

In gesprek blijven over dwang en drang
Eindverslag kwalitatief onderzoek Project Dwang & drang
de Meren
te Amsterdam (2002-2004)



Dorine Bauduin

Trimbos-instituut, Utrecht
Universiteit Maastricht
maart 2004

Colofon

Financier:	Provincie Noord-Holland, contactpersoon drs. M. Korevaar
Projectuitvoering:	Drs. Dorine M.J. Bauduin, senior wetenschappelijk medewerker ethiek Trimbos- instituut
Redactie:	Dr. Ine Gremmen, senior onderzoeker project Dwang en drang de Meren Drs. Jeannette Pols, wetenschappelijk medewerker ethiek en Programma Ouderen, Trimbos-instituut
Lay-out:	Freeke Perdok, Trimbos-instituut

Tekst Bijlage 1, 2 & 3: afkomstig van de deelnemende afdelingen van het project Dwang en drang bij de Meren.

Leden projectgroep Dwang en drang de Meren

Gertrude van Nederpelt	(projectleider)
Yolanda Nijssen	(vervangend projectleider van augustus 2003 tot einde van het project)
Willem Schermerhorn	(geneesheer directeur)
Sporenburg:	Yolanda Veerhuis, Noël Janssen
KIB:	Sally Timmermans, Minco Ruiters
SPDC ZO:	Jet Hessels, Cees Matthijsse, Annemarie Fouwels

Leden Begeleidingscommissie project Dwang en drang de Meren

Mieke Bot	voorzitter raad van bestuur
Bas Schreuder	manager Zorgzaken AMC/de Meren
Wim Gorissen	manager PZO
Willem Schermerhorn	geneesheer directeur
Bart van Velde	manager Sporenburg
Pierre Stalman	dienst PZO
Jannie de Langen	namens Stichting Ypsilon
Carmen Espinosa	Centrale Cliëntenraad

© 2004 Trimbos-instituut

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
2	Verbetering van communicatie en bejegening bij dwang- en drangtoepassing	11
2.1	Theoretische achtergrond	11
2.2	Stilstaan bij vanzelfsprekendheden	13
3	Van visie naar uitvoering: Woon en dienstencentrum Sporenburg	15
3.1	Zorgvisie	15
3.2	Onderzoeksactiviteiten	16
3.3	Conclusies over het project door de projectgroepleden van Sporenburg	25
3.4	Conclusies vanuit onderzoekersperspectief	26
4	In gesprek met cliënten: Kliniek Intensieve behandeling (KIB)	29
4.1	Zorgvisie	29
4.2	Behandelplan en verpleegplan	31
4.3	Projectactiviteiten KIB	32
4.4	Onderzoeksactiviteiten	33
4.5	Conclusies over het project door de projectgroepleden van de KIB	38
4.6	Conclusies vanuit onderzoekersperspectief	39
5	Wederzijdse feedback: Sociaal-psychiatrisch Dienstencentrum (SPDC ZO)	41
5.1	Zorgvisie	41
5.2	Onderzoeksactiviteiten	42
5.3	Conclusies over het project door de projectgroepleden van SPDC ZO	48
5.4	Conclusies vanuit onderzoekersperspectief	49
6	Evaluatie projectorganisatie vanuit onderzoekersperspectief	51
7	Bevorderende factoren voor verbetering van communicatie bij dwang- en drangtoepassing	55
	Literatuur	59
	Bijlagen	61

Het Kruidvat

Mw Gerritsen wil, zoals iedere dag, naar buiten, liefst zo snel mogelijk na het ontbijt. De muren van haar kamer en van de afdeling benauwen haar. Ze wil de lucht voelen, en natuurlijk ook naar het Kruidvat.

De afspraak met Mw Gerritsen is dat zij haar medicatie neemt voor zij naar buiten gaat. Het innemen van de pillen is een regelmatig terugkerend punt van discussie. Vandaag opnieuw probeert zij zo snel mogelijk naar buiten te glippen.

Verpleegkundige Klaasen kijkt de medicatie-lijst na en ziet dat er nog geen kruisje staat achter de naam van Mw Gerritsen. Klaasen roept Mw Gerritsen terug: "Eerst de pillen, weet u wel?", zegt hij op vriendelijke toon. Mw Gerritsen doet of ze niets hoort en staat al met een voet buiten, strak voor zich uitkijkend. Klaasen loopt achter haar aan, pakt haar arm vast en herhaalt: "Als u uw pillen niet heeft ingenomen, mag u niet naar buiten, dat is de afspraak." Mw Gerritsen rukt zich los en zegt: "Dat bepaal ik zelf wel. Ik wil die rotzooi niet en dat heb ik al vaker gezegd. Laat me met rust." Klaasen pakt Mw Gerritsen opnieuw vast en zegt: "Oké, geen medicijnen, dan niet naar buiten," en doet de deur van de afdeling op slot.

Mw Gerritsen loopt verongelikt en boos naar haar kamer. Klaasen gaat met een diepe zucht terug naar de verpleegpost. Hij kan zich goed inleven in mensen zoals Mw Gerritsen en vindt het altijd weer moeilijk om in te grijpen. Hij begrijpt haar kant van de zaak: voor haar is het geen afspraak in de strikte zin van het woord: iets wat je met z'n tweeën overeenkomt, omdat je dat allebei wilt en er allebei belang bij hebt. Mw Gerritsen heeft er, toen het na een ernstige decompensatie weer beter met haar ging, in toegestemd dagelijks haar medicijnen te nemen. Ze stribbelde wel tegen, maar moest erkennen dat ze zich dan beter voelt en zelfstandiger kan zijn. Zonder medicatie heeft ze veel last van stemmen, is ze erg angstig en verward en kan ze helemaal niet alleen op stap. Dat zijn nare tijden, voor haar en voor de verpleging. Met medicatie knapt ze meestal vrij snel weer op, al begint dan ook altijd weer de strijd over de medicatie. Injecties zijn geprobeerd, maar daar reageert ze slecht op.

Klaasen weegt de voors en tegens van zijn ingrijpen nog eens af.

Vanuit het perspectief van Mw Gerritsen is de regel "eerst pillen, dan pas naar buiten" iets wat de verpleging wil, niet iets wat zij wil. Ze wordt suf van de pillen, al helpen ze wel tegen de nare stemmen in haar hoofd. Zij wil een gewoon leven, waarin ze vrij is om te gaan en staan waar zij wil. Bijvoorbeeld haar dagelijkse uitstapje maken naar het Kruidvat. Ze ervaart de regel als een regiem waar ze onderuit zou willen, niet als iets waar ze zelf ook baat bij heeft. Ze heeft, op haar verzoek, de medicijnen een tijdje in eigen beheer gehad, maar daar kwam niet veel van terecht. Ze had wel het voornemen ze trouw in te nemen, maar binnen de kortste keren, hield ze ermee op of gooide ze in de wc. Zo akelig vindt ze het, ervan afhankelijk te zijn. Dagelijks onderhandelen over de pillen is geen doen: daar worden beide partijen alleen maar sikkeneurig van en geeft bovendien te veel onrust op de afdeling. Iets wat Mw Gerritsen ontloopt door naar buiten te gaan.

Vanuit het perspectief van de verpleging is het belangrijk om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan wat de cliënten willen, maar wel binnen de

kaders van wat medisch en verpleegkundig gezien verantwoord is. Klaasen ziet het als zijn taak om Mw Gerritsen te helpen zo autonoom mogelijk te zijn en om haar te behoeden voor terugval, voor zover dit in zijn vermogen ligt. Op die pijlers berust de zorg van de afdeling. De psychose kan altijd weer terugkomen, maar pillen helpen goed om dat te voorkomen of uit te stellen. Hij gunt haar het buiten lopen van harte en probeert - net als zijn collega's - het ochtendritueel van pillen slikken zo soepel mogelijk te laten verlopen. Nu zal het wel weer even duren voor Mw Gerritsen wat toeschietelijker wordt, want ze onthoudt incidenten als dat van vanochtend haar scherp. Dat is het risico als je haar tegenhoudt. Zij heeft er belang bij te kunnen doen waar ze zin in heeft op dat moment, en niet om te doen wat ze vroeger heeft afgesproken. Als hij een uitzondering maakt, dan blijft weliswaar de relatie met Mw Gerritsen goed, maar zet hij die met zijn collega's op het spel. Er is net opnieuw onderling afgesproken de afgesproken regels uit te voeren en niet op eigen houtje te beslissen of er wel of niet een uitzondering kan worden gemaakt. Als elke verpleegkundige zelf beslist wanneer het verantwoord is van een regel af te wijken, ontstaat onduidelijkheid voor cliënten en wordt de verpleging ongeloofwaardig. Ook onderling geeft het veel onduidelijkheid en chaos. Bovendien is het niet rechtvaardig om onrustige en assertieve cliënten wel toe te geven, en rustige en volgzamere cliënten niet. Als de afspraken niet werken, moeten ze worden herzien, maar zonder afspraken valt er niet te werken.

Klaasen wordt moe van het getob en gaat naar Mw Gerritsen toe met een kopje koffie, een glas water en de medicijnen. "Zullen we de ochtend opnieuw beginnen?"

1 Inleiding

In deze publikatie wordt verslag gedaan van het kwalitatieve onderzoek dat is verricht in het kader van het project 'Implementatie van kwaliteit van zorg bij de toepassing van dwang en drang' bij de Meren, organisatie voor regionale, academische en forensische geestelijke gezondheidszorg te Amsterdam. Het genoemde project is gericht op *verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening in situaties waarin dwang en drang aan de orde is of dreigt te komen*. De voorbereidingen van dit project zijn begonnen in juni 2002. De einddatum is april 2004.

Achtergronden van het project 'Implementatie van kwaliteit van zorg bij de toepassing van dwang en drang'

Het initiatief voor het project 'Implementatie van kwaliteit van zorg bij dwang en drang' is genomen door G. Widdershoven, hoogleraar ethiek van de gezondheidszorg aan de Universiteit Maastricht, en A.J. Vrijlandt, directeur zorg van GGNet. Zij hebben dit gedaan in aansluiting op het onderzoek 'Kwaliteitscriteria dwang en drang' van de Universiteit Maastricht en koepelorganisatie GGZ Nederland (Berghmans e.a. 2001) Hierin worden aanbevelingen gedaan aan hulpverleners voor verbetering van de kwaliteit van psychiatrische zorg in situaties waarin sprake is van dwang of drang. De aanbevelingen zijn gebaseerd op gesprekken met en tussen direct bij dergelijke situaties betrokken belanghebbenden: cliënten, familieleden, partners en vrienden van cliënten, en hulpverleners, zoals verpleegkundigen en psychiaters.

De ervaringen en overwegingen van belanghebbenden bleken vruchtbaar te kunnen worden verwoord vanuit de invalshoek van een zorg-ethische en een communicatief ethische benadering. In deze ethische benaderingen wordt veel nadruk gelegd op de relaties en de communicatie tussen betrokkenen. Deze nadruk komt terug in de aanbevelingen waarmee het rapport besluit. Verschillende aanbevelingen uit het rapport klinken als vanzelfsprekendheden. Bijvoorbeeld: dwang en drang vereisen goede communicatie (kwaliteitscriterium 4), denk na over het doel van het ingrijpen (kwaliteitscriterium 5), bekijk of de middelen passend zijn (kwaliteitscriterium 6). Zie voor de kwaliteitscriteria bijlage 4. Toch leek het niet waarschijnlijk dat de aanbevelingen zonder meer (verdere) ingang zouden vinden in de praktijk van de zorgverlening. Landelijk onderzoek (Lendemeijer 2000; van der Werf 2000) toont namelijk aan dat dwangmiddelen die als noodmaatregel bedoeld waren, een structureel onderdeel van de dagelijkse zorgpraktijk in de Nederlandse GGZ zijn geworden. Daarom is een voorstel gedaan voor een door onderzoek begeleid traject dat erop gericht is de kwaliteitscriteria in de praktijk (meer) ingang te laten vinden.

Internationale vergelijking vormde een andere belangrijke aanleiding om een invoeringstraject op te zetten. Internationale vergelijking (van der Werf 2001, Kasander e.a. 2003) laat zien dat de Nederlandse GGZ een door buitenlandse collegae niet begrepen en terdege bekritiseerde uitzonderingspositie inneemt temidden van de omringende landen, door het uitgebreide gebruik van separatie.

Aan het landelijke invoeringstraject nemen 12 GGZ-instellingen in Nederland deel. Hun deelname is formeel vastgelegd in een convenant (september 2002)

waarin onder meer de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheden zijn geregeld. De provincie Noord-Holland financiert het begeleidend onderzoek van de drie projecten binnen de provincie, d.w.z. bij de Meren, GGZ Noord-Holland Noord en Duin en Bosch.

