

# Ervaringen in Noorwegen: hoezo gedwongen separatie?

Bert van der Werf 

*Psychopraxis*, 04 (2002), p. 2-5

**Gedwongen separatie is middeleeuws en barbaars! Dat berichtte ik in de rubriek *Forum* van dit blad (*PsychoPraxis* 2001, 3: 146-147) naar aanleiding van een bijeenkomst van onderzoekers uit negen verschillende Europese landen. Op uitnodiging van de Noorse delegatie heb ik in augustus een werkbezoek gebracht aan de forensisch psychiatrische kliniek in het Sandviken Sykehus in Bergen en aan de lokale gevangenis aldaar. De aanleiding was de vraag of er een echt alternatief is voor gedwongen separatie. Hieronder volgt een verslag van mijn ervaringen.**

## Inhoud

- [Inrichting en organisatie](#)
- [Debriefing room](#)
- [Snel herstel van de rust](#)
- [Terug in Nederland](#)
- [Literatuur](#)

## Inrichting en organisatie

Direct na aankomst in Bergen reed mijn gastheer Geir Olsen mij naar de Sickerhets Seksjon. Hij vertelde me dat Noorwegen vier van deze *high security* forensische klinieken heeft op een populatie van 4,5 miljoen inwoners. In iedere kliniek is plaats voor tien van de moeilijkste en **agressiefste** delinquenten met een psychotische stoornis. Deze patiënten worden, ook als de delicten zeer ernstig zijn, nooit behandeld in gevangenissen of instellingen die op de Nederlandse TBS-klinieken van Justitie lijken. Noren beschouwen delinquenten met een persoonlijkheidsstoornis als volledig toerekeningsvatbaar en deze delinquenten krijgen daarom gevangenisstraf. Alleen in de gevangenis van Bergen bestaat voor hen de mogelijkheid om tijdens hun detentie een behandelprogramma van negen maanden te volgen, zonder dat dit overigens tot strafvermindering kan leiden. De plattegrond van de kliniek toonde dat alles gelijkvloers is. De kliniek is gebouwd in de vorm van een kruis, met twee armen die plaatsbieden aan elk vijf patiënten en één voor de kamers van stafleden. De vierde arm heet de *seclusion area*, de afzonderingsafdeling. In het midden van het kruis zijn de grote verpleegpost, de medicijnkast en de kamer van de teamleider gevestigd.

Op het moment dat we bij de kliniek arriveerden - ongeveer om twee uur - kwamen de elf late diensten en de teamleider van die avond binnen. Op de verpleegpost hing een lijst met achter de naam van iedere patiënt die van een verpleegkundige die gedurende de avond met de patiënt moest optrekken. Ook de elfde 'vrije' man werd erop aangegeven. Het behandelgebonden personeel bestond verder nog uit een fulltime psychiater, een fulltime arts-assistent en drie parttime psychologen. Mijn eerste gedachte was: jullie hebben wel erg makkelijk praten met zoveel personeel. Na een rondleiding door het gebouw volgde een voorstellingsronde aan de ongeveer 25 aanwezige personeelsleden. Toen werd ik naar de achtertuin ter grootte van een half voetbalveld geleid. Daar zag ik een klein groepje patiënten die in gezelschap van hun verpleegkundigen aan een tafeltje zaten te praten en te roken. De sfeer leek mij gemoedelijk, al verstond ik geen woord van wat ze zeiden.

## Debriefing room

Toen ik hun in het Engels het doel van mijn bezoek had uitgelegd, ontstond er een discussie waaraan steeds meer patiënten en verpleegkundigen deelnamen. Ten minste twee patiënten bleken helemaal niet zo blij te zijn met zo veel verpleegkundigen: 'Ik voel me met zo'n bodyguard gestigmatiseerd als een supergevaarlijke gek'; 'Het blijft zo zolang je hier bent, dus je weet nooit of het beter met je gaat, maar als je met ontslag gaat, ben je ineens alleen'. Een andere patiënt voegde hieraan toe: 'Er zit altijd een verpleegkundige bij je en je wordt hier 24 uur per dag in de gaten gehouden'. Dat leek mij het uitgelezen moment om de personele bezetting op gesloten opnameafdelingen in Nederland ter sprake te brengen. Toen werd het even stil. Want ook op een gewone gesloten opnameafdeling met tien patiënten werken er in Noorwegen altijd nog negen vroege en late diensten; twee- tot driemaal zoveel als in Nederland. Dat vond

