderwerp drie soorten criteria geformuleerd worden wil ik aangeven hoe ik de kwaliteitscriteria wil implementeren op Larikshof.

Structuurcriteria: Wat is nodig, wat moet er aan middelen beschikbaar zijn?

Procescriteria: Hoe moet de handeling worden uitgevoerd?

Productcriteria: Wat moet het resultaat van de handeling zijn?

12.2 Eisen en criteria bij gebruik kwaliteitscriteria

DE ACHT KWALITEITSCRITEIA VOOR DWANG EN DRANG

1. Besef dat dwang en drang onderdeel uitmaken van de psychiatrische praktijk en dat die praktijk wordt gekenmerkt door tegenstrijdige verplichtingen. (Denk aan de rechten van de patiënt, zorgvuldigheid en de veiligheid van anderen, bv onrust of het willen handhaven van afdelingsregels).

Structuur

Bewustzijn van de afdelingscultuur en wat dit voor invloed heeft op de dwangtoepassing.

Aanwezigheid van Protocollen en procedures dwangtoepassingen

Bijscholing door middel van symposia en klinische lessen

Informatie overdracht vanuit middelen en maatregelencommissie

Informatie overdracht vanuit de expertgroep BODS

Informatie overdracht vanuit de MIP commissie

Agressietraining.

Werkgroep veiligheid

Proces

Protocollen moeten voor alle medewerkers te vinden zijn op het intranet.

Alle medewerkers moeten zich op de hoogte stellen van deze protocollen.

Er moet jaarlijks een klinische les verzorgd worden vanuit de werkgroepen over de ontwikkelingen op landelijk en instellingsniveau omtrent dwang en drang.

Medewerkers volgen jaarlijks een agressietraining.

De werkgroep veiligheid van de afdeling geeft invulling aan de procedures

³⁷ Giebing, H, Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen

van dwangtoepassingen toegespitst op de afdeling.

Product

Medewerkers zijn op de hoogte van de recente ontwikkelingen op landelijk gebied en binnen de instelling.

Medewerkers moeten ervaringen uitwisselen en meepraten over hun bevindingen, waardoor men zich bewust wordt van de afdelingscultuur. Protocollen zijn bekend bij medewerkers, zodat uitvoering van dwang en drang wordt toegepast op de daarvoor wettelijk vastgestelde manier. Procedures worden ingevuld door de medewerkers uit de praktijk die de dwang en drang moeten toepassen.

2. Tegenstrijdige verplichtingen leiden tot ambivalente gevoelens en emoties bij collega's, bij de patiënt en bij de familie. Schenk aandacht aan die gevoelens. Ga creatief om met spanningen. verplichtingen.

Structuur

Overleg tussen arts en betrokken behandelaar over toepassing drang of dwangmaatregel.

Nabespreken van dwangtoepassing van verpleegkundigen onderling.

Proces

Er moet overleg plaats vinden tussen de behandelend arts en verpleegkundigen die de drang of dwangmaatregel moeten toepassen.

De dag dat de dwangtoepassing is beëindigd, moet er een moment worden afgesproken waarop de verpleegkundigen een en ander nabespreken.

Product

Verpleegkundigen kunnen hun mening geven over de toe te passen maatregel, waardoor zij zich meer betrokken voelen en begrip kunnen opbrengen voor een genomen beslissing.

Verpleegkundigen kunnen evalueren over of escalatie voorkomen had kunnen worden.

Verpleegkundigen moeten evalueren over hoe de samenwerking is verlopen.

Verpleegkundigen moeten evalueren hoe zij de situatie hebben ervaren.

De evaluatie kan begrip kweken tussen verschillende verpleegkundigen en mogelijke onderliggende emoties wegnemen en onveilige situaties voorkomen door bijvoorbeeld angstgevoelens.

3. Beschouw dwang en drang in het kader van het proces 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, patiënt en familie. Hulpverleners dienen ervoor te zorgen dat verschillende betrokkenen een inbreng hebben in het zorgproces.

Structuur

Er wordt een verpleegplan en signaleringsplan opgesteld door de persoonlijk begeleider in overleg met de patiënt.

Proces

Het verpleegplan en signaleringsplan worden met de persoonlijk begeleider doorgesproken bij de voorbereiding van een behandelplan bespreking.

Op het moment van de dwangtoepassing wordt begeleiding geboden vanuit het signaleringsplan.

Na de dwangtoepassing wordt er door de persoonlijk begeleider geëvalueerd met de patiënt over de uitvoering van de begeleiding.

Product

De patiënt kan zelf aangeven welke begeleiding hij wil krijgen in verschillende fase van zijn gemoedstoestand. Dit kan escalaties voorkomen.

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.
verplichtingen.

Structuur

Bij de uitvoering van een dwangtoepassing moet voor de betrokken patiënt dagelijks een dagprogramma worden opgesteld waarin afspraken en contactmomenten worden beschreven.

De bejegening van de patiënt moet worden vastgesteld met de betreffende patiënt in het signaleringsplan.

Bejegening moet vooraf met betrokken verpleegkundigen worden afgesproken en nagesproken.

Proces

Dagprogramma wordt door betrokken verpleegkundigen opgemaakt aan begin van de dagdienst, indien mogelijk met de patiënt.

Signaleringsplan wordt door de persoonlijk begeleider met de patiënt doorgenomen op het moment dat het behandelplan wordt voorbereid.

Afspraken rondom bejegening van de patiënt worden met de betrokken verpleegkundigen indien mogelijk voorgesproken.

Product

De patiënt die te maken heeft met een dwangtoepassing weet waar hij aan toe is en heeft een houvast in een situatie die voor hem zeer onzeker kan zijn.

De patiënt kan zelf aangeven hoe hij in een bepaalde fase van zijn gemoedstoestand begeleid wil worden waardoor escalaties voorkomen kunnen worden.

Duidelijke afspraken van verpleegkundigen onderling kunnen onduidelijkheden voorkomen en zorgen voor een éénduidige manier van begeleiding bieden.