Doelstelling project Dwang en drang bij de Meren

De Meren vormt geen uitzondering op de algemene praktijk in Nederland. Er worden verschillende vormen van dwang toegepast, variërend van separatie, afzondering, dwangmedicatie tot allerlei vormen van meer of minder ingrijpende vrijheidsbeperkingen. Ook wordt er gebruik gemaakt van diverse vormen van drang, zoals met klem overreden, het opleggen van niet vrijblijvende of beperkte keuzen (óf dit, óf dat) en het geven van sancties (als dit...dan dat). De Meren besteedt op diverse manieren aandacht aan kwaliteitshandhaving en –verbetering van de toepassing van dwang. Dit gebeurt onder andere door de Commissie Dwang en drang (voorheen de M&M-commissie). Een belangrijke reden van het bestuur van de Meren om aan het project ‘Implementatie van kwaliteit van zorg bij dwang en drang’ deel te nemen is geweest dat het project goed aansluit bij een belangrijk speerpunt van het beleidsplan van de Meren, namelijk om bijzondere aandacht te besteden aan de kwaliteit van zorg bij de toepassing van dwang en drang. Men wil proberen deze kwaliteit te verbeteren door te streven naar (meer) gelijkwaardigheid en samenwerking tussen hulpverlener en cliënt, door stil te staan bij het proces dat leidt tot dwang en drangtoepassing, door zorgvuldig te handelen tijdens de toepassing ervan en door de negatieve gevolgen zo veel mogelijk te beperken en ten slotte door te zoeken naar alternatieven voor dwang en drang. Bovendien sluit het project aan bij de uitgangspunten van het beleid ‘Middelen & maatregelen en dwangbehandeling’ van de Meren.

Het overkoepelende doel van het project bij de Meren is het gesprek over dwang en drang op gang te brengen en houden tussen hulpverleners en cliënten.

Met opzet is gekozen voor deze -op het eerste gezicht misschien weinig ambitieuze- doelstelling. De trekkers van het project zijn ervan uitgegaan dat veranderingen en verbeteringen pas tot stand komen als de betrokkenen zich eerst bewust worden van de bestaande werkwijzen en praktijken en bereid zijn die ter discussie te stellen. Dit is niet eenvoudig en zeker niet wanneer het gaat om heikele zaken zoals de toepassing van dwang en drang. Het project beoogt een *cultuurverandering* tot stand te brengen van ‘standaard’-aanpak naar ‘individuele’ benadering. Men wil zo bereiken dat zo veel mogelijk voor iedere cliënt afzonderlijk steeds weer wordt bekeken wat er aan zorg nodig is en welke dwang of drang met het oog daarop onvermijdelijk is; bij de besluitvorming daarover wil men cliënten zoveel mogelijk betrekken.

Een groot risico van dwang- en drangtoepassing is dat het een reguliere interventie wordt. De invoering van de kwaliteitscriteria voor dwang en drang kan hiertegen een drempel opwerpen. Deze criteria laten zien dat dwangtoepassing altijd verbonden is (of zou moeten zijn) met ambivalenties, juist doordat er sprake is van aarzeling over de goede aanpak (is het nu wel of niet moreel juist om te separeren of dwangmedicatie toe te dienen?). Ze impliceren dat die toepassing nooit routine mag worden, noch routinematig mag worden uitgevoerd en bevorderen zo de morele reflectie over de toepassing van dwang en drang. Bij deze visie is de uitvoering van het project bij de Meren rechtstreeks aangesloten.

Deelnemende afdelingen

Uiteindelijk hebben drie afdelingen aan het project deelgenomen: het Woon- en dienstencentrum Sporenburg, de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB), het Psychiatrisch Dienstencentrum Zuid-Oost (SPDC Zuid-Oost).

Doelstelling van het project bij *WDC Sporenburg* is om een eenduidige visie te ontwikkelen op de toepassing van dwang en drang, de uitvoering zelf te laten verlopen volgens de protocollen en zorgplannen, alternatieven te bespreken voor dwang en de communicatie met de cliënt te verbeteren (met name kwaliteitscriteria 2, 3, 5 en 6). De gekozen middelen om deze doelstelling te bereiken zijn visiebesprekingen en regelmatige bewonersbesprekingen waarbij structureel aan de hand van vaste items ook het onderwerp dwang en drang aan bod komt.

Doelstelling van de *KIB* is om het verpleegplan, dat elke cliënt heeft, nadrukkelijker te gebruiken als samenwerkingsinstrument tussen de persoonlijk begeleider (team) en de cliënt. Men beoogt hiermee een verbeterde samenwerking tussen cliënt, pb'er en team (kwaliteitscriteria 3 en 4) door de cliënt meer te betrekken bij de behandelingslijn en dan met name ook bij de dwang en drang in het verpleegplan. Ook is de bedoeling om de beperkende maatregelen meer te bespreken met de cliënt en niet eenzijdig te bepalen (kwaliteitscriteria 4 en 5). Het team wil meer individueel gericht werken, minder volgens standaardregels en dus meer samen met de cliënt.

SPDC Zuid-Oost heeft ervoor gekozen om kwaliteitsverbetering tot stand te brengen door structureel en systematisch met de cliënt de toepassing van (bepaalde) dwangmaatregelen (separatie met of zonder dwangmedicatie) na te bespreken. Op deze wijze beoogt men de samenwerking met de cliënt te bevorderen (kwaliteitscriterium 3), de communicatie en de verwerking bij de cliënt te bevorderen (kwaliteitscriterium 4), en de reflectie op het doel van het ingrijpen (kwaliteitscriterium 5) en bewustwording bij medewerkers (verpleegkundigen) te stimuleren. Dit laatste wordt extra ondersteund door interventie en door leren van de feedback van cliënten (kwaliteitscriterium 7).

Projectstructuur

In de uitvoeringsperiode (2003) is de projectstructuur van begeleidingscommissie, projectgroep en werkgroepen op deelnemende afdelingen, aangestuurd door de projectleider, steeds hetzelfde gebleven (Zie Bauduin 2003). De projectgroep heeft het accent gelegd op: uitwisseling van ervaringen tussen deelnemende afdelingen, bespreking van gemeenschappelijke knelpunten en bedenken van oplossingen, voeden met literatuur e.d.. De elementen uit de vergaderingen van de begeleidingscommissie en de projectgroep die van belang zijn voor dit eindverslag, zijn verwerkt in de verslagen per deelnemende afdeling (zie de paragrafen 2.1 t/m 2.3 van hoofdstuk 1); paragraaf 2.4 bevat een evaluatie van de projectstructuur. Van augustus 2003 tot en met de slotconferentie in maart 2004, zijn de werkzaamheden van de projectleider Gertrude van Nederpelt overgenomen door Yolanda Nijssen en Pierre Stalman, beiden werkzaam op de afdeling PZO van de Meren.

Kwalitatief onderzoek

Het project is ondersteund door een kwalitatief onderzoek, om het implementatietraject te ondersteunen, te beschrijven en voor direct betrokkenen en

anderen daarom heen toegankelijk te maken. Tussentijds zijn de onderzoeksbevindingen enerzijds gebruikt om het implementatieproces bij te stellen. Bijvoorbeeld is regelmatig aandacht besteed aan vragen als: hoe kunnen we voldoende draagvlak creëren en behouden, hoe garanderen we de betrokkenheid van cliënten, welke begripsdefinities van ‘dwang en drang’ hanteren we en welke scholingsmogelijkheden zijn nodig. Anderzijds heeft dit onderzoeksverslag de functie om de opgedane ervaringen met het invoerings- en uitvoeringstraject overdraagbaar te maken voor andere afdelingen die een soortgelijk project willen opzetten (wat werkt goed, wat werkt minder goed).

Bij de Meren is het onderzoek uitgevoerd door drs. Dorine Bauduin, auteur van dit verslag, met dr. Ine Gremmen op de achtergrond als senior-onderzoeker. Dorine Bauduin is filosoof en gespecialiseerd in ethische reflectie en het bespreken van ethische vraagstukken. Deze invalshoek wordt toegevoegd in paragraaf 1 over de theoretische achtergrond die tijdens het project is gehanteerd.

Het vervolg van dit verslag is geschreven in de ik-vorm omdat het een weer slag is van mijn bevindingen als buitenstaander. Daarnaast hebben de afdelingen die aan het project hebben deelgenomen, zelf een tussentijdse en een eind-evaluatie gemaakt van het project. Deze teksten zijn in de bijlagen van dit verslag opgenomen.

Opzet van het eindverslag

Dit eindverslag sluit aan op het verslag van de voorbereidingsfase van het project, dat onder de titel “In gesprek blijven over dwang en drang” in augustus 2003 is afgerond. In die publikatie zijn de achtergronden en doelstellingen van het project, de organisatorische inbedding en alle voorbereidende activiteiten uitvoerig beschreven. Ook is daarin al aandacht besteed aan de ethische dilemma’s waar de toepassing van dwang en drang medewerkers mee confronteert, en aan de bevorderende en belemmerende factoren die de implementatie van kwaliteitscriteria met zich meebrengt.

Na dit inleidende hoofdstuk, begint Hoofdstuk 2, getiteld “Verbetering van communicatie en bejegening bij dwang- en drangtoepassing”, met de theoretische achtergrond die in het kwalitatief onderzoek is gehanteerd. Daarna volgen de hoofdstukken 3, 4 en 5, de beschrijving van de wijze waarop de drie deelnemende afdelingen, te weten: het Woon- en Dienstencentrum Sporenburg (Sporenburg), de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB) en het Psychiatrisch Dienstencentrum Zuid-Oost (SPDC Zuid-Oost), vorm hebben gegeven aan de verbetering van de communicatie met en de bejegening van cliënten. Ze geven weer hoe ik als onderzoeker de veranderingen op het gebied van dwangtoepassing bij de drie deelnemende afdelingen heb beleefd en op welke wijze ik heb proberen bij te dragen aan de realisering van de doelstellingen. Hoofdstuk 6 is de evaluatie van de projectorganisatie. Hoofdstuk 7 beschrijft de bevorderende factoren voor een project als dit.

De bijlagen van dit eindverslag bevatten eindevaluaties van de drie deelnemende afdelingen (bijlage 1,2 & 3), evenals de lijst met kwaliteitscriteria (bijlage 4).

2 Verbetering van communicatie en bejegening bij dwang- en drang toepassing

2.1 Theoretische achtergrond

Zoals in de inleiding aangegeven, is het onderzoek naar de kwaliteitscriteria dwang en drang (Berghmans e.a. 2001) gedaan vanuit de invalshoek van een zorgethische en een communicatief ethische benadering, waarin veel nadruk wordt gelegd op de relaties en communicatie tussen betrokkenen. Deze nadruk komt duidelijk tot uitdrukking in de kwaliteitscriteria (Berghmans 2001. Zie Bijlagen, Bijlage 5)

Bij mijn ondersteuning tijdens de looptijd van het project heb ik nog van enkele andere invalshoeken en modellen uit de ethiek gebruik gemaakt. Deze beschrijf ik hierna kort.

Ethiek in de beroepspraktijk

Wie zich in moreel opzicht als professional wil gedragen, maakt in zijn beroepspraktijk van alledag gebruik van drie bronnen van morele inzichten. Een eerste bron van moreel inzicht is de persoonlijke moraal. Deze komt tot stand op basis van eigen overtuigingen en affecties die weer in relatie staan tot de eigen omgeving van familie en vrienden. Ten tweede de mores van de eigen beroepsgroep: de morele waarden en normen die inherent zijn aan het goed uitoefenen van het beroep en die zijn neergelegd in beroepscode van de beroepsgroep. Een derde bron van moreel inzicht vormt de publieke moraal, die uitdrukking geeft aan sociale stellingnames over wat wel en niet geoorloofd is in de betreffende sector; deze overtuigingen worden naar voren gebracht in maatschappelijke of publieke debatten in de media, in overheidsorganen, in commissies, adviesraden enz.

Deze drie bronnen van moreel inzicht kunnen onderling conflicteren, waardoor beroepsbeoefenaren met tegenstrijdige morele eisen worden geconfronteerd. De beroepsethiek speelt de rol van intermediair tussen de persoonlijke moraal van de beroepsbeoefenaar en de publieke moraal van de samenleving. Bij morele problemen moet dus telkens worden afgewogen tussen

1. Argumenten vanuit de publieke ethiek, in dit geval de gezondheidssector;
2. Argumenten vanuit de beroepsethiek ten opzichte van collegae, leidinggevenden of ondergeschikten en cliënten;
3. Argumenten vanuit de persoonlijke ethiek van de betrokkene zelf.

In veel gevallen wordt de afweging een mix van inzichten uit de drie bronnen. Ethiek in de beroepspraktijk laat zich zelden reduceren tot een van die bronnen.

Juist vanwege de conflicterende plichten of verantwoordelijkheden die uit deze drie bronnen van moreel inzicht kunnen voortvloeien, wordt in de dagelijkse praktijk vaak een van de drie bronnen uitgesloten:

- Je handelt volgens je beroepsethiek en je persoonlijke ethiek maar sluit het maatschappelijk debat buiten; bijv. oudere of ervaren werknemers die vasthouden aan routines;
- Je handelt volgens de publieke ethiek en je persoonlijke overtuiging, maar passeert de beroepscode; bijv. wanneer je je zo sterk identificeert met de cultuur van een organisatie, dat je je beroepsnormen verwaarloost;

- Je handelt in overeenstemming met de beroepsethiek en publieke ethiek, maar in strijd met je persoonlijke ethiek, bijv. uit onzekerheid of onder sociale druk; zo'n situatie kan leiden tot burn out. (Van Es en Meijlink 1995).

De Socratische methode en de ethica van Aristoteles

Om de algemene doelstelling van het dwang & drangproject bij de Meren, namelijk de verbetering van de communicatie met cliënten waar het dwang en drang betreft, te ondersteunen is zowel tijdens de scholingsbijeenkomsten met teamleden van SPDC-ZO als met teamleden van de KIB, gebruik gemaakt van filosofische technieken om mensen te leren vanuit een ander perspectief naar hun dagelijkse praktijk te kijken. Deze methoden zijn gebaseerd op de Socratische methode en op Aristoteles' opvatting van het goede leven (Bauduin 2004, Kessels e.a. 2001, Kessels 1999).

