

Dwang bedwingen of dwingen tot zorg?

C.M.T.H. GIJSBERS
VAN WIJK

‘De isolatiecel is in veel inrichtingen dagelijkse praktijk. Talloze patiënten hebben er mee kennis gemaakt. Werden ze er beter, rustiger van? Zelden of nooit. Geen mens zal durven beweren dat een verblijf van wat langere tijd in de isoleer goed is voor de patiënt.’ (‘Isolatiecel’ 1974).

Bovenstaand citaat stamt uit de zeventiger jaren, een periode van hevig verzet tegen de praktijk van het isoleren. Collega van Ree onderwierp zichzelf destijds gedurende vijftig uur aan eenzame opsluiting en liet daar radio-opnames van maken (Veldhoen & Van Ree 1980). Ook nu staat het onderwerp dwang in de psychiatrie weer hoog op de agenda. Het aantal dwangopnames blijft stijgen, zeker in de grote steden. Het aantal uitgeschreven inbewaringstellingen in Amsterdam stijgt jaarlijks met ongeveer 10%, van 635 in 2004, naar 707 in 2005, naar 840 in 2006. Extrapolatie van de cijfers uit het eerste kwartaal van 2007 doet verwachten dat het aantal dit jaar zal toenemen tot 885. Inmiddels is circa 75% van de patiënten op de gesloten afdelingen van de Amsterdamse ggz opgenomen met een dwangmaatregel. Ook het aantal separaties blijft (dientengevolge) stijgen. Uit het Jaarrapport BOPZ 2003 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005) blijkt dat in 2003 onder ‘Middelen of Maatregelen’ in totaal 4.430 separaties werden gemeld. Deze interventie mondde 1.389 keer uit in dwangbehandeling: een separatieduur langer dan 7 dagen.

Ondanks de acties van destijds is separeren dus een geaccepteerde interventie gebleven, zij het inmiddels onder strikt toezicht van de Inspectie, die met argusogen de rechtspositie van de patiënt bewaakt en steeds specifiekere informatie over separaties zal eisen (Projectgroep Argus 2006). Er komen nog altijd separeervoorzieningen bij, ook in psychiatrische klinieken in aanbouw, zij het onder strenge voorschriften van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2003). Ondertussen onderzoeken we of onze vrijheidsbeperkende interventies wel aan de benodigde kwaliteitseisen voldoen (Abma e.a 2005). De Kerngroep Dwang & Drang van GGZ Nederland tracht het onderwerp weer breed onder de aandacht te brengen. In het visiedocument van GGZ Nederland uit 2004 werd dit agendapunt als volgt verwoord: ‘de veiligheid van patiënten en medewerkers van GGZ-instellingen verbetert structureel, op zowel fysiek als mentaal als juridisch gebied. Daarbij wordt het aantal separaties regionaal teruggedrongen met gemiddeld 10% per jaar’ (GGZ Nederland 2004). Hoe de verbetering van de veiligheid en het terugdringen van separaties hand in hand kunnen gaan is een puzzel die de ggz-instellingen zelf mogen oplossen. In 2006 heeft GGZ Nederland in het kader van het project Dwang & Drang vijf miljoen euro van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) verdeeld over veertien ggz-instellingen. Deze gaan met goede moed proberen de frequentie

en duur van separaties terug te dringen. Interventies variëren van trainingen in de-escalerende gespreksvoering en de inzet van familie op gesloten afdelingen tot het demonstratief ontmantelen van separaer ruimtes.

Naast deze pogingen om dwang te bedwingen, is tegelijkertijd een tendens zichtbaar om 'gestoorden', zoals de politie verwarde personen aanduidt, te dwingen tot zorg. Een recent voorbeeld van deze ontwikkeling is de oprichting van een voorziening voor duurzaam verblijf door de gemeenten van Amsterdam en Rotterdam en het Ministerie van VWS (Pen 2007). De doelgroep van deze voorziening, Duurzaam Verblijf (gelegen in het landelijke Beilen in Drenthe), bestaat uit Amsterdamse en Rotterdamse patiënten die lijden aan langdurige drugsverslaving en ernstige psychiatrische stoornissen, al dan niet in combinatie met lichamelijke verwaarlozing, en die met een machtiging krachtens de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) in de ggz opgenomen zijn (Regiegroep Duurzaam Verblijf 2006). De omvang van de doelgroep in beide steden tezamen wordt geschat op 290 personen, waarvoor in Beilen een voorziening met een uiteindelijke capaciteit van 120 bedden wordt gerealiseerd. Vanzelfsprekend mét separeerfaciliteiten. Doel van het (gedwongen) verblijf in de voorziening is 'de afname van verdere teloorgang, en de stabilisering en waar mogelijk verbetering van de psychische, sociale en lichamelijke toestand van de patiënt, zonder abstinentie van druggebruik na te streven'. De indicatie voor plaatsing in Beilen wordt gesteld door een Stedelijke Toeleidingscommissie. Deze bestaat uit vier leden, te weten vertegenwoordigers van de ggz, van de verslavingszorg, van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, en van de voorziening zelf. Na aanmelding beoordeelt de commissie 'de ernst van het toestandbeeld van de patiënt en besluit al dan niet tot plaatsing'. Het besluit van deze commissie is bindend. De eerste fase van de behandeling in Duurzaam Verblijf duurt maximaal 9 maanden. Het streven is patiënten na deze behandel fase in een woonvoorziening te plaatsen, al dan niet met begeleiding. Re-integratie in de maatschappij blijft nadrukkelijk een perspectief: Amsterdam en Rotterdam geven een 'terugnamegarantie'.