men unaniem weer het andere uiterste en bijna onwerkbaar: 'Is Nederland dan zo'n arm land, of zijn psychiatrisch patiënten bij jullie minder dan lichamelijk zieke patiënten?' Dat bracht de discussie op het onderwerp **agressie** en dwang en de *seclusion area*. In deze vleugel van het gebouw met een eigen omsloten tuin zijn alle faciliteiten voor een aparte behandeling aanwezig, zoals een verpleegpost, een badkamer met douche en ligbad, een slaapkamer, een kamer voor lichamelijk onderzoek, een kamer om stoom af te blazen, die veel lijkt op onze separeercellen, maar dan ongeveer vier bij vijf meter groot, een ruimte om de patiënt te fixeren, en een *debriefing room*. Deze ruimte wordt gebruikt om alle ernstige **agressie**-incidenten na te bespreken met de betrokken patiënt en het slachtoffer. De bemiddelaar die een dergelijk gesprek voorziet, meestal een verpleegkundige, bewaakt het proces. Zo nodig nemen ook andere teamleden of medepatiënten deel aan deze bijeenkomst, die pas start als alle betrokkenen voldoende zijn afgekoeld. Om dit te bereiken, kan de **agressieve** patiënt desgewenst eerst stoom afblazen in de daarvoor bestemde kamer, die nooit op slot gaat.

Als het dan zover is, vertellen beide partijen in een eerste ronde van de debriefing wat er precies is gebeurd. De tweede ronde bestaat uit het uiten van alle emoties in samenhang met het incident, om in een derde ronde alle wederzijdse misverstanden en gedachten over het incident te bespreken en waar mogelijk en noodzakelijk te corrigeren. In de vierde en laatste ronde gaat het om het afspreken van manieren om herhaling te voorkomen en een nieuwe start mogelijk te maken. Pas dan mag de patiënt weer terug naar zijn afdeling. Het gebruik van de *seclusion area* vond iedereen erg belastend. De debriefing werd door iedereen als vanzelfsprekend en erg belangrijk omschreven. 'Je moet eerst schoon schip maken met elkaar, want anders vraag je om herhaling', vonden zowel patiënten als verpleegkundigen.

Als je dit voor het eerst hoort, lijkt het erg arbeidsintensief, maar dat valt mee. Een uur dat nu besteed wordt, verdient zich later dubbel en dwars terug door een sneller einde aan de crisissituatie en weinig blessures. Fysieke overheersing en de patiënt naar de grond brengen en vasthouden, is de ultieme methode, evenals fixeren in de speciaal daarvoor bestemde kamer. Mijn gastheer Geir vertelde mij dat dit drie jaar geleden voor het laatst was gebeurd. De patiënt had crack en cocaïne gebruikt tijdens een proefverlof en was vreselijk **agressief** en onbereikbaar voor contact. Al met al duurt het verblijf in de *seclusion area* zelden langer dan een etmaal, zo benadrukten zowel patiënten als verpleegkundigen. Een beetje ongelovig legde ik mijn indrukken voor aan de psychiater van de afdeling. Ze vertelde me dat haar rol zich beperkt tot psychiatrische diagnostiek en het voorschrijven van medicatie; in de meeste gevallen Cisordinol Acutard in doses van 75 tot maximaal 150 milligram per injectie. Benzodiazepinen worden hierbij zelden gegeven vanwege de angst voor het verslavende effect. In de afwikkeling van de **agressie** staat ze dus feitelijk aan de zijlijn.

## Snel herstel van de rust

De training van verpleegkundigen in het omgaan met **agressie** duurt drie dagen. Eerst krijgen zij twee dagen uitleg over psychosen en het verlies van contact met de realiteit en het gebruik van verbale technieken om te deëscaleren. De derde dag bestaat uit het aanleren van enige houdgrepen en het maken van afspraken over onderlinge samenwerking om de **agressieve** patiënt te overheersen en de **agressie** te stoppen. In de nabije toekomst wordt dat vijf dagen. De twee extra dagen zullen geheel worden besteed aan verbetering en verdieping van de benodigde gespreksvaardigheden, maar evenzeer aan houdingsaspecten van verpleegkundigen, zoals de toon waarop je dingen zegt, hoe je dingen formuleert en je lichaamshouding. Er wordt dus geen extra tijd besteed aan meer fysieke overheersingstechnieken. Dit vanuit de overtuiging dat **agressie** veroorzaakt wordt door slecht contact, door een verstoorde werkrelatie en dat de aandacht daarom vooral moet uitgaan naar herstel van dit contact en verbetering van die werkrelatie.

Geir vervolgde zijn uiteenzetting met de stelling dat het verblijf in de *seclusion area* betekent dat de patiënt intensive-carebehandeling krijgt. Zoals bij elke intensive-carebehandeling, zijn de eerste uren na een uitbarsting cruciaal om de patiënt te stabiliseren en om verdere of zelfs blijvende schade te voorkomen. Daarom moet je direct alles uit de kast halen om de situatie te deëscaleren, de patiënt te kalmeren en het contact zo snel mogelijk te herstellen. 'Want hoe langer je wacht met het herstellen van het contact, hoe meer de spanning en twijfel ook onder verpleegkundigen oploopt, en dat is vaak nog erger dan de directe gevolgen van het incident zelf. Anders gezegd: hoe hoger je klimt, hoe harder je valt. Dus: snel deëscaleren en de rust herstellen'.