Anders omgaan met cliënten, een andere manier van communicatie met hen, hen vanuit een andere houding benaderen, houdt ook in dat je anders omgaat met elkaar. Het betekent bijvoorbeeld dat je onderling bespreekt welke knelpunten je tegenkomt in je eigen manier van werken, dat je vertrouwde handelwijzen ter discussie stelt en zekerheden laat vallen. Deze zelfgestelde opdracht om de vanzelfsprekendheden van de 'oude en beproefde' werkwijzen te doorbreken, is niet eenvoudig en komt niet vanzelf tot stand.

Tijdens de bijeenkomsten heeft de vraag *'wanneer ben ik een 'goede hulpverlener?'* centraal gestaan. Om een goede hulpverlener te zijn is allereerst deskundigheid nodig op het eigen vakgebied en kennis van de diverse vormen van regelgeving; de professional moet op de hoogte zijn van het beleid van de afdeling, de doelstelling van de behandeling en verpleging, aandacht hebben voor de individuele noden van cliënten, enz. Kortom, men moet voortdurend antwoord kunnen geven op de vraag: wat moet ik in deze concrete situatie doen? Naarmate iemand beschikt over meer technische kwaliteiten en ervaring als hulpverlener, valt het makkelijker om zo'n vraag te beantwoorden.

Maar goed hulpverlenerschap betekent niet alleen dat men weet welke methodes men moet hanteren - hoe belangrijk ook op zichzelf -, maar ook dat men kiest *wat* de goede dingen zijn om te doen, maar ook dat men de goede dingen 'goed' doet, dus de juiste manier van uitvoeren kiest. En daarvoor is ook een juiste houding nodig, gekenmerkt door morele kwaliteiten en deugden; die bepalen mede het succes van het hulpverleningsproces.

Tijdens de bijeenkomsten hebben de deelnemers zich dan ook gebogen over ethische vragen, zoals: wat voor soort hulpverlener wil ik zijn? Hoe wil ik in mijn werk als persoon functioneren? Hoe ziet mijn 'goed hulpverlenerschap' eruit? Wat zou ik doen, als ik me verplaats in de positie van de cliënt, de familie, mijn collega?

Aan de hand van concrete kwesties uit de eigen praktijk - toegespitst op het in gesprek gaan met cliënten over dwang en drang en over afspraken over vrijheidsbeperkingen - zijn de deelnemers op zoek gegaan naar die morele kwaliteiten van het hulpverlenerschap.

Daarbij heb ik twee filosofische methoden gebruikt:

1. Het socratisch gesprek, waarbij aan de hand van een concrete voorbeeldsituatie uit eigen ervaring een abstracte, filosofische vraag wordt onderzocht (Bauduin 2004). De hantering van gesprekstechnieken uit de Socratische methode helpt om (impliciete) vooronderstellingen op het spoor te komen en eigen oordelen op te schorten. Deze methode is gebruikt als basis voor het aanleren van de dialoog als een methode van intervisie voor teamleden bij SPDC-ZO;
2. Het zoeken van het juiste midden; een oefening waarbij gebruik wordt gemaakt van Aristoteles' aanwijzingen over het ontwikkelen en toepassen van de juiste deugden in een moeilijke situatie, gericht op het goed functioneren als mens, of in dit geval, als goed hulpverlener (Kessels 1999 en 2001).

De driehoek zorg, veiligheid, wetgeving

Casuïstiekbesprekingen over de legitimering van vrijheidsbeperkingen binnen de Meren, bijvoorbeeld tijdens teamdagen, zijn gericht op bewustwording van eigen werkwijzen. Daarbij worden regelmatig interventies geanalyseerd aan de hand van drie criteria:

- Welke aspecten van zorg hebben een rol gespeeld?
- Welke aspecten van veiligheid hebben een rol gespeeld?
- Welke juridische aspecten hebben een rol gespeeld?

Achtergrond hiervan is dat argumenten vanuit deze drie invalshoeken in de dagelijkse praktijk altijd een rol spelen. Het buiten beschouwing laten van een van de drie levert problemen op.

Door te analyseren hoe in een bepaalde situatie de argumenten vanuit deze drie invalshoeken zijn afgewogen, ontstaat meer inzicht in de belangrijkste motivaties voor de toepassing van dwang of drang. De bewustwording hiervan, bijvoorbeeld van de mate waarin de nadruk wordt gelegd op de eigen veiligheid, kan worden ingezet om routines daarin te doorbreken. Deze analyse methode is o.a. gebruikt bij discussies bij de KIB en Sporenborg over het al of niet ingaan op verzoeken van cliënten om uitbreiding van vrijheden.

2.2 Stilstaan bij vanzelfsprekendheden

De toepassing van de kwaliteitscriteria voor dwang en drang vraagt van medewerkers feitelijk een cultuurverandering, d.w.z. een andere manier van communiceren met cliënten en dus ook een andere manier van bejegenen. Anders omgaan met cliënten houdt ook in anders omgaan met elkaar: het hebben over je eigen manier van werken, vertrouwde handelwijzen ter discussie stellen, zekerheden laten vallen. Deze zelfgestelde opdracht om de vanzelfsprekendheid van de 'oude' werkwijzen bij dwangtoepassing te doorbreken is moeilijk en komt niet vanzelf tot stand. Niettemin zijn de drie deelnemende afdelingen in het kader van het project daarmee bezig geweest. Op welke manier zij de cultuurverandering hebben aangepakt en hoe ik hen daarbij heb ondersteund, beschrijf ik in de volgende drie hoofdstukken.

De volgorde is steeds dezelfde. Ik begin met een korte schets van de zorgvisie van de afdeling, daarna noem ik de belangrijkste projectdoelen en beschrijf de

onderzoeksactiviteiten die zijn ondernomen om de uitvoering van het project te ondersteunen. Ik eindig met de terugblik op het proces door de project-groepleden van de afdeling en door mij.

3 Van visie naar uitvoering: Woon- en dienstencentrum Sporenburg

Een cliënt, meneer Jansen, besteedt, als het aan hem ligt, al zijn zakgeld aan wiet. Omdat hij ook tabak wil roken, maar daar geen geld meer voor heeft, probeert hij van mede-cliënten sigaretten te krijgen. Als dat niet lukt, biest hij van hen sigaretten of shag. Dat leidt regelmatig tot veel irritatie bij zijn mede-cliënten. Door het voortdurend roken van wiet, ligt meneer Jansen regelmatig stoned op zijn bed. Verpleegkundige Pietersen wil meneer Jansen verplichten om van zijn zakgeld ook shag te kopen, om te voorkomen dat hij zoveel wiet gebruikt en sigaretten biest van mede-cliënten. Is een dergelijke verplichting een voorbeeld van drang of dwang?

3.1 *Zorgvisie*

Woon- en dienstencentrum Sporenburg biedt begeleiding en ondersteuning aan cliënten met ernstige en langdurig bestaande psychiatrische problemen. De cliënten wonen bij WDC Sporenburg: ze hebben er hun eigen kamer, ze eten er, doen van daaruit mee aan dagactiviteiten; ook de sociale contacten vinden veelal daar plaats, in de kantine, de binnentuin of op de straten in de buurt. De afdeling is hun thuissituatie. De geboden zorg is dan ook gericht op alle levensgebieden. De intensiteit van de zorg wisselt met de ernst van de psychiatrische problematiek. De verpleegkundigen en andere begeleiders streven naar een goed evenwicht tussen activiteiten gericht op rehabilitatie en activiteiten gericht op acceptatie van de psychiatrische problematiek.

Dwang en drang hoort in de zorgvisie van Sporenburg zo min mogelijk plaats te vinden en als het wordt gebruikt, moet dit altijd zo zorgvuldig mogelijk gebeuren; ook zal dwangtoepassing altijd moeten worden besproken binnen het team en met de cliënt.

Zoals in het verslag van de voorbereidingsfase van het Dwang- en drangproject is beschreven, worstelt het team van de gesloten afdeling bij de start van het project met een verdeelde opvatting over dwang- en drangtoepassing. Ten eerste is er verdeeldheid over de vraag wanneer van drang of dwang sprake is. Ten tweede wordt er verschillend geoordeeld over de mate waarin daadwerkelijk naar alternatieven voor dwang wordt gezocht en over de mate van zorgvuldigheid van de communicatie onderling en met cliënten over dwang- en drangtoepassing. Een groep vindt dat er betrokken en weloverwogen beslissingen worden genomen, waarbij voldoende rekening is gehouden met alternatieven en de communicatie goed is verlopen. Een andere groep vindt dat er te snel eenzijdige beslissingen worden genomen zonder dat alternatieven goed worden onderzocht en dat er sprake is van gevoelens van onmacht, splitsing van het team en verslechtering van de werkrelatie met de cliënt (Resultaten Enquête Dwang en drang, nov. 2002). Dit verschil in visie op dwang en drang leidt tot een verschillende benadering van problemen met cliënten, afhankelijk van wie er dienst heeft. Bovendien leiden de verschillende visies en de verschillende manieren van handelen tot verwarring en onduidelijkheid bij teamleden en cliënten. Teamleden hebben last van onderlinge misverstanden en onbegrip, met nadelige gevolgen voor onderlinge steun en afstemming. Een en ander wordt onwenselijk gevonden.

WDC Sporenburg heeft daarom voor de volgende *projectdoelen* gekozen:

- De ontwikkeling van een eenduidige visie op dwang en drang, om van daaruit te komen tot een eenduidige toepassing ervan;
- Zorgvuldige uitvoering van dwang en drang volgens de protocollen en zorgplannen, in situaties waarin dergelijke maatregelen niet voorkomen kunnen worden;
- Regelmatige bespreking met de cliënt van (minder ingrijpende) alternatieven voor dwangmaatregelen zoals separatie, medicatie en vrijheidsbeperkingen;
- Verbetering van de communicatie met de cliënt over eventuele drang- en dwangmaatregelen. (Zie Projectplan Dwang en drang, WDC Sporenburg, februari 2003, bijlage 1).

3.2 *Onderzoeksactiviteiten*

a) *'Dag meelopen': observaties van een buitenstaander*

Tijdens mijn 'dag meelopen' op de gesloten afdeling van Sporenburg in maart 2003 zijn mij wat het thema dwang en drang betreft, de volgende elementen opgevallen.

Met het oog op de eigen *veiligheid* dragen alle verpleegkundigen een pieper; ze hebben ook allemaal een sleutel van de afdeling. Eveneens met het oog op veiligheid en ten behoeve van de goede sfeer spannen de verpleegkundigen zich in om irritaties en gescheld te vermijden of te sussen en worden bijvoorbeeld twee cliënten, die elkaar irriteren en slecht verdragen, aangemoedigd en geholpen om uit elkaars buurt te blijven. Ook spreken verpleegkundigen cliënten aan op hun gedrag als dit de sfeer nadelig beïnvloedt.

Onder *drang* vallen mijns inziens aspecten van de interactie tussen verpleegkundigen en cliënten, zoals corrigeren, begrenzen, ongewenst gedrag onaantrekkelijk maken of gewenst gedrag uitlokken. De drang varieert van mild naar sterk. Dergelijke interventies betreffen onder meer het naleven van de afdelingsregels en de individuele afspraken. Er zijn afdelingsregels, bijvoorbeeld over het komen halen van medicijnen, het ontvangen van bezoek, roken in de rookkamer, op tijd gezamenlijk eten, schoonmaken van eigen kamer, alles netjes houden, op tijd gaan slapen, geen overlast veroorzaken door harde muziek, geen drugs of alcohol gebruiken, e.d. Bij het niet nakomen daarvan volgen aansporingen en vermaningen, aansluitend bij wat -gezien de ervaring- 'werkt' en variërend van vriendelijk en geduldig tot herhaaldelijk en nadrukkelijk. Ook worden er grenzen gesteld en treden verpleegkundigen corrigerend op. Bij drugs- en alcoholgebruik wordt strenger opgetreden, maar aan het verbod op gebruik op de afdeling wordt niet strikt de hand gehouden. De individueel gemaakte afspraken betreffen bijvoorbeeld het tijdstip van opstaan, rantsoenering van de hoeveelheid sigaren per dag, rusttijden en tijden die op de kamer worden doorgebracht, wel of geen begeleide of zelfstandige wandelingetjes buiten en voorwaarden daarvoor. Op het niet nakomen van afspraken door cliënten staan sancties, zoals waarschuwingen over de gevolgen ('zoals afgesproken: omdat je te laat bent opgestaan, mag je vandaag niet naar buiten'), bezoek uit de kamer van de cliënt halen en naar de bezoekenkamer brengen. De cliënten maken op mij een gelaten indruk in hun reactie

op het handhaven van de regels. Mij is niet duidelijk geworden of ze inzicht hebben in de argumenten voor een bepaalde dwang- of drangtoepassing of in de keuze van de maatregel.