5. Reflecteer op het doel van het ingrijpen. Kijk daarbij niet alleen naar het afwenden van gevaar, maar stel de vraag of en hoe een interventie zal bijdragen aan de mogelijkheden van de patiënt om de greep op zijn eigenleven te behouden en te vergroten. Reflectie op het doel van dwang of drangtoepassing betekent ook dat deze geen routines worden.
verplichtingen.

Structuur

Nabespreken van dwangtoepassing van verpleegkundige en patiënt/familie
Nabespreken van dwangtoepassing van behandelaar en patiënt.

Nabespreken van dwangtoepassing van behandelaar en verpleegkundige. Hiervoor kan eventueel een standaard evaluatieformulier worden ontwikkeld, waarbij de beschreven ervaringen weer worden meegenomen in de uitvoering van dwang en drangprocedures

Proces

Op het moment dat de dwangtoepassing wordt beëindigd, moet met de patiënt door de verpleegkundige worden gesproken over hoe de patiënt de dwangtoepassing heeft ervaren.

Er wordt dan ook een afspraak gemaakt met de behandelaar voor een evaluatiemoment van patiënt/familie en behandelaar.

Behandelaar maakt een afspraak met het verpleegkundig team om dwangtoepassing na te bespreken.

1x per zes maanden wordt er op de afdeling inhoudelijk gekeken naar de uitvoering van de procedures met betrekking tot dwang en drang.

Beschreven ervaringen worden hierin meegenomen. Het bekijken van de inhoudelijke uitvoering van procedures kan ook worden gedaan door de werkgroep veiligheid. (zie kwaliteitscriteria 1)

Product

Het nabespreken van de dwangtoepassing kan ervaringen duidelijk maken. Er kan bekeken worden of escalatie voorkomen had kunnen worden en of de toepassing op een juiste manier is toegepast. Door gebruik te maken van een evaluatieformulier wordt de vraagstelling gestandaardiseerd. De evaluatie kan op die manier ook worden gescoord. Resultaten kunnen worden gemeten en transparant gemaakt.

Bekeken kan worden of hierover afspraken gemaakt moeten worden in het behandelplan.

Bekeken kan worden of afspraken gemaakt moeten worden in het signaleringsplan

Procedures kunnen worden afgestemd op de zorgvraag vanuit de patiënt. Ervaringen kunnen hierin worden meegenomen.

6. Reflecteer op de middelen. Wees je bewust van de variatie in het scala aan interventies. Gebruik niet meer ingrijpende maatregelen dan nodig. Probeer creatief om te gaan met situaties. Wees flexibel respectvol en tactvol.

Structuur

Signaleringsplannen

Duidelijk omschreven procedures

Gebruik protocollen dwangtoepassingen

Proces

Opstellen van een signaleringsplan van patiënt met persoonlijk begeleider. Het score van het signaleringsplan om inzicht te krijgen in de diverse stadia van de gemoedstoestand van de patiënt en het zoeken van de oorzaken.

Procedures rondom dwang moeten worden omschreven door verpleegkundigen vanuit de praktijk en ze moeten worden toegespitst op de visie van de afdeling.

De protocollen moeten voor iedereen makkelijk op te zoeken zijn en bekend zijn bij alle verpleegkundigen. Er moet jaarlijks een klinische les worden gegeven over het gebruik van protocollen en procedures bij dwangtoepassingen. Dit wordt door een verpleegkundige van de afdeling

gedaan die hulp kan vragen aan de expertgroep BODS.
Jaarlijks wordt er een klinische les gegeven door een deelnemer van de commissie middelen en maatregelen.

Product

De begeleiding aan de patiënt wordt geboden volgens vraaggestuurde zorg in de verschillende fasen van zijn gemoedstoestand.

Doordat de patiënt zelf kan aangeven welke begeleiding hij nodig heeft kunnen escalaties kunnen worden voorkomen, doordat eerst gekeken wordt naar diverse mogelijkheden van interventies.

De begeleiding wordt toegespitst op de individuele patiënt en vooraf kan rekening gehouden worden met de psychische toestand van de patiënt (psychose/ persoonlijkheidsstoornis)

De procedures worden voor iedere afdeling afzonderlijk opgesteld en kunnen dus flexibel worden gehanteerd op een wijze die het beste aansluit bij de visie van de afdeling.

Door kennisoverdracht en uitwisseling van informatie leert men van elkaar en kan men ervaringen omzetten in een begeleiding die aansluit op vraaggestuurde zorg.

7. Plaats dwang en drang in een tijdsperspectief. Probeer anticiperend te werk te gaan. Maak vooraf afspraken met de patiënt 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 patiënt 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 verplichtingen.

Signaleringsplannen: Zie eerdere omschrijving kwaliteitscriteria 6

Gebruik evaluatieformulieren: Zie eerdere omschrijving kwaliteitscriteria 5

Evaluatiemomenten patiënt, familie, behandelaar en betrokken

verpleegkundigen: Zie eerdere omschrijving kwaliteitscriteria 5

8. Streef naar adequate randvoorwaarden (deskundigheid, beschikbaarheid, bouwkundige voorzieningen, voorlichting, protocollering) en onderneem actie waar deze ontbreken.

Structuur

De verpleegkundige op de afdeling houdt zich bezig met het reduceren van dwang en drang.

Uitwisseling van informatie van de werkgroep BODS naar de medewerkers op de afdeling.

Uitwisseling van informatie van de commissie middelen en maatregelen.

Uitwisseling van informatie van de commissie Meldingen Incidenten

Patiënten.

De informatie gaat over:

- Wat de werkwijze is van deze werkgroep/commissie?
- Juridisch kader
- Hoe zijn zij te bereiken?
- Wat zijn de recentelijk ontwikkelingen binnen de werkgroep/commissie?
- Adviezen omtrent omgang met dwang en drang.

Protocollen en procedures zijn uitgewerkt en voor iedere betrokkene

makkelijk toegankelijk.

Proces

De verpleegkundige die zich bezighoudt met dwang en drang is de schakel tussen de werkgroep BODS en de afdeling.

De verpleegkundige dwang en drang draagt zorg voor de implementatie van dwang en drangreductie.

De verpleegkundige dwang en drang draagt zorg voor het geven van klinische lessen:

Jaarlijks wordt er tenminste 1 klinische les gegeven door een deelnemer van de commissie middelen en maatregelen.