Op mijn vraag hoe zij dit dan doen bij patiënten die tevens een persoonlijkheidsstoornis hebben, gaf Geir als antwoord dat dit er bij deëscalatie en het herstellen van het contact niet toe doet. 'Patiënten die ook een persoonlijkheidsstoornis hebben, hebben daarnaast gewoon een vervelend karakter. Ze zijn dus gewoon onaardig en egocentrisch. Maar het is niet zo dat je bij hen echt anders met **agressie**-incidenten moet omgaan. Wel is hierbij een ander gevaar aan de orde, namelijk dat sommige verpleegkundigen denken dat ze door de patiënt aardig gevonden moeten worden en dat zij zelf de patiënten aardig moeten vinden. Dat idee leidt altijd tot narigheid en daar gaan we in de scholingsdagen uitvoerig op in. Ik leg dan uit dat verpleegkundigen deze patiënten niet aardig hoeven te vinden, maar dat ze hen wel voorkomend

moeten behandelen. Patiënten hebben het recht om ons onaardig te vinden en dat recht mag je hun nooit ontnemen. Als je dat goed voor ogen houdt, is het gevaar voor burn-out klein'.

## Terug in Nederland

Terug in Nederland las ik dat de Tweede Kamer de Wet BOPZ (Wet Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen) zo wil wijzigen dat een gedwongen opname betekent dat dwangbehandeling zonder aanvullende criteria van gevaar, mag worden ingezet als dat medisch gezien nodig is. Daarmee komen we een belangrijke stap dicht bij de wetgeving elders in Europa. Het biedt de mogelijkheid om sneller in te grijpen en wij kunnen daarmee voorkomen dat dreigende situaties te ver moeten escaleren. Situaties waarbij verpleegkundigen in steeds grotere spanning zitten te wachten totdat het gevaar zo groot is geworden dat mag worden ingegrepen. Verpleegkundigen hoeven dan minder lang en aan minder ernstig gevaar bloot te staan dan tot nu toe, waarmee de praktijk minder snel zal gaan botsen met de eisen van de Arbo-wet.

Met deze wetswijziging alleen zijn we er echter niet; ook niet als de verpleegkundige bezetting zou worden verdrievoudigd. Want als ik deze ervaringen leg naast de uitkomsten van het onderzoek van [Lendemeijer in \*PsychoPraxis\* \(1999\)](#), gaat het vooral ook om verschillen in denken, in houding ten opzichte van psychisch lijden, in handelen bij en benaderen van **agressie** en dreiging daarmee, in noties en kennis over hoe te handelen. Het gaat om verschillen in attitude. Er is een fundamenteel verschil in focus tussen eenzame opsluiting en intensive-carebehandeling, tussen streven naar behoud van de regie over de afdeling en contact maken, tussen het nemen van beperkende maatregelen en het contact met de patiënt herstellen en blijvende psychische schade voorkomen. Een uitspraak als 'Je moet ze eerst opsluiten zodat niet de hele tent op z'n kop gaat en dan kun je doen wat goed voor ze is', die Lendemeijer vermeldt, is een sprekend voorbeeld van deze vrij gangbare en repressieve attitude in ons land. De grote aandacht na een incident voor debriefing met alle betrokkenen, heeft eigenlijk nog de meeste indruk op mij gemaakt. Het raakt de kern van hoe wij als hulpverleners aankijken tegen psychiatrische patiënten en hoe wij met **agressief** gedrag omgaan. In Nederland hoor ik nog vaak dat men juist niet op **agressie**-incidenten en gedwongen separaties terugkomt omdat dit nog steeds beschouwd wordt als 'aandacht geven aan negatief gedrag'.

De Noorse intensive-carebehandeling is gericht op zeer snel herstel van de rust. Dat vergt meestal drie verpleegkundigen gedurende een gehele dienst en zelden duurt het verblijf in de *seclusion area* langer dan een etmaal. Dat is netto eigenlijk minder dan wat een vaak wekenlang verblijf in de Nederlandse separeercel aan inzet vraagt. Daar zijn naast voldoende tijd vooral een geheel andere opstelling en attitude voor nodig; een kwestie van omvang maar zeker ook van de aard van de inzet dus.

## Literatuur

1. Lendemeijer B (1999) Waarom patiënten separeren? De mening van verpleegkundigen. *PsychoPraxis* 1: 18-22
2. Werf B van der ea (1998) *Signaleringsplannen, naar minder **agressie** en dwang in de psychiatrie*. Lisse: Swets & Zeitlinger
3. Werf B van der (1998) Veiligheidsbeleid en het terug dringen van **agressie** en dwangmiddelengebruik. *Praecox* 19: 23-29
4. Werf B van der (2000) Waarom patiënten separeren? Een reactie. *PsychoPraxis* 2: 210-213

Copyright 2005, Bohn Stafleu van Loghum, Houten