Onder *dwang* vallen zaken zoals vrijheidsbeperkingen: een cliënt mag slechts twee uur per dag naar buiten en moet bij terugkomst een urinetest ondergaan; als hij dit weigert, vervalt de opgebouwde vrijheid voor een vastgestelde periode; daarna kan hij weer langzaam opbouwen. Al deze afspraken zijn opgenomen in het verpleegplan. Dit bevordert dat alle verpleegkundigen op dezelfde manier met dergelijke vrijheidsbeperkingen omgaan. Tijdens mijn dag meelopen was de separeercel niet in gebruik. In de regel zijn de separaties van korte duur.

b) Teamdagen: Naar een eenduidige visie op dwang en drang

De ontwikkeling van gedeelde begripsdefinities en een gedeelde visie op de voorwaarden voor dwang en drang is in een viertal stappen opgebouwd. In overleg met het unithoofd Yolanda Veerhuis en projectleider Dwang en drang, Gertrude van Nederpelt, is door mij een programma gemaakt voor vier teambijeenkomsten, met de volgende thema's:

- Verkenning van de visies op dwang en drang en van de verwachtingen van een 'gedeelde visie op dwang en drang';
- Waarden die ten grondslag liggen aan de visie(s) op dwang en drang en daaruit voortvloeiende regels;
- Aansluiting van visie op dwang en drang bij kwaliteitscriteria dwang en drang;
- Formulering van een gedeelde visie op dwang en drang en afspraken over de concrete uitvoering daarvan.

De begeleiding berustte bij mij.

Tijdens de eerste bijeenkomst is begonnen met de vraag naar de *verwachtingen* van een gedeelde visie. Eenduidig en consequent werken zorgt voor betere samenwerking, eenheid in het team (i.p.v. 'los zand'), vermindert frustraties, irritaties en conflicten en levert een duidelijke werkwijze op. De verwachte voordelen voor cliënten zijn: een betere relatie met de verpleging, meer veiligheid door duidelijkheid en structuur, minder drang en dwang. Er staat dus een en ander op het spel! De *conclusie luidt dat cliënten recht hebben op gelijke behandeling en transparante begeleiding*.

Vervolgens is gezocht naar de *definities voor de begrippen 'dwang' en 'drang'* die de teamleden in de praktijk hanteren.

Voor de teamleden van Sporenburg is de kern van dwangtoepassing:

- Tegen iemands zin handelen;
- Iemand beroven van de vrijheid om te gaan en staan waar hij/zij wil;
- Machtsuitoefening door hulpverleners;
- Handelen naar wat de hulpverlener wil.

De teamleden concluderen dat sprake is van *drang* bij interventies van de volgende aard:

- Het handelen is tegen iemands wil in;
- Er is nog wel keuze voor de cliënt;
- Hulpverlener herhaalt meerdere keren wat hij/zij wil;
- Er wordt gezegd: Als..... dan (voordelige of nadelige consequentie; sanctie).

Voorbeeld van drang:

Een van de cliënten moet volgens haar zorgplan op een bepaalde tijd uit bed komen. Aan het niet nakomen van die afspraak, die samen met de cliënte was gemaakt, willen verpleegkundigen consequenties verbinden, bijvoorbeeld; eerste uur geen koffie of eerste uur geen shag, om de cliënt ertoe te krijgen dat zij wel uit haar bed komt. De cliënte ervaart de maatregel als straf en wil met rust worden gelaten, omdat zij volwassen is; ze maakt er geen conflict van. De ene collega pakt dit anders aan dan de andere. Er wordt nu gezocht naar dag-activiteiten voor de cliënte, zodat zij ook meer reden heeft om uit bed te komen.

Men is het erover eens dat het doel van de drang- of dwangtoepassing altijd de zorg voor en het bestwil van de cliënt moet zijn (Notulen teamdag 17.9.2003).

Deze begripsomschrijvingen roepen de vraag op wat nu precies *het onderscheid is tussen drang en dwang*. Hiervoor wordt de hulp van het rapport van de Raad voor de Zorg ingeroepen, getiteld Beter (z)onder dwang (Berghmans 1997). Dit zegt hierover het volgende: “Drang bestaat uit een geheel van middelen waarmee mensen tot handelen (of tot gedragsverandering) zijn aan te zetten. Het begint met iemand sterk aanraden iets te doen of te laten, vervolgens overreden/overtuigen om hem aan te zetten tot gewenst handelen en het gaat op een gegeven moment over in dwingen. Iemand aanzetten tot gewenst gedrag kan door hem een als...., dan....constructie aan te bieden. Hiervan zijn veel voorbeelden mogelijk, waarvan de een dwingender is dan de ander. “Als je nu niet rustig wordt, dan ga je naar je kamer”. “Als je nu je medicatie niet inneemt, dan mag je niet naar buiten”.

Drang gaat over in dwang als alle aangeboden opties zeer nadelige gevolgen hebben voor de betrokkene. Hoe meer drang, des te minder vrijwilligheid. Hoe minder drang, des te meer vrijwilligheid.

Het is de vraag wanneer sterke vormen van drang overgaan in dwang. Om deze overgang te verduidelijken kun je het volgende onderscheid maken: aan dwang kan iemand zich niet onttrekken, aan drang wel. Drang gaat dwang heten als de aangeboden opties dermate nadelige gevolgen hebben voor de betrokkenen dat er eigenlijk geen sprake meer is van een keuze. ‘Je geld of je leven’ is een voorbeeld van dwang. (Berghmans 1997)

De koppeling van dergelijke ‘woordenboekdefinities’ van dwang en drang van de Raad van de Zorg aan begripsdefinities die de teamleden in hun eigen

praktisch handelen hanteren, leidt tot omschrijvingen die zij zich 'eigen' kunnen maken en waaraan in de toekomst kan worden vastgehouden.

De teamleden scharen zich achter de visie zoals verwoord in voornoemd rapport, namelijk het toepassen van drang en dwang te zien als een continue lijn:

Lichte drang ---) drang ---) zware drang ---) dwang---) harde dwang

Zij constateren dat je volgens deze visie in de dagelijkse praktijk eigenlijk voortdurend bezig bent met een vorm van drang. "Wanneer je een cliënt wilt overtuigen van wat jij onder goede zorg verstaat, bijvoorbeeld het innemen van medicatie of op tijd opstaan, ben je al bezig met een lichte vorm van drang." Dat is even schrikken! Voor sommigen is dit moeilijk te accepteren, vooral omdat drang een negatieve klank heeft terwijl dit niet zo opgevat hoeft te worden. Wanneer je lichte drang als iets positiefs kan opvatten, is het makkelijker om voor interventies zoals overtuigen, overreden, aandringen, het begrip (lichte) drang te hanteren. Met deze conclusie wordt de eerste teamdag afgesloten. (Notulen teamdag 17.9.2003)

De *overige thema's* die passen binnen de doelstelling om een eenduidige visie op dwang en drang te ontwikkelen (waarden, aansluiting bij kwaliteitscriteria, afspraken), worden besproken op een tweede teamdag in september 2003, waaraan alle teamleden van de gesloten afdeling deelnemen. Ook de psychiater van de afdeling is aanwezig.

Waarden en normen

Allereerst komen de achterliggende waarden en normen van met name dwangtoepassing aan bod. Wanneer vinden teamleden het moreel gezien verantwoord om dwang toe te passen? Eerst zijn alle teamleden voor zichzelf nagegaan of ze het met onderstaande condities eens waren en waarom. Daarna zijn deze opvattingen plenair besproken en is men tot de volgende gemeenschappelijke regels gekomen.

1. *Dwangbehandeling mag alleen worden toegepast als de situatie voldoet aan de wettelijke regels, namelijk als er ernstig gevaar is voor de cliënt zelf of voor diens omgeving. Daarmee moet dwangtoepassing ook voldoen aan de richtlijnen van de Meren, die aansluiten bij de wettelijke regels.*

De vraag die dit criterium oproept is: wat is ernstig gevaar? De wet BOPZ is hier vrij duidelijk in, maar de wet is voor veel uitleg vatbaar. Ook preventief ingrijpen is mogelijk en wat te doen bij normoverschrijdend en storend gedrag? Belangrijk is om binnen het team aandacht te besteden aan de interpretatie van de wet BOPZ inzake dwangbehandeling. Hiervoor kunnen we Gertrude van Nederpelt, juriste van de Meren, en Willem Schermerhorn, de geneesheer directeur inschakelen.

2. *Voor je overgaat tot dwangtoepassing moet je mogelijke alternatieven hebben onderzocht en uitgeprobeerd om de situatie voor de cliënt en/of medecliënten en/of personeel veilig te maken.*

Hier zijn alle teamleden het mee eens: alternatieven zijn belangrijk om dwang te voorkomen. Het is belangrijk om de minst ingrijpende maatregel toe te passen, zodat ook de vertrouwensband niet geschaad wordt en het risico van schade voor de cliënt het kleinste is.

3. Wat de reden van dwangtoepassing is dient uitgelegd en beargumenteerd te kunnen worden, zowel tegenover collega's als tegenover de betrokken cliënt. Je moet duidelijk kunnen maken op welke manier de cliënt, medecliënten en/of personeel met dwangtoepassing gebaat zijn.

Ook hier zijn alle teamleden het mee eens, het is zeer belangrijk om je handelen te kunnen beargumenteren zodat je blijft nadenken en het doel helder blijft.

4. Dwang moet zo min mogelijk en zo kort mogelijk worden toegepast, dus wij moeten regelmatig heroverwegen of een bepaalde dwangmaatregel nog nodig is.

Belangrijk is om de situatie continu te bekijken, of er geen veranderingen hebben plaats gevonden en de dwangtoepassing evalueren.

5. Dwang moet ook altijd in het belang van de cliënt zijn, bv voor diens veiligheid.

In principe zo veel mogelijk, maar er dient ook naar omgevingsaspecten gekeken te worden.

Verder vindt men het belangrijk dat dwangtoepassing altijd zorgvuldig gebeurt d.w.z. met respect voor de cliënt, in goede communicatie met de cliënt, collega's en evt. contactpersonen van de cliënt, en dat men tijdens de toepassing oog heeft voor en zo veel mogelijk aansluit bij de behoeften van de cliënt. Met betrekking tot de communicatie stellen de teamleden dat dit vooraf en/of achteraf moet gebeuren en altijd geëvalueerd dient te worden met de cliënt, collega's en medecliënten.

Belangrijk is om tijdens de crisis contact te houden met de cliënt en collega's. En zoals gezegd, dwangtoepassing dient altijd onderdeel te zijn van het zorgproces. Dat houdt in dat men zich altijd moet afvragen: hoe verder, wat volgt op de dwang?

Wat betekenen bovenstaande professionele normen voor je eigen concrete handelen en hoe stem je je eigen handelen af op dat van je teamgenoten? Aan dat thema is tijdens de middagsessie van de teamdag gewerkt.

De driehoek veiligheid, zorg en wetgeving

Behalve met bovenstaande kwaliteitseisen, dient men bij de toepassing van dwang en drang ook rekening te houden met aspecten van veiligheid, zorg en wetgeving. Binnen de Meren is men vertrouwd met dit model, omdat het regelmatig bij casusbesprekingen wordt toegepast. Ik illustreer het aan de hand van een voorbeeld.

Een schizofrene man, die in een appartement woont, maakt het momenteel goed. Hij heeft een motor; die motor is zijn lust en zijn leven. De begeleiding wil niet dat hij op de motor rijdt vanwege zijn alcoholgebruik en medicatie. Hij is een gevaar op de weg. Het liefst ziet het team dat hij alleen knutselt aan zijn motor, maar er niet mee rijdt. Zelf wil hij wel ermee rijden. Zijn zus steunt hem. Tijdens zijn RM-zitting is hem verboden om te rijden. Waar liggen de verantwoordelijkheden? Neem je niet teveel eigen verantwoordelijkheid af, als je het verbiedt? Is het geoorloofd hem te zeggen dat als hij toch gaat rijden, wij de politie inschakelen, met het risico dat de politie zijn motor inneemt?

Men begint met het uiteenzetten van de casus en het formuleren van de morele vraag: is het geoorloofd deze cliënt de sanctie op te leggen, namelijk: als je op je motor rijdt, schakelen wij de politie in? Daarna gaan de teamleden na welke argumenten vanuit die drie invalshoeken in de casus een rol spelen. Vanuit veiligheid worden als argumenten genoemd: hij neemt zijn verantwoordelijkheid niet en let niet op de gevolgen van een verkeersongeluk voor hem zelf en anderen, dus moeten wij dat doen. Wettelijke argumenten zijn: van de rechter mag hij niet rijden; het is iedereen verboden om onder invloed te rijden; bovendien is het de taak van de politie om een motor af te pakken, niet de taak van de begeleiding. Het argument vanuit zorgperspectief is: hij is zelfstandig genoeg om in een appartement te wonen en het past bij onze zorgvisie om cliënten, dus ook deze meneer, zo zelfstandig mogelijk te laten zijn; het is zijn eigen keuze; andere teamleden vinden dat hij tot zo'n keuze niet in staat is.

Vervolgens wordt gezocht naar een beargumenteerd antwoord, waarin aan alle drie de elementen zo veel mogelijk recht wordt gedaan.