Jaarlijks wordt er tenminste 1 klinische les gegeven door een deelnemer van de expertgroep BODS.

Jaarlijks wordt er een deelnemer van de MIP commissie gevraagd informatie te geven over hoe zij bereikt kunnen worden wat de doelstelling is van de commissie.

De protocollen en procedures zijn te vinden op intranet.

Product

Medewerkers op de afdeling zijn op de hoogte van landelijke en organisatorische ontwikkelingen en kunnen van deze ontwikkelingen gebruik maken in de praktijk.

Medewerkers zijn op de hoogte van veranderingen met betrekking tot dwang en drang.

Medewerkers kunnen hun ervaringen uitwisselen met de diverse werkgroepen en commissies die zich bezighouden met de praktijk. Op deze manier kunnen de ervaringen weer meegenomen worden bij de werkzaamheden binnen de commissies en de werkgroep.

Protocollen zorgen voor richtlijnen voor dwang en drang die voldoen aan het wettelijk kader.

Procedures die door medewerkers uit de praktijk worden opgesteld, sluiten aan bij de visie van de afdeling en kunnen ervoor zorgen dat medewerkers kunnen meebeslissen aan de uitvoering van dwang en drang.

Hierin kunnen emoties en ervaringen worden meegenomen waardoor medewerkers zich serieus genomen voelen.

13. Conclusie

Aan het eind van dit verslag wil ik met mijn conclusie aangeven of ik de doelstelling die ik aan het begin van het projectverslag heb beschreven heb behaald.

Met de uitvoering van het onderzoek heb ik mijn doelstelling behaald. Ik wilde duidelijkheid creëren, wat betreft de mogelijkheden voor gebruik van de kwaliteitscriteria om dwang en drang te reduceren. Ik ben dan ook tot de conclusie gekomen dat een aantal kwaliteitscriteria al wordt toegepast en de andere kwaliteitscriteria kunnen worden toegepast, maar dan zijn er wel een aantal veranderingen noodzakelijk. Ik ben tot de volgende conclusies gekomen:

- De landelijke ontwikkelingen over dwang en drang zijn niet bij alle verpleegkundigen van Larikshof bekend.
- De organisatorische ontwikkelingen over dwang en drang zijn niet bij alle verpleegkundigen van Larikshof bekend. (werkgroep BODS)
- Er vindt geen uitwisseling plaats van informatie over dwang en drang tussen de expertgroep BODS en de verpleegkundigen van Larikshof.
- Niet alle protocollen rondom dwang en drangtoepassing zijn terug te vinden voor betrokken verpleegkundigen op het intranet.
- Er vindt onvoldoende informatie uitwisseling plaats tussen de M&M commissie, de MIP commissie en de verpleegkundigen van Larikshof.
- De acht kwaliteitscriteria rondom dwang en drang zijn niet bij alle verpleegkundigen op Larikshof bekend.
- Op Larikshof wordt met iedere patiënt een signaleringsplan opgesteld.
- Het signaleringsplan wordt niet regelmatig met de patiënt geëvalueerd.
- Niet alle protocollen rondom dwang en drangtoepassing zijn bekend bij verpleegkundigen op Larikshof.
- De procedures voor het toepassen van dwang en drang zijn niet door verpleegkundigen werkzaam op afdeling Larikshof omschreven.
- Het overleg over dwang -en drangtoepassing tussen behandelaar en betrokken verpleegkundigen vindt onvoldoende plaats.
- De evaluatie tussen behandelaar en patiënt na een dwang- of drangtoepassing vindt niet altijd plaats.
- Evaluatie tussen betrokken verpleegkundigen en patiënt na een dwang -en drangtoepassing vindt niet altijd plaats.
- Evaluatie tussen betrokken verpleegkundigen en behandelaar na een dwang- en drangtoepassing vindt niet altijd plaats.
- Door de verpleegkundigen worden niet altijd afspraken gemaakt met de patiënt over de duur en contactmomenten met de patiënt tijdens een dwangbehandeling.
- Er wordt niet altijd door de verpleegkundigen onderling geëvalueerd na het toepassen van een dwangbehandeling over wat is gedaan om escalatie te voorkomen, onderlinge communicatie en individuele emoties rondom de dwangtoepassing.
- Het aantal toepassingen van dwang en drang wordt niet structureel gescoord, waardoor niet inzichtelijk wordt hoe vaak dit voorkomt en wat hiervan de oorzaken kunnen zijn.

14 Aanbevelingen (macro, meso en micro niveau)

In dit hoofdstuk beschrijf ik de aanbevelingen zoals genoemd in mijn subdoel. Door het doen van deze aanbevelingen aan het management en verpleegkundigen wil ik een leidraad verschaffen bij de invoering van de kwaliteitscriteria als middel voor dwang en drangreductie.

- Protocollen moeten voor alle medewerkers te vinden zijn op het intranet.
- Alle medewerkers moeten zich op de hoogte stellen van deze protocollen.
- Er wordt een klinische les gegeven over de acht kwaliteitscriteria en de toepassing van deze criteria.
- Er wordt een werkgroep gevormd met verpleegkundigen van afdeling Larikshof die invulling geeft aan de procedures van dwangtoepassingen toegespitst op de afdeling.
- Er moet jaarlijks een klinische les verzorgd worden vanuit de werkgroep over de ontwikkelingen op landelijk en instellingsniveau over dwang en drang.
- Er moet jaarlijks een klinische les worden gegeven over het gebruik van protocollen en procedures bij dwangtoepassingen. Dit wordt door één van de verpleegkundigen verzorgd die deel uitmaakt van de werkgroep voor het beschrijven van dwang en drangprocedures.
- Jaarlijks wordt er een klinische les gegeven door een deelnemer van de commissie middelen en maatregelen.
- De verpleegkundige die zich bezighoudt met het beschrijven van de procedures rondom dwang en drang vormen de schakel tussen de werkgroep BODS en de afdeling.
- De werkgroep draagt zorg voor de implementatie van dwang en drangreductie.
- Er moet voor het toepassen van de drang- of dwang maatregel overleg plaats vinden tussen de behandelaar en verpleegkundigen die de dwangmaatregel moeten toepassen over de noodzaak en de keuze van de maatregel.
- De mening van betrokken verpleegkundigen moet hierin gehoord worden.
- Behandelaar maakt een afspraak met het verpleegkundig team om dwangtoepassing na te bespreken.
- De dag dat de dwangtoepassing is beëindigd, moet er een moment worden afgesproken waarop de verpleegkundigen en behandelaar de dwangtoepassing nabespreken.
- Binnen drie dagen na de beëindiging van de dwangtoepassing moet er een moment worden afgesproken waarop behandelaar en patiënt de dwangtoepassing nabespreken.
- Op de dag dat de dwangtoepassing is beëindigd, moet er een moment worden afgesproken waarop verpleegkundigen en patiënt de dwangtoepassing nabespreken. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde evaluatielijst,
- Het toepassen van drang wordt dagelijks door verpleegkundigen en behandelaar besproken tijdens het ochtendrapport.