Is hier sprake van een inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht, een comeback van het bestwilprincipe en het paternalisme? Of nemen we eindelijk onze maatschappelijke verantwoordelijkheid en gaan we zorgen voor mensen die voorheen verloederden en verkommerden? Is Beilen zorg op maat voor de verslaafde, psychotische, dakloze patiënt of een gerieflijke oplossing voor maatschappelijke overlast en het onvermogen van ggz-instellingen? Binnen onze beroepsgroep bestaan over Duurzaam Verblijf diametrale opvattingen: van het schoonvegen van het eigen straatje door patiënten achter een

LITERATUUR

- Abma, T, Widdershoven, G., & Lendemeijer, B. (Red.). (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbepurende interventies*. Utrecht: Lemma.
- Isolatiecel. (1974). *Gekkenkrant*, 1, 11.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. (2003). *Separer- en afzonderingsvoorzieningen. Bouwmaatstaven voor nieuwbouw*. Den Haag: College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen.
- Donker, M. (2007). Duurzaam Verblijf is menswaardig zorgaanbod. *Psy*, 11, 33.
- GGZ Nederland. (2004). *De krachten gebundeld. Ambities van de GGZ (Visiedocument)*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Groen, H. (2007). Goede zorg op Drentse hei leidt tot sociale integratie. *Psy*, 11, 31.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2005). *Jaarrapport BOPZ 2003*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Pen, H. (2007, 24 februari). Verslaafden met psychische problemen naar nieuwe opvang in Drenthe. *Parool*, p. 13.
- Projectgroep Argus. (2006). *Argus. Verantwoording minimale dataset vrijheidsbepurende maatregelen in de GS (Rapport)*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Regiegroep Duurzaam Verblijf. (2006). *Kadernotitie Duurzaam Verblijf*. Den Haag: Ministerie van VWS, regiegroep VGP.
- Slooff, C.J. (2007). Hekwerk biedt geen perspectief. *Psy*, 11, 36-37.
- Veldhoen, L., & van Ree, F. (1980). *Eenzame opsluiting: een aanklacht tegen de machtigen in politiek, wetenschap en maatschappij*. De Meern: Spectrum.

Drents hek te zetten zonder toekomstperspectief (Slooff 2007) tot een menswaardig en professioneel verantwoord zorgaanbod met uitzicht op sociale re-integratie (Groen 2007; Donker 2007).

Inmiddels zijn in de afgelopen drie maanden de eerste achttien patiënten uit Amsterdam naar Beilen verhuisd. Afgezien van een enkele psychiater die de indicatie van de commissie ter discussie stelt, een incidenteel protest van familie via de klachtencommissie, en een onwillige patiënt die weet te ontsnappen uit de ggz-instelling, verloopt de operatie rustig. De Beilengangers zijn vrijwel allen uitgebreid bekend in de ggz en verslavingszorg als 'zorgwekkende zorgmijders' en 'draaideurpatiënten', vaak met veelvuldige of langdurige dwangopnames inclusief separatie-episodes. Duurzaam Verblijf is daarom een welkome achterdeur voor de Amsterdamse en Rotterdamse ggz: bij een voorspoedig verloop van het project Beilen gaan deze steden hun doelstelling van tien procent minder separaties zeker halen!

Enerzijds lijkt de samenleving dus aan te dringen op het verminderen van dwang en drang in de psychiatrie, anderzijds is er een roep om specifieke groepen patiënten langdurig te dwingen tot zorg. Wie voert hierover de regie? Duurzaam Verblijf is een psychiatrische instelling die onder de Wet Bopz valt, waar patiënten langere tijd ver van huis gesloten opgenomen worden. Een dergelijke verstrekkende interventie vereist een uiterst zorgvuldige indicatieprocedure, inclusief onwrikbare indicatiecriteria, een gedegen psychiatrische beoordeling, en heldere communicatie over de indicatiestelling. Ontbreken deze, dan zal een toenemende weerstand vanuit de patiënt, de familie, de klachtencommissies, de patiëntenverenigingen of de eigen beroepsgroep ontstaan.

Essentieel is dat het indiceren van dwangmaatregelen, in welke vorm dan ook, de verantwoordelijkheid blijft van de psychiater. Besluitvorming over langdurig gedwongen verblijf in Drenthe is geen taak van politici, de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, de politie, gemeenten en andere belanghebbenden. De psychiatrie mag zich niet door de maatschappij laten verleiden om openbare-orde-problemen op te lossen met medische interventies waarvan nog niet bewezen is dat de patiënt erbij gebaat is. Steeds dient per patiënt helder onderbouwd te worden waarom het zorgaanbod in de grote steden ontoereikend is en wat de meerwaarde van Beilen is. Het belang van de individuele patiënt dient, kortom, altijd leidinggevend te zijn. En dat is soms, maar niet altijd, een duurzaam verblijf in Drenthe.

 Met dank aan Louk van der Post voor het gebruik van zijn archief.