Van eenduidige visie naar eenduidig handelen

Dat iedereen dezelfde visie heeft op de betekenis van de begrippen dwang en drang en op de condities waaronder dwang en drang mogen worden toegepast, betekent nog niet dat deze visie in de praktijk ook op dezelfde manier wordt uitgevoerd. Hetzelfde denken betekent nog niet hetzelfde doen! En kennis van wenselijke kwaliteitscriteria (zie hiervoor) houdt niet automatisch in dat iedereen deze ook daadwerkelijk toepast. Er is ook zicht nodig op de dieperliggende kwaliteiten die iemands ethisch handelen bepalen, iemands 'deugden'. In de dagelijkse praktijk spelen iemands houding waarin goed hulpverlenerschap en iemands idealen daarover worden geconcretiseerd, een bepalende rol. Kritische reflectie op die morele kwaliteiten van het goed hulpverlenerschap kan helpen om denken en doen in overeenstemming te brengen. Om de gelijke behandeling van cliënten te bevorderen, kan het helpen om expliciet aan elkaar te verduidelijken vanuit welke motieven men werkt, welke kwaliteiten en idealen je sturen in je interventies, manieren van optreden, van onderhandelen, overtuigen, omgaan met veiligheid enzovoorts. Mensen kunnen immers hetzelfde doen vanuit een geheel andere motivatie en andersom, heel verschillend handelen vanuit een zelfde motivatie. Bijvoorbeeld dwang toepassen vanuit de plicht tot bescherming van de cliënt of vanuit de zorg voor eigen veiligheid; de ene verpleegkundige vindt dat ingrijpen nodig is, de andere juist niet, vanwege dezelfde motivatie van mededogen.

Dergelijke onderliggende beweegredenen blijven meestal impliciet. Door ze voor elkaar te verduidelijken en te laten zien met welke ambivalente gevoelens men zit – bij voorkeur aan de hand van een concrete situatie - kan er meer onderling begrip komen en meer openheid.

Tijdens de teammiddag hebben teamleden in drietallen voor elkaar verhelderd welke eigenschappen en deugden hun van pas komen of juist in de weg zitten bij de toepassing van dwang en drang. Ook hebben zij besproken welke eigenschap van de ander zij zouden willen ontwikkelen.

Dit heeft geleid tot twee rijtjes eigenschappen:

Eigenschappen welke je van pas komen bij goed hulpverlenerschap:

- Geduld
- Echtheid
- Betrouwbaarheid
- Duidelijkheid, consequent zijn
- Houden aan afspraken
- Respectvol
- Flexibel; open staan voor andere visies
- Eigen fouten kunnen toegeven
- Flexibel in afspraken, wat veel overleg en duidelijkheid vergt over (on)mogelijkheden

Eigenschappen welke goed hulpverlenerschap kunnen belemmeren:

- Ongeduldigheid
- Directiviteit
- Nauwkeurigheid, starheid
- Dwingend zijn
- Twijfel/onzekerheid
- Niet bij elke collega hulp vragen, je voorkeuren hebben
- Vermijden om cliënten aan te spreken
- Angst
- Conflicterende gevoelens hebben; interventies moeten uitvoeren tegen je gevoel van zorgen en helpen in

Belangrijk wordt gevonden om in de intervisie aandacht te besteden aan dit soort conflicterende gevoelens; men moet met elkaar kunnen bespreken waar twijfel en onzekerheid in zitten.

Flexibiliteit te rijmen met eenduidig handelen?

De nabespreking van deze (on)wenselijke eigenschappen leidt tot een belangrijk punt van aandacht: de behoefte aan professionele vrijheid, d.w.z. de behoefte om regels en afspraken flexibel te kunnen toepassen, afhankelijk van de eigen deskundigheid en de concrete situatie. *Deze behoefte aan flexibiliteit is moeilijk te rijmen met de behoefte aan eenduidig handelen op basis van een gedeelde visie.* Enerzijds wordt groot belang gehecht aan goede onderlinge afstemming, goede samenwerking en duidelijkheid in werkwijzen. Anderzijds staan eigen professionele vakkennis en ervaring die verpleegkundigen in staat

stellen zelfstandig en verantwoord lastige situaties op te lossen, hoog in het vaandel. Bovendien wil men zoveel mogelijk zorg op maat bieden, dus voor iedere cliënt afzonderlijk bekijken welke dwang of drang onvermijdelijk is. Hoe deze beide idealen met elkaar te rijmen?

De teamleden zien in dat het nodig is om samen af te spreken hoeveel flexibiliteit men elkaar wil toestaan, om de voordelen van het eenduidig werken niet te verliezen. Dit wordt ten slotte geëxploreerd aan de hand van een concrete casus.

Met mijnheer Jansen is afgesproken dat hij een halve kist sigaren per dag mag roken. Meer roken kan niet, in verband met zijn gezondheid, maar ook met zijn zakgeld. Enkele keren per week probeert meneer Jansen toch de hele doos op te roken. De ene dag wordt dat oogluikend toegestaan; de andere dag wordt vastgehouden aan de afgesproken regel. Dit leidt tot onduidelijkheid bij meneer Jansen en onderlinge irritatie bij de verpleegkundigen. Mag met de rookafspraken van meneer Jansen flexibel worden omgegaan?

Bespreking van deze situatie leidt tot de volgende afspraken:

- Indien je afwijkt van de afspraken in een zorgplan dien je duidelijk te maken naar de cliënt toe dat je een uitzondering maakt. Met elkaar van tevoren overleggen en afspreken dat je afwijkt van de afspraken en blijven kijken naar het achterliggende doel;
- Tevens dien je dit te bespreken in de overdracht en te melden in de rapportage;
- Regels en afspraken altijd blijven evalueren;
- Sommige cliënten moet je niet confronteren met een uitzondering, omdat zij daar niet mee om kunnen gaan. Dit dient ook duidelijk terug te vinden te zijn in het zorgplan;
- Wanneer een afspraak onuitvoerbaar is/ overbodig is/ averechts werkt dan dien je dit te toetsen en te bespreken met de persoonlijk begeleider (Pber), waarna er binnen 14 dagen een bespreking wordt georganiseerd;
- Het zorgplan van een cliënt dient, op initiatief van de Pber besproken te worden binnen het team in de daartoe bestemde besprekingen;
- Wanneer er een conflict/onenigheid is met betrekking tot het behandelplan dient ook de psychiater hierbij betrokken te worden.

Met deze afspraken en het goede voornemen de verworven inzichten in praktijk te gaan brengen, wordt de teamdag afgesloten.

c) Multidisciplinair overleg (MDO)

In het kader van het dwang- en drangproject is vanaf januari 2003 evaluatie van de bij de cliënt toegepaste dwang- en drangmaatregelen standaardonderdeel van het multidisciplinair overleg, waar elke cliënt eenmaal per half jaar wordt besproken door alle disciplines waar de cliënt mee te maken heeft. Voorafgaand is met de cliënt besproken wat zijn/haar ervaringen met dwang en drang zijn geweest in de afgelopen maanden. De uitkomsten van het MDO worden door de persoonlijk begeleider met de cliënt besproken. Zo nodig volgt aanpassing van het zorgplan. Tijdens het MDO komen behalve dwang en drang aan de orde: lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren, dagacti-

viteiten, rehabilitatie, financiën, medicatie, omgang met mede-cliënten, hoe verder? Ik ga hierna alleen in op de aspecten van dwang en drang.

Tijdens het MDO dat ik in februari 2004 (een half jaar na de hiervoor beschreven teamdagen) in het kader van mijn onderzoeksactiviteiten heb bijgewoond, kwam bij de bespreking van twee cliënten aan de orde dat verpleegkundigen verschillend omgaan met afdelingsregels en individuele afspraken. Hebben de op de teamdag gemaakte afspraken toch weinig invloed gehad op de praktijk of zijn de gewoontes te hardnekkig?

Het verbod op het gebruik van drugs en alcohol op de gesloten afdeling – wat er in principe is - wordt niet stringent toegepast. Bovendien krijgen cliënten die dit verbod overtreden verschillende sancties; de een krijgt een kamerprogramma, de ander een waarschuwing, wie gebruikt krijgt wel een sanctie (verplicht kamerprogramma), wie de drugs binnen brengt niet. Ook cliënten die geen alcohol of drugs buiten de afdeling mogen gebruiken, krijgen te maken met verschillende maatregelen. Bijvoorbeeld van de ene cliënt wordt de weigering geaccepteerd om een ademtest af te laten nemen of zijn urine te laten controleren, terwijl er wel een vermoeden is van gebruik, terwijl de andere ‘beleid’ krijgt, d.w.z. mag bij weigering niet naar buiten. Het risico van een agressieve reactie van een cliënt op de controle lijkt een rol te spelen in het afzien ervan.

De constatering van deze uiteenlopende wijze van omgaan met regels - “per dienst, per dag, per cliënt wordt er anders gehandeld” – leidt opnieuw tot de conclusie dat er serieus werk moet worden gemaakt van het eenduidig omgaan met afspraken, of dit nu op afdelingsniveau speelt of per individuele cliënt. “Terug naar heldere regels”, “Het zelfde laken een pak, voor alle cliënten”, “Maatregelen moeten worden uitgevoerd”, “Lik op stuk beleid als het om alcohol en drugs gaat”, worden bepleit. (Zie verslag teamdagen hiervoor) Veel aandacht wordt besteed aan de wijze waarop cliënten omgaan met mede-cliënten: onder druk zetten, terroriseren, andere mensen beschadigen mag niet gebeuren.

d) Interviews met cliënten van de gesloten afdeling van Sporenburg door Dorine Bauduin

Ik heb met Noël Janssen, verpleegkundige van de afdeling en lid van de projectgroep, met twee cliënten een gesprek gevoerd over de communicatie en bejegening, waar het gaat om vrijheidsbeperkingen. De cliënten bleken niet in staat om hun oordeel te verwoorden in termen van ‘verandering’ of ‘verbetering in het afgelopen jaar’, maar konden wel iets zeggen over de huidige situatie. Volgens Noël Janssen zijn, anders dan vroeger, de tijdsduur en de frequentie van vrijheidsbeperkingen (‘beleid’) afgenomen. Bovendien wordt er meer met cliënten over gesproken en wordt er door de verpleging zelf ook uitdrukkelijker nagedacht of maatregelen wel terecht zijn. Een van de cliënten bevestigt dit: zijn kamerprogramma in reactie op normoverschrijdend gedrag (bietsen van sigaretten en shag) werd teruggebracht van 48 uur naar 24 uur, toen bleek dat hij andere cliënten niet onder druk had gezet. Een andere cliënt heeft na separatie van enkele dagen wegens drugs- en alcoholgebruik, nu een kamerprogramma. Als zij dit niet volhoudt, krijgt cliënt een waarschuwing en als dat niet genoeg is, opnieuw (vrijwillige) separatie, vanwege rust voor de cliënt zelf en voor mede-cliënten. Deze maatregelen zijn opgenomen in het verpleegplan, evenals het stappenplan voor opbouwen van

vrijheden. Toen dit stappenplan niet bleek te werken, is men van houding veranderd: i.p.v. gerichtheid op het niet voldoen aan de criteria, wordt nu met name aandacht besteed aan de afspraken waaraan cliënt zich wél kan houden, zoals terugkomen naar de afdeling. Een jaar geleden zou men, volgens Noël Janssen, nog zijn blijven vasthouden aan de afgesproken maatregelen en stappen.

Cliënten bevestigen dat er over de vrijheidsbeperkingen gesproken wordt met hen en dat hun ervaringen een rol spelen.

3.3 *Conclusies over het project door de projectgroepleden van Sporenburg*

De trekkersrol

Terugblikkend hebben Yolanda Veerhuis en Noël Janssen, de trekkers van het project bij Sporenburg, hun rol als trekker verschillend ervaren. Voor Yolanda Veerhuis, unithoofd van Sporenburg, is 'trekken' van vernieuwingen onderdeel van haar taak. Zij houdt daarvan. Naar haar idee zal het thema dwang en drang op haar agenda moeten blijven staan, omdat anders de aandacht ervoor verslapt. Wel vindt zij het belangrijk steeds duidelijk te maken welke aandacht ervoor nodig is en hoe deze kan worden ingepast in de dagelijkse taken. Tot halverwege 2003 heeft de werkgroep goed gefunctioneerd; daarna is zij langzaam opgehouden te bestaan, door gebrek aan motivatie, maar ook doordat een aantal projectdoelen vast onderdeel van het dagelijks werk zijn geworden; bijvoorbeeld het zorgvuldig hanteren van de protocollen en het bespreken van dwang en drang in het MDO. Noël Janssen, verpleegkundige van de gesloten afdeling, heeft het moeilijk gevonden om op de 'werkvloer' tijd vrij te maken voor het project; het lidmaatschap van de werkgroep en de projectgroep gaf ondersteuning bij zijn trekkersrol. Hij ervaart het gesprek met collega's over dwang en drang als interessant en leuk, geanimeerd. De artikelen die vanuit de projectgroep aan hem werden toegezonden, gebruikt hij als discussiestukken met collega's.

Successen

Een succes is dat in een aantal cliëntbesprekingen de toegepaste dwang en drang standaard worden besproken. Dit betekent dat medewerkers er van tevoren over moeten nadenken. Het 'levend' houden van de gedeelde visie en het daarnaar handelen vereist voortdurende aandacht, al is men zich wel meer bewust van wat die visie inhoudt. Het inzicht dat in de dagelijkse praktijk veel drang wordt toegepast, maar dat dit niet alleen als negatief hoeft te worden bestempeld is goed doorgedrongen. Veel teamleden zijn wat dat betreft anders gaan denken. De begeleiding van de teamdag door Dorine Bauduin en haar vraagtekens bij de dagelijkse vanzelfsprekendheden, heeft in belangrijke mate bijgedragen aan deze verandering.