- De resultaten van de gestandaardiseerde vragenlijst worden besproken door de werkgroep die zich binnen larkshof bezighoudt met het beschrijven van procedures rondom dwang en drang.
- Er wordt bij een dwangtoepassing altijd een dagprogramma door betrokken verpleegkundigen opgemaakt waarin afspraken over contactmomenten en duur worden beschreven. Dit gebeurt bij voorkeur aan begin van de dagdienst, indien mogelijk met de patiënt.
- Afspraken rondom bejegening van de patiënt worden met de betrokken verpleegkundigen voor- en nabesproken.
- Het signaleringsplan wordt door de persoonlijk begeleider met de patiënt doorgenomen op het moment dat het behandelplan wordt voorbereid.
- Er vindt een gestructureerde score plaats van dwang en drangtoepassing waarin gekeken wordt naar het aantal dwang en drangtoepassingen, oorzaken voor de toepassing en interventies.
- De resultaten worden jaarlijks met verpleegkundigen en behandelaars besproken.

Het doel van deze aanbevelingen is het bieden van een leidraad voor de teammanager om te gebruiken wanneer binnen de organisatie gestart gaat worden met het terugdringen van dwang beschreven door de projectgroep.

Het zijn mooie aanbevelingen, maar hoe staat jouw team/ unit hier tegenover? Is dit haalbaar in de praktijk?

Kan je hieruit bijvoorbeeld een doel opzetten: bv een daling van separaties van 10 % binnen een half jaar op de LIZ?

15.Samenvatting

De aanleiding van dit verslag is, het schrijven van een kwaliteitsplan met daarin een onderzoek. Ik onderzoek daarbij de mogelijkheid van het gebruik van de acht kwaliteitscriteria om dwang en drang te reduceren op afdeling Larikshof . Ik heb dit gedaan in de rol van ontwerper, als onderdeel van mijn differentiatie tot HBO verpleegkundige.

Binnen afdeling larikshof wordt er dagelijks gebruik gemaakt van dwang en drangtoepassing. De landelijke en organisatorische ontwikkelingen omtrent dit onderwerp zijn echter nog niet verweven met de praktijk binnen Larikshof.

Door kennis over de ontwikkelingen kan Larikshof zorgen voor een betere kwaliteit van zorg rondom dwang en drangtoepassingen en aansluiting vinden bij de landelijke en organisatorische ontwikkelingen.

Door onderzoek te doen onder de verpleegkundigen over kennis en toepassing van dwang en drang binnen Larikshof en door de hiaten in deze kennis en toepassing te koppelen aan de kwaliteitscriteria heb ik een aantal aanbevelingen gedaan naar het management van Larikshof. Met deze aanbevelingen wil ik een bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg aan de patiënt. Daarnaast heb ik met het schrijven van dit verslag de landelijke en organisatorische ontwikkelingen willen vertalen naar de dagelijkse praktijk binnen Larikshof.

De kennis die ik met het schrijven van dit verslag heb opgedaan vanuit literatuur onderzoek en de resultaten vanuit onderzoek onder de verpleegkundigen wil ik presenteren door middel van een klinische les. Op deze manier wil ik de rol van ontwerper koppelen aan de rol van beroepsbeoefenaar.

16.Uitleg mijn aandeel expertgroep

De doelstelling van de expertgroep BODS is de preventie van de mate van dwang en drang.

De expertgroep is samengesteld uit medewerkers van de diverse centra van Rivierduinen.

Er zijn binnen de expertgroep vier werkgroepen:

De werkgroep Attitude en Commitment bij management

De werkgroep protocollen en Procedures

De werkgroep Bouwkundige aspecten en personeelsformatie

De werkgroep kwaliteitsmeting

De BODS is gestart als een projectgroep, maar is inmiddels een expertgroep. De BODS- werkgroepen zullen als expertgroep de projectgroep en de Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd adviseren. De projectgroep stelt de kaders op en zorgt voor sturing. (medewerker P&O diensten, medewerker van het trimbos instituut en overige management leden binnen Rivierduinen). De diverse centra hebben een projectplan opgesteld voor het beperken van onnodige dwang. (Voorbeelden hiervan heb ik eerder beschreven onder 9.9.2 Doelstelling van de BODS).

Ik maak deel uit van de werkgroep protocollen en procedures

Separatie als vorm van Middelen en maatregelen kan volgens de definitie van de BOPZ slechts bij hoge uitzondering en ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties worden toegepast. Er moesten protocollen en procedures worden geschreven, met als doel gevaar af te wenden, grenzen stellen, stimulus reductie, rust en orde herstellen, sanctioneren van ongewenst gedrag.

Met de werkgroep hebben we diverse bijeenkomsten gehad om protocollen te herschrijven.

De protocollen zoals deze voor handen waren binnen de organisatie Rivierduinen zijn gezamenlijk doorgenomen en bekeken op relevantie. De wettelijke juistheid is gecontroleerd door de juridisch adviseur van Rivierduinen die ook deel uitmaakt van de projectgroep. Alle projectgroepleden gaven hun op en aanmerkingen en bij een volgende bijeenkomst werd hierover gediscussieerd. De aanpassingen werden vervolgens weer meegenomen door de juridische adviseur die tevens verantwoordelijk is voor het opstellen van protocollen binnen de Rivierduinen en het plaatsen hiervan op het intranet, dat voor alle verpleegkundigen van Rivierduinen toegankelijk is. De voortgang van het opstellen van de protocollen en procedures werd besproken in de bijeenkomsten waar de verschillende werkgroepen bijeenkwamen om resultaten uit te wisselen. Uiteindelijk heeft de werkgroep de protocollen voorgelegd aan de Raad van Bestuur en deze heeft de protocollen goedgekeurd.

Ik heb dus alle protocollen met betrekking tot dwang en drang doorgenomen en voorzien van op en aanmerkingen gerelateerd aan de praktijk waar ik werkzaam ben. Ik heb dus meegewerkt aan de ontwikkeling van protocollen en procedures voor het toepassen van dwang en drang.

Het betreft de protocollen:

- Separatie
- Afzondering
- Medicatie onder dwang
- Fixatie
- Vocht en voeding onder dwang
- Onderzoek aan kleding, lichaam en bezittingen

Tijdens de bijeenkomst van de werkgroep zijn de leden tot de conclusie gekomen dat de protocollen een beschrijving moet bevatten op hoofdlijnen van hoe binnen Rivierduinen, op basis van de wet en de visie, de concrete middelen en maatregelen in de praktijk toegepast moeten worden en dat de procedures een detailinvulling zijn van het protocol op centrumniveau. In de procedure wordt per middel of maatregel ingevuld hoe te handelen op een specifieke afdeling.

De voorzitter van de projectgroep dhr T. Huigen heeft mij geholpen bij het maken van een meetinstrument om onderwerpen rondom dwang en drangtoepassing door verpleegkundigen binnen GGZ Haagstreek in kaart te brengen. Zijn opmerkingen en die van nog twee onafhankelijke personen heb ik meegenomen bij de uitwerking van de enquêtelijst.

17. Evaluatie en reflectie

17.1 Evaluatie

De competenties die ik aan het begin van het onderzoek als doel gesteld had zijn:

- Rekening houden met de waarden van de patiënt
- Oplossingsrichtingen formuleren voor dagelijkse problemen
- Vakinhoud vertalen naar dagelijkse praktijk
- Uitdragen van beroepswaarden
- Continu de eigen werkstijl en de afdeling willen en durven veranderen
- Openstaan voor ontwikkelingen binnen de organisatie

Deze competenties heb ik behaald bij het uitvoeren van het onderzoek en het werken aan het kwaliteitsplan. Door de kwaliteit van de dwang en drangtoepassing te verbeteren heb ik rekening gehouden met de waarden van de patiënt. Ik stel in mijn kwaliteitsplan en onderzoek de patiënt centraal.

Ik geef tijdens het schrijven van het kwaliteitsplan aan dat de hulpverlener moet uitgaan van de zorgvraag van de patiënt. Dit doe ik door gebruik te maken van de kwaliteitscriteria bij de toepassing van dwang en drang. Ik formuleer aanbevelingen die moeten leiden tot het toepassen van de kwaliteitscriteria, wat weer kan leiden tot oplossingen voor problemen in de dagelijkse praktijk. Dwang en drangtoepassingen komen dagelijks voor op de afdeling. Het is dus belangrijk dat er kritisch gekeken wordt naar de uitvoering hiervan en naar de kwaliteit van de uitvoering. Mijn onderzoek kan hieraan een structurele bijdrage leveren. De ontwikkelingen binnen de organisatie neem ik hierin mee door gebruik te maken van de informatie die ik verkrijg als lid van de projectgroep/expertgroep BODS.

17.2 Reflectie volgens Korthagen

Handelen

Mijn interesse voor het onderwerp was al gewekt, doordat ik een symposium van dwang en drang had bijgewoond. Hierdoor had ik het idee dat het toepassen van dwang en drang op Larikshof verbeterd zou kunnen worden. Ik had voor een eerdere opleiding al een kwaliteitsplan geschreven, maar nog niet volgens een vaste methodiek. Ik heb tijdens de uitwerking voor een praktijkopdracht voor de opleiding HBO v die ik nu volg wel gewerkt met een methodiek voor het uitwerken van een kwaliteitsverbetering. Ik heb toen gebruik gemaakt van het model van de afdelingsgebonden kwaliteitsbewaking van Norma Lang.³⁸ Ook nu heb ik van deze methodiek gebruik gemaakt, waardoor ik de diverse stappen kon doorlopen en waarbij ik door het volgen van deze stappen een goede leidraad had voor het opzetten van een kwaliteitsplan.

Ik heb voor mijn literatuurstudie veel materiaal kunnen verzamelen. Ook vanuit de symposia die ik heb bezocht heb ik veel materiaal verzameld. Ik heb ook de mogelijkheid gekregen om deel te nemen aan de projectgroep dwang en drang, waardoor ik de ontwikkelingen binnen de organisatie op de voet heb kunnen volgen en deze informatie heb ik ook weer kunnen gebruiken bij het doen van mijn onderzoek en het schrijven van mijn kwaliteitsplan. Ik heb ruim de tijd ingepland om het kwaliteitsplan met daarin het onderzoek uit te voeren.

³⁸ Hunink, G., *Kwaliteit en deskundigheid*

Terugblikken op handelen

Het bezoeken van de symposia heeft mij geholpen om te zien wat de landelijke ontwikkelingen zijn op het gebied van dwang en drang. Naarmate ik steeds meer informatie verzamelde werd het steeds moeilijker voor mij om mijn onderwerp af te bakenen. Ik heb hiervoor hulp gevraagd van mijn werkbegeleider en mijn projectbegeleider. Ik kreeg ook regelmatig feedback op met name de uitvoering van mijn onderzoek en het opstellen van het meetinstrument. Ik vond het zeer leerzaam om diverse mensen naar het meetinstrument te laten kijken voordat ik het in gebruik nam. Ik kreeg op deze manier aandachtspunten die ik anders misschien over het hoofd zou hebben gezien. De feedback wat betreft de omschrijving van mijn onderzoek heb ik als zeer opbouwend ervaren. Dit betrof het beschrijven van de validiteit en het soort onderzoek en de onderbouwing van de keuze hiervan. Het deelnemen aan de projectgroep dwang en drang vind ik zeer leerzaam en heeft ervoor gezorgd dat ik goed op de hoogte ben van de ontwikkelingen binnen de organisatie omtrent het onderwerp van dwang en drang.