Knelpunten

Bij Sporenburg werken veel verschillende mensen, met veel verschillende meningen en visies. Omdat de visie van Sporenburg op dwang en drang nu duidelijk is verwoord, is het gemakkelijker om meningen die daarvan afwijken te bespreken en soms vallen de verschillen dan wel mee. Die discussie steeds opnieuw aangaan is moeilijk en vereist veel energie.

Communicatie met cliënten

Het regelmatig bespreken van de concrete toepassingen van dwang en drang bij elke cliënt in de cliënt- en behandelplanbesprekingen, heeft, zo is de indruk, tot resultaat dat eerder wordt gezocht naar alternatieven, separaties sneller worden opgeheven en minder drang wordt toegepast. 'Harde' cijfers hierover zijn niet voorhanden. Alleen 'echte' dwang (volgens BOPZ) wordt geregistreerd.

Leerpunten

Deelname aan het project heeft Yolanda Veerhuis en Noël Janssen meer kennis opgeleverd over dwang en drang. Het is hun duidelijker geworden hoe zij er in de praktijk mee omgaan en wat er kan worden verbeterd aan de communicatie erover met cliënten en met elkaar.

3.4 Conclusies vanuit onderzoekersperspectief

Het dwang- en drangproject bij Sporenburg is met name gericht (geweest) op de implementatie van kwaliteitscriteria 2 (Schenk aandacht aan ambivalente gevoelens en emoties, die inherent zijn aan dwangtoepassing), 3 (Beschouw dwang en drang in het kader van het proces van zorg), 5 (Reflecteer op het doel van ingrijpen) en 6 (Reflecteer op de middelen) (Zie voor uitgebreide formulering Berghmans e.a. 2001 en Bijlage 4).

De onderzoeksactiviteiten hebben een bijdrage geleverd aan deze implementatie door bewustwording te stimuleren van de reikwijdte van de begrippen dwang en drang, door een actieve rol te spelen bij de ontwikkeling van een gedeelde visie op dwang- en drangtoepassing en door het verslagleggen van het veranderingsproces in dit eindverslag. Het project betekent de start van een hopelijk nooit verstommende discussie over de legitimiteit en de zorgvuldigheid van dwang en drang.

Wat betreft de cultuur van het wisselend omgaan met zowel afspraken rond individuele cliënten als met afdelingsregels, lijkt het mij *wenselijk duidelijke beslissingen te nemen*. De teamleden zijn het erover eens dat het onwenselijk is dat ieder gewoon doet wat hem of haar het beste lijkt, al kunnen individuele cliënten hier baat bij hebben (zorg op maat). Anderzijds is er nogal wat weerstand tegen algemene richtsnoeren, omdat men deze als formeel en moralistisch ervaart. Welke flexibiliteit men elkaar wil toestaan in het omgaan met regels blijft in de huidige praktijk onduidelijk. Wellicht kunnen onderstaande aanbevelingen een steuntje in de rug zijn.

- Maak geen regels of afspraken als medewerkers zich er niet aan houden, noch elkaar erop aanspreken;
- Hou je aan de geldende regels en spreek af, dat als je er van afwijkt, je dit achteraf tegenover collega's, leidinggevendenden, arts, beargumenteerd moet kunnen verantwoorden;
- Let op dat regels niet in de plaats komen van directe, sociale omgang, die inhoudt dat men elkaar durft aan te spreken op storend gedrag;
- Maak alleen uitzonderingen als dit nodig is in het belang van cliënten, mede-clieënten of medewerkers (in die volgorde); beperk de uitzonderingen tot noodsituaties;

- Evalueer regelmatig gemaakte afspraken, zeker als deze individuen betreffen;
- Ga na welke regels overbodig zijn geworden, en schrap deze.

4 In gesprek met cliënten: Kliniek Intensieve Behandeling (KIB)

Casus KIB

Mogen medewerkers een cliënt verplichten om buiten fixatiemateriaal te dragen ter voorkoming van incidenten (= agressief gebruik van zijn handen)?

De argumenten zijn: de cliënt kan veiligheid niet garanderen (ziet impulsdoorbraak als iets buiten hemzelf), hij kan zo wel genieten van buiten zijn en de behandeling krijgt perspectief via aanleren van verantwoordelijkheid en langzaam opbouwen van vertrouwen. Cliënt zelf vindt de fixatie niet noodzakelijk en vindt dat zijn woord voldoende is, maar accepteert de fixatie om naar buiten te kunnen. De toepassing van de fixatie vindt plaats volgens een protocol, waarin duidelijke afspraken zijn gemaakt met de cliënt over o.a. observatiepunten en voorwaarden voor vermindering/opheffing van de fixatie.

Is dit een voorbeeld van dwang of van drang? De projectgroepleden vinden dat hier sprake is van drang, want cliënt heeft de keuze tussen: zonder fixatie op zijn kamer blijven of met fixatie naar buiten kunnen, en zolang er sprake is van keuze is geen dwang in het spel.

Verslag projectgroepvergadering 22 juli 2002

4.1 Zorgvisie

De Kliniek Intensieve behandeling is een afdeling van 24 bedden, verdeeld over 3 units, voor cliënten die in de reguliere geestelijke gezondheidszorg zijn vastgelopen door hun vaak complexe psychiatrische ziektebeelden en hun ontwrichtende gedrag. Het stagneren van de behandeling is de belangrijkste reden voor opname. Cliënten zijn bij opname vaak in crisis, zoals acute psychose, manische decompensatie, frequente agressieve impulsdoorbraken, waardoor er vaak snel gehandeld moet worden. Tevens hebben ze vaak moeite met contact, zowel met hulpverleners als met medecliënten. De belangrijkste middelen van behandeling zijn: structurerende en steunende begeleiding door middel van gesprekken, afdelingsactiviteiten, activiteitenbegeleiding, medicatie. De afdeling streeft naar terugplaatsing van de cliënten naar hun oorspronkelijke behandelsetting. Hierbij is meestal enige consultatie nodig.

Op de afdeling komen regelmatig diverse vormen van dwang en vrijheidsbeperking voor: verplicht verblijf op de kamer, die al dan niet is 'gestript' of 'veilig' gemaakt, beperking van deelname aan activiteiten buiten de afdeling, fixatie, dwangmedicatie en separatie. Ook drang komt in vele gradaties voor: van sterk aanraden, overtuigen en overreden om het gewenste gedrag te bewerkstelligen ('ik adviseer je nu naar je kamer te gaan'), tot het benoemen van (negatieve) consequenties (als..dan...) en het voorleggen van een keuze tussen twee alternatieven die beide tegen de wil van de cliënt ingaan ('of dit, anders dat'). De reacties van cliënten op beperkende maatregelen variëren van meteen akkoord gaan (vrijwilligheid), na aandrang akkoord gaan, niet akkoord gaan en zich in woord en daad verzetten. Het 'grijze gebied' tussen vrijwilligheid en dwang levert onduidelijkheid op voor medewerkers wanneer ze moeten spreken van overeenstemming, toestemming of drang. Enkele voorbeelden:

- Cliënt gaat regelmatig naar de separeer. Vooraf gaat hij nooit akkoord en verzet zich in woord of gebaar. Pas na enkele dagen geeft hij alsnog toestemming. Dwangbehandeling is gemeld;
- Cliënt zit langdurig in kamerprogramma (met eigen spullen), met deur op slot. Cliënt verzet zich niet, maar vindt het zelf niet nodig om altijd op zijn kamer te moeten zitten. Er is hem geen keus geboden. Dit wordt niet gezien als dwangbehandeling omdat het geen afzonderingskamer is en de cliënt zich niet verzet.

(Discussiestuk KIB over drang)

Zoals in het verslag van de voorbereidingsfase van het dwang- en drangproject is beschreven, vindt het merendeel van de KIB-medewerkers dat de beslissing om dwang toe te passen weloverwogen en in consensus wordt genomen, maar dat de dwangtoepassing onvoldoende wordt nabesproken met cliënten. Geen overeenstemming hebben met cliënten over de vrijheidsbeperkingen wordt wisselend ervaren. De meesten vinden dat er aan de huidige cultuur wel een en ander kan worden veranderd. Belangrijke motto's in de begeleiding zijn: spanningen bij cliënten vroegtijdig signaleren en escalatie voorkomen. Ten tweede wordt, om crises zo veel mogelijk te bezweren veel gebruik gemaakt van standaardinterventies en – regels. Zo worden (te) snel verantwoordelijkheden van cliënten overgenomen en spreekt men hen vrij snel directief aan.

Enkele voorbeelden van standaardinterventies:

- 2x correctie van ongewenst gedrag = waarschuwing; 2x waarschuwing = time out; 2x time out = kamerprogramma ; het kamerprogramma kan worden opgeheven na reconstructie van het voorgaande en via een verzoekje aan het ochtendrapport;
- De eerste drie weken van opname (observatieperiode) hebben cliënten geen vrijheden buiten de kliniek;
- Standaard kamerprogramma, met vaste bezoektijden, afgesloten deur en soms standaard uitbreidingscriteria.

Een derde motto is: streef naar voorspelbaarheid, d.w.z. leg zoveel mogelijk vast in het verpleegplan en handel volgens de daarin vastgelegde afspraken. Deze motto's hebben voordelen: vroeg interveniëren betekent het voorkomen van agressie en impulsdoorbraken, standaard interventies stellen je in staat snel te handelen, want er is geen overleg nodig, het werken met fasenplannen voor inkrimping en uitbreiding van vrijheden geeft overzicht en duidelijkheid voor verpleegkundigen. Er zijn echter ook nadelen aan verbonden, met name voor cliënten. Het belangrijkste nadeel is dat cliënten niet tot onvoldoende worden betrokken bij het bepalen wat voor hun persoonlijke situatie wenselijke en begrijpelijke interventies zijn. Het standaard hanteren van interventies en fasenplannen voor vrijheidsbeperkingen bevorderen weliswaar de snelheid van werken, maar houden weinig rekening met de interactie tussen verpleegkundigen en cliënten in een specifieke situatie, noch met de verbetering van de onderlinge samenwerking.

Een ander in het oog springend kenmerk van de cultuur is dat cliënten hun vrijheden moeten verdienen in plaats van dat ze vrijheden hebben en die kunnen kwijtraken door agressief of ernstig storend gedrag. Geleidelijk is bij

medewerkers het inzicht gegroeid dat het niet nodig en ook niet verantwoord is dat alle cliënten bij opname beginnen met zo veel mogelijk rust, een prikkelarme omgeving, weinig verantwoordelijkheden en vrijheden. Sommigen beginnen bij 'stand nul', d.w.z. in de separeer, met scheurkieren, geen douche, geen boeken of tijdschriften, geen rookwaar, en kunnen vanuit deze uitgangspositie langzaam vrijheden opbouwen. Hoewel duidelijk, veilig en overzichtelijk, is deze standaardaanpak onaanvaardbaar vanuit cliëntenperspectief: cliënten hebben weinig in te brengen, het team bepaalt de uitbreidingscriteria en beslist wat goede samenwerking inhoudt en of cliënten meer vrijheden 'verdiene' (Introductie Minco Ruiter e.a. KIB-bijeenkomst 2.7.2003).

Projectdoelen

Om deze ingesleten werkwijzen te doorbreken en cliënten meer te betrekken bij hun eigen herstelproces, heeft de KIB dan ook de volgende projectdoelen gekozen: ontwikkeling naar zorg op maat en verbetering van de inzichtelijkheid voor cliënten van de behandelings(lijn) waarmee hij te maken heeft. Daar deze uitgebreid staat genoteerd in het individuele verpleegplan, wil men *het verpleegplan nadrukkelijk gebruiken als instrument om de samenwerking te verbeteren tussen persoonlijk begeleider (pb-er, team) en cliënt, met name waar het gaat om het bespreken van beperkende maatregelen: meer individueel gericht, minder volgens standaardregels en meer samen met de cliënt.* Het uitgangspunt wat betreft rechten en vrijheden moet zijn: 'een cliënt heeft alle rechten en vrijheden, tenzij er goede redenen zijn om deze te beperken'. Dit algemene doel is uitgewerkt in een twaalfstal subdoelen (zie uitgebreide beschrijving projectplan KIB in de Bijlagen van dit verslag).

Unit 6.0 wordt aangewezen als de trekker van het project voor de KIB en wordt ook gevolgd en ondersteund door onderzoek. Aan het eind van 2003, na vaststelling van het projectplan, is, gezien het belang van de beoogde verbeteringen, besloten om de doelstellingen van het dwang en drangproject onderdeel te maken van het jaarplan 2003 KIB, en dus ook de andere twee units bij de uitvoering te betrekken.

Daar het omgaan met de individuele verpleeg- en behandelplannen centraal staat in het projectplan van de KIB, wordt hierna kort ingegaan op de voornaamste kernmerken van deze plannen.