Bewustwording

Doordat ik zelf deel uitmaak van de ontwikkelingen van de projectgroep ben ik er nog meer van overtuigd geraakt dat de organisatorische ontwikkelingen al ver gevorderd zijn, terwijl dit binnen Larikshof nog niet het geval is. Dit blijkt uit het onderzoek dat ik gedaan heb onder de verpleegkundigen die werkzaam zijn op Larikshof.

Voordat ik deelnemer was van de projectgroep had ik het idee dat de organisatorische ontwikkelingen totaal geen aansluiting hadden bij de landelijke ontwikkelingen zoals ik deze had gezien en gehoord tijdens de door mij bezochte symposia. Hierdoor ben ik ervan overtuigd dat het onderwerp dat ik heb gekozen zeker voor verbetering van kwaliteit in aanmerking komt. Ik heb ook gemerkt, dat het deelnemen aan een projectgroep er ook voor zorgt dat je met collega's samenwerkt uit andere centra en/ of van andere disciplines. Hierdoor heb ik ook informatie vanuit andere invalshoeken gekregen. Ik denk dan aan het juridische kader rondom dwang en drang, maar ook informatie over dwang en drang op een opname afdeling. Ik heb dit als zeer leerzaam ervaren. Ik vind het ook fijn te merken dat er veel medewerking is vanuit verschillende niveaus van de organisatie. Vanuit het management heb ik de mogelijkheid gekregen symposia te bezoeken en de collega verpleegkundigen hebben me geholpen bij het beantwoorden van vragen voor mijn onderzoek. Daarnaast stonden mijn begeleiders altijd klaar voor het meedenken over het kwaliteitsplan en het onderzoek. Ook bij het maken van het verslag hebben zij geholpen. Ik heb de samenwerking dan ook als zeer prettig ervaren.

Het uitwerken in een verslag heb ik als zeer leerzaam ervaren, maar omdat ik dit alleen moest doen vond ik dit een enorme opgave.

Alternatieven ontwikkelen

Bij deelname aan een andere projectgroep zou ik het werk hiervoor verdelen. In dit geval was dit niet wenselijk wat mij betreft, omdat dwang en drangtoepassing in het werkveld waar ik werkzaam ben erg actueel is, terwijl dit voor studiegenoten niet zo was. Ik heb toen gekozen voor het deelnemen van een projectgroep binnen de instelling. Binnen deze projectgroep werden de taken verdeeld, maar binnen de projectgroep had ik dus weer mijn individuele project. Dit sloot precies aan bij mijn kwaliteitsplan. Als ik een

project gedaan had met studiegenoten dan had het werk verdeeld kunnen worden. Nu moest ik dit alleen doen.

Bij het maken van het meetinstrument zou ik weer op dezelfde manier te werk gaan. Ik heb deze manier als tip gekregen van mijn begeleider en dit als een prettige werkwijze ervaren.

De samenwerking met andere collega's zou ik bij een volgende keer niet anders willen. De interactie was prettig en de feedback was opbouwend, waardoor ik het plezier tijdens het uitwerken van de rol van ontwerper heb behouden ondanks dat dit erg veel energie heeft gekost.

Nawoord

De aanbevelingen zoals ik deze heb geschreven zijn bedoelt voor het management van Larikshof. Door het in werk zetten van deze aanbevelingen worden kwaliteitscriteria bekend bij de verpleegkundigen van larikshof en kan gewerkt worden aan verbetering van kwaliteit op het gebied van dwang- en drangtoepassing volgens de landelijke en organisatorische ontwikkelingen. Het doen van het onderzoek en het maken van het verslag was intensief, maar ook leerzaam. Er is momenteel veel informatie en literatuur over dwang en drang en soms is het moeilijk gebleken de informatie te beperken. De medewerking van verpleegkundigen van larikshof was groot. De medewerking van andere afdelingen was minder groot.

Bronvermelding

- Abma,T, (2004)*Dwang en drang in de psychiatrie*, Utrecht/Lemma BV (ISBN9059313305)
- Baarda,D,B,(2001)*Kwalitatief onderzoek* Groningen/Houten/Wolters-Noordhoff (ISBN9020724851)
- Bogers,J,(juni 1999) *Voorkómen van, vóórkomen van en omgaan met agressie*
- Gekwalificeerd voor de toekomst, uitgave van de ministeries van Onderwijs Cultuur en Wetenschap en Volksgezondheid Welzijn en Sport-1996
- Giebing,H.(1999)*Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen*, tweede druk. Leiden/Spruyt , van Mantgem & de Does bv.(ISBN 902382248 x).
- Grit, R,*Projectmanagement*,(2002), derde druk, Groningen/Houten/Wolters-Noordhoff. (ISBN 9001347851).
- Haverkes, R, Martens, K, (2004-2005) Literatuurreader cluster 2, *Voorkomen is beter dan genezen* opleiding tot verpleegkundige hhs
- Holland,L,(2004) *Elementen van kwaliteitszorg*, vierde druk,Utrecht/Lemma ISBN9059313372
- Hunink,G,H,(2000)*Kwaliteit en deskundigheid*, Utrecht/Zutphen/thiemeMeulenhoff. (ISBN902384335 5).
- Intranet rivierduinen: taakgroep Langdurige Intensieve Behandeling
- Intranet rivierduinen: Protocol dwangtoepassing: dwangbehandeling en middelen of maatregelen
- Jansen,E,P,W,A(2004) *Enquêteren*,Groningen/Wolters-Noordhoff (ISBN9001051049)
- Koetsenruijter,R.(2003)*Reflectie in de verpleegkundige beroepsuitoefening*,Utrecht/ Lemma BV. (ISBN9051898487).
- Leistra, (2004)*E Beroepsprofiel van de verpleegkundige* eerste druk, vierde oplage Maarssen/Elsevier ISBN 903522230x
- Mulder,C,L, (2006),*De epidemie van dwangtoepassingen in de psychiatrie*, Badhoevedorp/Mension tm medical refresher(ISBN 9077322221)