4.2 Behandelplan en verpleegplan

Bij binnenkomst worden voor en met iedere cliënt een behandelplan en verpleegplan opgesteld. Het *behandelplan*, dat eenmaal per 8 weken wordt bijgesteld, bevat een omschrijving van de problemen, de diagnose en, indien van toepassing, het risico van gevaar. In de rubriek 'doelen en middelen' staat omschreven wat men op korte en lange termijn probeert te bereiken, bijvoorbeeld: veilige en betrouwbare samenwerking, signaleringsplan, optimalisering van de medicatie, opsommen van de interventies die het beste helpen, zoals structuur en begrenzing, de gewenste attitude van de verpleging, zoals spiegelen van gedrag en binnen de gestelde grenzen bepaalt cliënt zelf wat hij doet. Ten slotte staat vermeld welke (beperkende) maatregelen zullen worden genomen bij bijvoorbeeld automutilatie, suïcidegevaar, of risico van agressie. Het behandelplan eindigt onder het kopje 'overeenstemming' met het ak-

koord van de behandelaar en van de cliënt. Dit laatste garandeert dat de cliënt over de inhoud van het behandelplan is geïnformeerd.

Het verpleegplan bevat de probleemdefinitie (bijvoorbeeld; cliënt geeft niet op tijd gevoelens van spanningen aan, zet deze om in boosheid die hij tegen zichzelf richt), de oorzaken daarvan (etiologie; bijvoorbeeld bang om afgewezen te worden) en de symptomen (bijvoorbeeld niet meer eten, zweten, trillen). Vervolgens wordt de doelstelling omschreven en de interventies om die te bereiken; bijvoorbeeld: cliënt maakt gevoelens tijdig bespreekbaar en komt met behulp van zijn signaleringsplan tot oplossingen om de spanningen beter te kunnen hanteren. Onder het kopje 'interventies' staat beschreven welke ondersteuning verpleegkundigen daarbij bieden en wanneer zij het zoeken naar oplossingen van de cliënt overnemen. Sommige cliënten hebben een zogenaamd *signaleringsplan*; dit is een in fasen ingedeeld overzicht van enerzijds in ernst oplopende 'signalen', gevoelens en gedragingen, waaraan de cliënt en de verpleging merken dat er wat aan de hand is, bijvoorbeeld onrust, angst, controleverlies, paniekaanvallen, en anderzijds mogelijke oplossingen voor deze problematische situaties. Deze interventies kan de cliënt zelf uitvoeren of hij kan daarvoor de ondersteuning van de verpleging inroepen. Het streven is dat met alle cliënten een signaleringsplan wordt opgesteld. Daarnaast bestaat het *Stappenplan* dat de verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen beschrijft die voor een cliënt in een bepaalde periode gelden, van stap 0 (klassieke separatie) naar stap 9 (rusttijdenprogramma). Cliënten gaan een stap terug als zij de verworven vrijheden niet kunnen hanteren, volgens het oordeel van de verpleging of wanneer zij hier zelf om vragen.

4.3 Projectactiviteiten KIB

Het projectplan betekent voor KIB-medewerkers een aanpassing van hun werkwijze. De activiteiten zijn achtereenvolgens:

- Elk verpleegplan opnieuw bespreken met cliënten en zonodig aanpassen. Voor deze besprekingen is een checklist van aandachtspunten opgesteld door de Werkgroep dwang en drang van de KIB. (Zie bijlage 2). De voornaamste aandachtspunten zijn: leg de cliënt inhoud en functie van het verpleegplan uit, pas de principes van PES (Probleem, Etiologie en Symptomen) en RUMBA (d.w.z. relevant, begrijpelijk (understandable), meetbaar, gedrag (behaviour), haalbaar (attainable)) toe, gebruik formuleringen van cliënten zelf en geef de cliënt ruimte om een inbreng te hebben, probeer zo concreet en duidelijk mogelijk te zijn, ook waar het vrijheidsbeperkingen betreft, streef naar overeenstemming met de cliënt door met hem te onderhandelen, en eindig met de vermelding of het plan samen met de cliënt is opgesteld;
- De verpleegplannen worden besproken tijdens de cliëntenbesprekingen aan de hand van een checklist; bekeken wordt o.a. in hoeverre cliënten hebben voldaan aan de criteria om meer vrijheden te krijgen en in hoeverre bijstelling nodig is van de afspraken met cliënten (zie KIB checklists, in bijlage 2);
- Voor- en nabespreking van de behandelplan- en verpleegplanbesprekingen door de pb-er met zijn/haar cliënten, o.a. met behulp van een interview met vaste vraagpunten (zie KIB checklists, in bijlage 2);

- De afspraken over vrijheidsbeperkingen worden allemaal met de cliënt besproken, zodat deze goed is geïnformeerd over de inhoud ervan en de voorwaarden.

De werkgroep dwang en drang, waaraan ook cliënten hebben deelgenomen – al of niet begeleid door de cliënt-ondersteuner - heeft deze activiteiten op de rails gezet en bijeenkomsten georganiseerd om ook de andere medewerkers van de KIB-units enthousiast te maken en te betrekken. Ook zijn in december 2003 de cliënten op een duidelijke manier, met voorbeelden van mogelijke veranderingen, geïnformeerd over de doelstellingen van het project binnen de KIB en de wijze waarop men deze wil bereiken.

4.4 Onderzoeksactiviteiten

a) 'Dag meelopen': observaties van een buitenstaander

Tijdens mijn dag meelopen bij unit 6.0 van de KIB, zijn mij wat betreft de toepassing van dwang en drang de volgende elementen opgevallen.

Dwangmaatregelen

- Van alle vrijheidsbeperkingen staat vast hoe lang ze duren, welke uitbreidingen mogelijk zijn en wat je moet doen voor uitbreiding;
- Afzonderings kamerprogramma : bejegening van cliënt met kamerprogramma gebeurt volgens protocol. Er is een voorgedrukt *programma (gestripte) afzonderingskamer*, waarop vermeld de reden en het doel van het programma en tijden van bezoek, de zgn 'contactmomenten' (individueel aan te passen). Dit A-4 eindigt met de aanduiding of het programma wel/niet in overleg is opgesteld en wel/niet instemming heeft. Een voorbeeld: de dagbegeleider brengt, samen met een collega (regiem: 'tweepersons-benadering') eten, maakt een praatje, haalt hem op voor wandeling buiten met vastgebonden handen, maakt lunch klaar volgens wensen van de cliënt. De 'contactmomenten' duren erg kort, de verpleegkundigen blijven bij de deur staan, de cliënt zit op bed, en de deur gaat pas open nadat is gecheckt of de cliënt 'veilig' is, d.w.z. op zijn bed zit met een poef voor zijn benen. Tijdens het wandelen is het wel gelukt om een wat ontspannen praatje te hebben. Alleen zijn ouders gaan wel zitten als ze bij hem op bezoek zijn. De verpleegkundigen blijven staan.

Ethisch probleem m.i.: hoe kan deze cliënt ooit van het kamerprogramma afkomen, waartoe besloten is na drie (ernstige) incidenten, waarbij hij agressief was en met zijn vingers in de ogen van een ander priemde. Hoewel hij zich nu houdt aan de veiligheidsafspraken, is de enige uitbreiding sinds een jaar het met vastgebonden handen onder begeleiding buitenlopen. Hoe kan hij bewijzen veilig te zijn als hij nooit met anderen kan oefenen?

- **Drang:** niet veel van gezien/meegemaakt tijdens deze dag meelopen. Er is – maar ik heb maar één dag meegelopen – behoorlijk wat druk op 'meewerken', dan pas kun je vrijheden verdienen. Vragen van mij als buitenstaander: Zijn de regels onderhandelbaar? Individueel onderhandelbaar? Worden vrijheden makkelijk weer afgenomen?

- Structuur bieden via strakke tijdsindeling: Verpleegkundigen hanteren voor de cliënten van wie zij op een dag de begeleider zijn (twee per verpleegkundige) vooraf vastgestelde tijdstippen voor bijvoorbeeld eten brengen, wandelen, verblijf op de afdeling, rustmomenten, verzoeken voor meer vrijheden (bijv. 'vrij wandelen') moeten cliënten indienen vóór het aflopen van de dagdienst, anders moet je wachten tot een volgende keer e.d. Cliënten kunnen niet zomaar hun eigen dagindeling veranderen; dagindelingen behoren tot de 'afspraken'. Dezelfde striktheid geldt voor kamerprogramma's, programma afzonderingskamer, contactmomenten met degenen die een dergelijk programma hebben.
- **Taalgebruik**
 - Men spreekt van patiënten en niet van cliënten;
 - Elk tijdseenheid heet 'moment', ongeacht de duur en ongeacht de inhoud! Bijvoorbeeld: contactmomenten, rustmomenten, afdelingsmomenten, ingrijpmomenten. Wie wat voor momenten op een dag heeft weet de dagbegeleiding en weet cliënt zelf. Ordening via tijdsindeling;
 - Bewegingsvrijheid betekent: bewegen in en om de instelling; verlof: vrijheid om buiten de kliniek te lopen, bijv. sigaretten kopen;
 - Samenwerken is: je aan de afspraken en regels houden?

b) 'Onderhandelen (z)onder dwang'

Op 2 juli 2003 houden medewerkers van de drie KIB-units, op initiatief van de werkgroep, een bijeenkomst over het project dwang en drang als voorbereiding op uitvoering van de nieuwe werkwijzen met de checklist verpleegplan en checklist cliëntenbespreking op alle units. Aanwezig zijn de clustermanager, de unit-hoofden en per unit enkele medewerkers. Ter inleiding zet Minco Ruiters, een actief projectgroep- en werkgroeplid, kort uiteen wat de doelen van de KIB zijn. Hij formuleert het als: behouden wat goed gaat, verbeteren wat beter kan. De checklists zijn een hulpmiddel om het gesprek en de samenwerking met de cliënten op gang te brengen; een handtekening van de cliënt is geen must.

Mijn rol tijdens de bespreking is te verhelderen en concretiseren waar nodig, bijv. waar het machtsverschillen betreft, inherent aan de behandelsetting.

In de relatie met cliënten moet zoveel mogelijk worden gestreefd naar *onderhandeling*: samen nagaan wat de problemen zijn en kiezen voor oplossingen waarbij beiden iets winnen. Hierbij is van belang dat hulpverleners zich inspannen om te achterhalen wat de cliënt werkelijk wil en hem ondersteunen bij het tot uitdrukking brengen van wat voor hem belangrijk is. Soms kan 'vechten' nodig zijn om verder te komen. Het meest wenselijke is dat hulpverlener en cliënt *samenwerken* om de verpleegdoelen te bereiken, door van de kant van de cliënt tijdig te laten merken welke ondersteuning en hulp hij nodig heeft en van de kant van de hulpverlener oog te hebben voor de individuele noden van cliënten en daar met een individueel aanbod op te reageren. Men hoopt en verwacht dat door samenwerking de toepassing van dwang zal verminderen. Bij de bespreking van het verpleegplan zal het door de goedmoedigheid van de cliënt lang niet altijd mogelijk zijn alle onderdelen te

bespreken, maar 'beter iets, dan niets' en 'streef naar gelijkwaardigheid' zijn de adviezen van degenen die al meer ervaring hebben opgedaan. Probeer tot de kern te komen van zijn probleem en herkenningpunten te verzamelen voor het signaleringsplan.

De hulpverlener heeft meer macht: niet alleen wettelijke macht (veel cliënten zijn met een rechterlijke machtiging opgenomen) en deskundigheidsmacht waar het psychiatrische symptomen en de begeleiding daarvan, maar ook sanctiemacht. Als de cliënt zich niet aan de afspraken houdt m.b.t. zijn vrijheidsbeperkingen, dus zich niet gedraagt zoals afgesproken, dan kan de hulpverlener zijn vrijheden verder inperken, conform het stappenplan. En omgekeerd kan de hulpverlener de vrijheden van cliënten uitbreiden. Dat er sprake is van machtsverschillen tussen hulpverleners en cliënten kan niet worden ontkend; cliënten zijn in veel opzichten afhankelijk van hulpverleners, maar dit hoeft nog niet te betekenen dat hulpverleners misbruik maken van hun macht. Het gaat erom dat zij de redenen voor het gebruik van hun macht rechtvaardigen, niet alleen tegenover collega's, maar ook tegenover cliënten. Men onderkent dat ervaring met gesprekstechnieken een voorwaarde is om de invoering van de nieuwe werkwijzen te laten slagen. Een ander hulpmiddel kan zijn onderling ervaringen en tips uit te wisselen met het bespreken van verpleegplannen.

Aan het slot van de bijeenkomst komt een regelmatig terugkerende paradox op tafel, die belemmerend werkt op een enthousiaste en energieke start:

- Het project kan niet echt op gang komen op alle units omdat eerst moet worden voldaan aan de voorwaarden op het gebied van informatievoorziening, deskundigheidsbevordering, voldoende personele bezetting;
- Het project hoeft niet echt op gang te komen op alle units, omdat onderhandeling met cliënten en verbetering van de samenwerking geen nieuwe doelen zijn, maar al lang onderdeel van de officiële werkwijzen; dat het niet eenvoudig is ze toe te passen, wil nog niet zeggen dat er een nieuw project van moet worden gemaakt.

De werkgroepleden voelen haarfijn aan hoe sterk het verlamme effect is van deze argumentaties. Reden te meer om de invoering van het gebruik van checklists over te dragen aan het management.

c) Deelname aan de werkgroepbijeenkomsten

De KIB werkgroep dwang en drang heeft in wisselende samenstelling, maar met een vaste kerngroep, haar bijeenkomsten voortgezet tot eind 2003, toen de projectdoelstellingen onderdelen waren geworden van vast beleid van de KIB. In de regel is de werkgroep ondersteund door de projectleider van het dwang- en drangproject van de Meren.