- NRV *Discussienota Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening*, Zoetermeer, Sept 1986, blz 11 t/m 24
- Pool, A. (2003) *Met het oog op de toekomst*, NIZW, Meppel/ Krips. (ISBN 9050508820).
- Psy, *tijdschrift over geestelijke gezondheidszorg*, jaargang 10, nummer 6, blz 12 en 13
- Schoenmaker, E, albersnagel, E. *Regie van het primaire proces*. (2003) Groningen/Houten/ Wolters-Noordhoff. (ISBN 900161762 x).
- Stevens, P. (1997) *De verpleegkundige op onderzoek*. Utrecht/Zutphen/ThiemeMeulenhoff. (ISBN 9023835123)
- Townsend, M, C , *Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie*, tweede druk. Maarssen/ Elsevier Gezondheidszorg. (ISBN 9035217071).
- Werf, B, Goedhart, A, Huiberts, S , *Signaleringsplannen; Naar minder agressie en dwang in de psychiatrie* (1998) Lisse/ Swets & Zeitlinger.
- www.CBO.nl
- www.ceg.nl
- www.hulpgids.nl ,
- www.hulpgids.nl
- www.hbo-verpleegkundigen
- www.minvws.nl
- www.owio.wau.nl
- www.pvp.nl
- www.stichtingpandora.nl
- www.signalsymposia
- www.transformaties.org
- www.trimbos.nl
- www.ypsilon.nl

Begrippenlijst

Ambulante zorg

Zorg die wordt geboden zonder dat iemand is opgenomen. Riagg, poliklinieken van GGZ instellingen.

Benzodiazepines

Angstdempers

Consensus

Een compromis tussen deskundigen

Continuüm

Samenhang

Deïstitutionalisering

Het overgaan van patiënten van instituten naar woonvoorzieningen dicht bij de samenleving.

Dichtomische vragen

Vragen die voor de respondent van toepassing is of niet.

Empirische wetenschap

Betrokken bij de direct waarneembare werkelijkheid

Ethisch redeneren

Ethisch redeneren, gaat over morele vragen, vragen naar hoe we ons wel en niet moeten gedragen.

Evidentie

Onderzoeksresultaten waarvan de geldigheid en betrouwbaarheid voldoende is.

Exploratief onderzoek

Ontwikkelen van algemene theorie en /of het vormen en selecteren van hypothesen

Extramuralisering

Het streven om buiten de muren van een intramurale instelling (waar iemand opgenomen wordt) gelijkwaardige zorg te bieden, bijvoorbeeld in de eigen woning.

Feitenvragen

Informeren naar concrete zaken. Op het moment van de beantwoording is voor de respondent het gegeven waarnaar gevraagd wordt een feit.

Forensische psychiatrie

Gerechtelijke psychiatrie. Psychiatrie die zich richt op patinten die als gevolg van hun geestestoestand een misdrijf hebben begaan

GGZ

Geestelijke gezondheidszorg

Institutionele vormen

Formeel geordende vormen

Intensive care

Intensieve zorg

Kwalitatief onderzoek

Heeft betrekking op het beschrijven van ervaringen, opvattingen of eigenschappen, vragen naar de aard van de dingen.

Kwaliteitscyclus

Een model voor voortdurende kwaliteitsverbetering van verpleegkundige zorg.

Kwantitatief onderzoek

Bij een kwantitatief onderzoek gaat het om de mate waarin verschijnselen voorkomen en eventueel de samenhang tussen deze verschijnselen

Monitoren

Terugblikken op behaalde resultaten en of resultaten bijsturing behoeven.

Moreel

In overeenstemming met deugdelijk gedrag

Netbed

Een hoog bed geheel omgeven door een sterk net waar de patiënt niet uit kan

Opinie vragen

Informeren naar de mening van de respondent.

Persoonlijk begeleider

Coördineert het zorgproces rondom de patiënt.

Prospectieve meting/Retrospectieve meting

Voor en nameting

Standaardisatie

Brengen tot een gelijkheid.

Transmuralisering

Onder transmurale zorgverlening wordt de zorgverlening verstaan die aansluit op de behoeften van de zorgvrager/cliënt. De kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening worden losgekoppeld van de voorziening/instelling die de zorg verleent.

Trimbos instituut

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg.

Validiteit

Wordt er gemeten wat je wilt weten?

Wilsonbekwaam

Niet in staat worden geacht tot een redelijke waardering van eigen belangen

De namen , adressen, telefoonnummers, e-mail adressen van de begeleiders, groepslid en docent.

Student:	Brigitte Twilhaar
Studentnummer:	20041528
Telefoonnummer:	0152129048
Email:	brigitte.reinier@hetnet.nl
Instelling:	Psychiatrisch ziekenhuis Rivierduinen
Afdeling:	Larikshof C
Tel:	0704441162
Praktijkbegeleider:	H. van Rooyen
Tel:	0704441553
Email:	h.vanrooijen@ggzhaagstreek.nl
Werkbegeleider:	P. van Es
Tel:	0704441162
Email:	patriciavanes@hotmail.com
Tutor HHS:	B.van Galen
Tel:	0704458267
Email:	b.r.vangalen@hhs.nl
Projectgroep begeleider:	T Huigen
Tel:	0626250515
Email:	theo.debbie@hetnet.nl

Voetnoten

- 1 www.cg-raad.nl
- 2 www.minvws.nl
- 3 Bogers,J, *Voorkómen van, vóórkomen van en omgaan met agressie*
- 4 Gekwalificeerd voor de toekomst
- 5 Giebing,H, *Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen*
- 6 Giebing,H, *Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen*
- 7 www.ceg.nl
- 8 Abma,T,*Dwang en drang in de psychiatrie*
- 9 Mulder,C,L, *De epidemie van dwangtoepassingen in de psychiatrie*
- 10 www.signalsymposia.com
- 11 Mulder,C,L, *De epidemie van dwangtoepassingen in de psychiatrie*
- 12 www.minvws.nl
- 13 www.hulpqids.nl Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)
- 14 www.hulpqids.nl , *Wet Bijzondere Opnemng psychiatrische Ziekenhuizen*
- 15 www.minvws.nl
- 16 Townsend, M, C , *Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie*
- 17 Havekes, R, *literatuurader cluster 2 opleiding hhs*
- 18 *Psy,tijdschrift over geestelijke gezondheidszorg*
- 19 Literatuurreader hhs, cluster 2 , *voorkomen is beter dan genezen*
- 20 protocol dwangtoepassing Rivierduinen
- 21 www.signalsymposia.com
- 22 www.minvws.nl
- 23 www.minvws.nl
- 24 *Psy, tijdschrift over geestelijke gezondheidszorg*
- 25 Abma,T,*Dwang en drang in de psychiatrie*
- 26 Werf, B,*Signaleringsplannen; Naar minder agressie en dwang in de psychiatrie*
- 27 Abma, ,T, Widdershoven, G, Lendemeijer, *Dwang en drang in de psychiatrie*
- 28 Werf, B van der, Goedhart,A Huibert,S, *Signaleringsplannen*
- 29 Intranet rivierduinen
- 30 Intranet rivierduinen
- 31 www.owio.wau.nl
- 32 Stevens,P,*De verpleegkundige op onderzoek*
- 33 Bijlage 1, *enquête onderzoek*
- 34 Stevens,P,*De verpleegkundige op onderzoek*
- 35 Abma, ,T, Widdershoven, G, Lendemeijer, *Dwang en drang in de psychiatrie*
- 36 Giebing, H,*Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen*
- 37 Hunink,G,*Kwaliteit en deskundigheid*
- 38 Hunink,G, *Kwaliteit en deskundigheid*

Bijlage 1 Enquête onderzoek

Enquête ten behoeve van de reductie van dwang en drang

Op wat voor soort afdeling bent u werkzaam?

- open of gesloten afdeling? _____
- Opname afdeling of langerdurende zorg? _____
- In welke leeftijdscategorie bevinden zich de patiënten aan wie u zorg Verleent?
 - ☐ Volwassenen 18-64
 - ☒ Ouderen 65 en ouder

Kruis het antwoord van uw keuze aan

1. Weet u wat dwang en drang inhoudt?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

2. Hoe vaak komt u per week in aanraking met dwang en drang?

- ☐ 1x per maand
- ☐ Meerdere keren per maand
- ☐ 1 x per week
- ☐ Meerdere keren per week
- ☐ 1x per dag
- ☐ Meerdere keren per dag

3. Bent u op de hoogte van de kwaliteitscriteria omtrent dwang en drang?

- ☐ Ja
- ☐ nee

4. Weet u dat er binnen de organisatie een projectgroep “Beperking van onnodige Dwang en Separatie” zich bezighoudt met onderzoek naar de mogelijkheden om dwang en drang te reduceren?

- ☐ Ja
- ☐ nee

5. Bent u op de hoogte van de dwang en drangprotocollen binnen de organisatie?

- ☐ Ja
- ☐ nee

6. Vind u dat de indeling van de afdeling zal moeten worden aangepast om dwang en drang te kunnen beperken?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

7. Bent u bekend met het werken met een signaleringsplan?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, ga naar vraag 8

8. Vind u dat het werken met een signaleringsplan het toepassen van dwang en drangmaatregelen kan reduceren?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

9. Is er volgens u binnen de instelling voldoende aandacht voor het terugdringen van dwang en drang?

- ☐ Ja
- ☐ nee

10. Meer personele bezetting kan de toepassing van dwang en drang reduceren.

- ☐ zeer mee eens
- ☐ mee eens
- ☐ mee oneens
- ☐ erg mee oneens

11. Er zou meer gebruik gemaakt moeten worden van dwang en drangtoepassing.

- ☐ zeer mee eens
- ☐ mee eens
- ☐ mee oneens
- ☐ erg mee oneens

12. Terugdringen van dwang en drang kan leiden tot onveilige werksituaties.

- ☐ zeer mee eens
- ☐ mee eens
- ☐ mee oneens
- ☐ erg mee oneens

13. Verveling van een patiënt kan bijdrage aan het moeten toepassen van dwangmaatregelen.

- ☐ zeer mee eens
- ☐ mee eens
- ☐ mee oneens
- ☐ erg mee oneens

14. Als verpleegkundige moet je door de behandelend arts meer betrokken worden bij het beslissen over toepassing van dwang en drang.

- ☐ zeer mee eens
- ☐ mee eens
- ☐ mee oneens
- ☐ erg mee oneens

15.Familie zou meer moeten worden betrokken bij de behandeling als ervaringsdeskundige.

- ☐ zeer mee eens
- ☐ mee eens
- ☐ mee oneens
- ☐ erg mee oneens

16.Het verschil in het toepassen van dwang en drang bij patiënten met een psychose en patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is een goede ontwikkeling.

- ☐ zeer mee eens
- ☐ mee eens
- ☐ mee oneens
- ☐ erg mee oneens

17.De protocollen met betrekking tot dwang en drang zijn volledig en toepasbaar in de praktijk.

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ soms
- ☐ Niet

18.Na het toepassen van de dwangmaatregel vindt evaluatie plaats
A Door verpleegkundigen met de patiënt .

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ soms
- ☐ Niet

B Door verpleegkundigen en behandelaar.

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ soms
- ☐ Niet

19.Op de afdeling wordt voldoende rekening gehouden met gevoelens en emoties die het toepassen van dwang en drangmaatregelen kunnen opleveren

A Voor patiënt .

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ soms
- ☐ Niet

B Voor betrokken verpleegkundigen.

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ soms
- ☐ Niet

20. Binnen het team wordt na het toepassen van dwang en drang gecommuniceerd over

A Wat is gedaan om escalatie te voorkomen?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ soms
- ☐ Niet

B samenwerking tijdens de uitvoering van dwang en drang.

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ soms
- ☐ Niet

C bejegening van de patiënt door de verpleegkundigen.

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ soms
- ☐ Niet