Ik ben als onderzoeker via de verslagen van de bijeenkomsten geïnformeerd over de voortgang. Opvallend waren: de vasthoudendheid van de leden om het project ingang te doen vinden (ondanks tegenslagen zoals een nauwelijks bezochte kliniekmiddag), de grote inzet om bruikbare instrumenten te ontwikkelen voor de nieuwe werkwijze (de zgn checklists), de grote hoeveelheid tijd en energie die is gestoken in het betrekken van alle teamleden, de vele pogingen ook andere disciplines, zoals de psychiater, erbij te betrekken, het omzetten van project naar afdelingsbeleid, de aandacht voor de evaluaties van

de voortgang. Ik ben actief betrokken geweest bij het maken van de tussenevaluatie, de informatie-bijeenkomst voor alle KIB-teamleden (zie hiervoor) en het opstellen van een plan voor scholing in verband met een andere wijze van omgaan met het verpleegplan.

d) Interviews met cliënten KIB door Dorine Bauduin

Als afsluiting van het onderzoek naar het project dwang & drang bij de KIB heb ik een gesprek gevoerd met vier cliënten.

Gespreksonderwerpen waren: hoe staat het met (de verbetering van) hun inspraak, hoe verloopt de communicatie tussen verpleging en cliënten, of de verpleging zich inspant het perspectief van cliënten te begrijpen. Of cliënten in de communicatie veranderingen hebben geconstateerd het laatste jaar, kunnen ze meestal moeilijk aangeven, o.a. vanwege te korte verblijfsduur. De verbeteringen kunnen niet zonder meer worden toegeschreven aan het project dwang en drang. Er zijn m.i. wel sterke aanwijzingen dat er een verband bestaat.

Drie cliënten waren over het algemeen vrij positief over hun verblijf en over de communicatie en bejegening; één andere cliënt beschrijft de afdeling als een ‘middeleeuws systeem waar voortdurend met straffen wordt gewerkt’.

Enkele algemene (kritische) opmerkingen van de cliënten

Het systeem of regiem wordt als dwingend en onontkoombaar ervaren: er kan niet worden getornd aan het tijdstip voor het inleveren van verzoeken om uitbreiding van vrijheden, het stappenplan wordt in de regel strikt aangehouden, elke uitbreiding (bijv. bij gestripte kamer voor meubilair) moet je aanvragen, de opbouw van vrijheden gaat erg langzaam, bij opname kom je meteen in de separeer terecht zonder enige vrijheid.

Van sommige afdelingsregels zien de cliënten de redelijkheid in, maar men vindt ze toch vervelend: bijvoorbeeld altijd rekening moeten houden met anderen, beperkingen voor tv kijken of voor tv-programma's, maar één koekje, altijd over leuke dingen moeten praten, verzoeken tussendoor mogen alleen over medicijnen gaan, “je mag bij kamerprogramma alleen bellen als je bijna dood bent, als er iets ernstigs is, niet als je gewoon iets vergeten bent te zeggen bij de contactmomenten”. De afdelingsregels worden strikt toegepast en je hebt er geen enkele inspraak op; “zo en niet anders”. Het zou ook wel eens wat soepeler kunnen. Bij alles staat de eigen veiligheid van de verpleging voorop.

Het oordeel van cliënten over hun *inspraak* en over de *pogingen van verpleegkundigen om hun ervaringen met communicatie en bejegening, waar het vrijheidsbeperkingen betreft, te achterhalen:*

- “Bij het opstellen van het verpleegplan is me gevraagd zelf te beginnen met het formuleren van de problemen, mijn doel, enz.; ik heb het daarna samen met mijn pb-er afgemaakt; om zelf te moeten beginnen vond ik prettig, maar ook moeilijk”;
- “Over het verpleegplan is veel overleg: mij is gevraagd wat ik als mijn problemen zie en daarna heeft de verpleging gezegd wat zij zien als mijn grootste problemen; het stappenplan is voor mij gemaakt; daarna is me

- gevraagd of ik het ermee eens was; het waarom van de (kleine) stappen is me goed uitgelegd”;
- “Bij het uitvoeren van het stappenplan (voor uitbreiding en inkrimping van vrijheden) kan ik zelf alternatieven inbrengen; hier wordt naar geluisterd”;
 - “Mijn indruk is dat de verpleging beter haar best doet om de kant van de cliënt te zien”;
 - Het criterium voor uitbreiding van vrijheden is ‘dat het goed is gegaan’. Over de beoordeling kan gepraat worden; soms is sprake van een verschil van mening; dan krijgt het oordeel van de verpleging voorrang;
 - “Duidelijk is dat de verpleging de baas is: dat merk je de hele tijd. De verpleging beslist over je verzoeken tot uitbreiding, dus daarvan ben je altijd afhankelijk”;
 - “Het is een nare ervaring dat er eerder geloof wordt gehecht aan wat er in een dagrapport staat dan aan wat de cliënt zelf zegt. Als je daar dan terecht boos over wordt, wordt de opbouw van afdelingsmomenten gestopt. Dit is gelukkig rechtgezet want ik ben het liefst onder de mensen”;
 - “In het begin is er veel van me overgenomen, nu merk ik een langzame opbouw van eigen verantwoordelijkheden”;
 - “Ze zeggen te begrijpen hoe ik het ervaar dat ik steeds weer terugval en mijn vrijheden zo langzaam opnieuw moet opbouwen, met zulke kleine stapjes; ik wil zelf liever grotere stappen, maar ze zeggen dat ik dat niet aan kan”;
 - “Waar ik het niet mee eens was in het verpleegplan is op een apart papier gezet en bijgevoegd. Het stappenplan heb ik kunnen lezen.”

Het oordeel van cliënten over *de communicatie*:

- De indruk is dat de verpleging het laatste half jaar beter hun best doet om het gesprek op gang te houden;
- Op ‘gewone’ reacties van cliënten op situaties, bijvoorbeeld terechte boosheid, wordt al snel gereageerd met ‘o jee’, terwijl de reactie van de cliënt voor hem zelf heel gewoon en adequaat is. Boze ogen en harde toon mogen niet. De verpleegkundigen worden meteen bang bij stemverheffing;
- Afhankelijk van de sympathie voor je pb-er, is er makkelijker of minder makkelijk contact;
- “Op mijn vraag om de stappen wat groter te maken en minder geleidelijk, bijvoorbeeld een weekend naar huis, krijg ik als antwoord: nog niet aan de orde. Over die uitleg ben ik dubbel: ik kan het wel begrijpen, maar heb enorme behoefte aan een andere omgeving.”

Gevraagd naar hun *wensen voor verandering*, antwoorden cliënten:

- Cliënten niet zo gauw naar hun kamer sturen;
- Mensen niet als kleine kinderen behandelen door overal commentaar op te hebben en overal iets over te zeggen; cliënten zijn volwassenen, wier vragen en wensen je serieus moet nemen.

4.5 Conclusies over het project door de projectgroepleden van de KIB

De trekkersrol

Sally Timmermans (unithoofd 6.0, lid projectgroep en lid werkgroep KIB) houdt van een trekkersrol; het trekken is ook onderdeel van haar dagelijkse takenpakket. Minco Ruiter (eveneens projectgroep- en werkgroeplid) is zeer gegrepen geraakt door het thema en heeft zitting genomen in de BOPZ-commissie, afdeling KIB. Bij veel activiteiten heeft hij, samen met enkele collega's, het voortouw genomen. Hij heeft zich intensief ingezet voor toepassing van de verbeteringen en zal dit zeker blijven doen. Zonder trekkers lukken dergelijke projecten niet is hun mening. Op de eigen afdeling lukt het nog wel om er aandacht voor te krijgen, maar om het hele cluster, dus alle drie units, mee te krijgen is een behoorlijke klus. Het is ook moeilijk daar de tijd voor te vinden. Het project vraagt eigenlijk nog steeds om een trekker omdat de invoering van de nieuwe werkwijzen nog niet overal zijn beslag heeft gekregen.

Successen

De aandacht voor de inbreng van cliënten in de besprekingen van het verpleegplan en behandelplan is aardig verankerd, mede door het ontwikkelen van checklists die daarbij behulpzaam zijn. Het is ook steeds gewoner dat collega's er bij elkaar naar vragen. De Forensisch psychiatrische kliniek (nb in hetzelfde gebouw gehuisvest en oorspronkelijk ook deelnemende afdeling) heeft inmiddels interesse getoond voor de ontwikkelde instrumenten voor eigen gebruik.

Knelpunten

De wisselende samenstelling van de teams en de wisselingen in de cliëntengroepen vertragen het proces van invoering. Welke de overige knelpunten zijn, is nog niet precies te benoemen; ze hebben te maken met de rol van de werkgroep (misschien de alibi-functie, m.a.w. 'de werkgroep is met het project bezig, dus het project loopt') en met de communicatie met de lijn.

Verbetering van de bejegening van cliënten

De projectgroepleden constateren een verbetering van de communicatie met cliënten: er wordt bewuster met vrijheidsbeperkingen omgegaan, soms worden ze bekort en ook wordt geprobeerd creatiever te zoeken naar alternatieven voor vrijheidsbeperkingen.

Leerpunten

Sally Timmermans en Minco Ruiter vinden dat hun eigen bewustwordingsproces rondom de toepassing van dwang en drang goed op gang is gekomen ('het wordt geen routine meer'). Wat inspirerend was, tijdens de projectgroepvergaderingen bijvoorbeeld, is de informatie over hoe andere onderdelen van de Meren reilen en zeilen. Het noodzakelijkerwijs overdragen van het trekkerschap tijdens haar zwangerschapsverlof vond Sally Timmermans jammer, gezien haar betrokkenheid bij het thema.

4.6 Conclusies vanuit onderzoekersperspectief

Bij de KIB is met name aandacht besteed aan de kwaliteitscriteria 3 (dwang- en drangmaatregelen zijn alleen gerechtvaardigd als ze onderdeel uitmaken van het hulpverleningsproces, 4 (de bejegening moet respectvol zijn), 5 en 6 (als je dwang of drang toepast moet je je afvragen waarom je dit doet en of je het minst beperkende middel kiest), 7 (overleg van te voren met cliënten over evt. beperkende maatregelen en de gevolgen daarvan en bespreek deze maatregelen ook altijd achteraf).

Naar mijn indruk wordt er actief aandacht besteed aan de verbetering van de communicatie met cliënten, aan het zoeken naar de minst beperkende vrijheidsbeperkingen en wordt de inbreng van cliënten serieus genomen. De oude werkwijzen zijn hardnekkig; bovendien hebben de verpleegkundigen te maken met een cliëntengroep die ernstige problemen heeft en die lang niet altijd feitelijk in staat is voldoende concentratie op te brengen of voldoende verbale bagage hebben om hun kant van de zaak te belichten. Er is wel steeds meer oog voor dat deze vermogens sterk wisselen in de tijd, dus dat herhaaldelijk proberen tot resultaat kan leiden.

Het feit dat op de KIB enthousiaste trekkers waren (zie hiervoor) heeft zeker bijgedragen aan de veranderingen. Ook hun oog voor de noodzaak van organisatorische inbedding en het betrekken van de lijn zijn cruciale momenten geweest voor de implementatie. Als op een gegeven moment de leiding zich niet pal schaaft achter dergelijke doelstellingen, is het risico groot dat zo'n project een van de vele vernieuwingen wordt die wel belangrijk zijn, maar te veel inzet en tijd vergen om realiteit te worden in de dagelijkse praktijk. Een ander bevorderend element is dat gebruik wordt gemaakt van duidelijke instrumenten (de checklists), wat een check op het experimenteren en oefenen met vernieuwingen mogelijk maakt.

5 Wederzijdse feedback: Sociaal-psychiatrisch Dienstencentrum (SPDC ZO)

Een man, zonder voorgeschiedenis in de psychiatrie, vereenzaamd, boos en ontheemd, is met IBS na een suïcidepoging opgenomen. Hij heeft contact met aliens. Bij opname gedraagt hij zich beheerst, vriendelijk maar is suïcidaal. De heer loopt weg, wordt teruggehaald en gesepareerd en is daarna nog bozer. Hij krijgt geen medicatie, maar wel de aanzegging: “als u opnieuw wegloopt, krijgt u wel medicatie en als u medicatie weigert, wordt u gesepareerd.” Kortom: slikken of prikken (conform art. 39 BOPZ). Is dit een voorbeeld van dwang of drang?

5.1 Zorgvisie

Het SPDC-ZO is een gesloten opnameafdeling, die poliklinische of (dag)klinische zorg biedt aan volwassenen. De afdeling heeft ook een opname-functie voor de regio Zuidoost. Er zijn tien bedden en twee separeerkamers. Bij de behandeling betrokken disciplines zijn: psychiaters, arts-assistenten, verpleegkundigen, psychomotore therapeut, ergotherapeut en maatschappelijk werk. De cliënten beschikken elk over eigen kamer, er is een binnentuin, een gemeenschappelijke ruimte voor cliënten die vrijheden hebben. Van drie kamers kan ook van buiten de deur worden afgesloten. De afdeling streeft naar overplaatsing naar de open afdeling van het SPDC of naar overplaatsing naar andere behandelsettings.

Dwangtoepassing vindt plaats in de vorm van separatie (variërend van een dag tot enkele maanden) en dwangmedicatie. Andere vormen van vrijheidsbeperking zijn: verplicht verblijf op de eigen kamer, rustprogramma, beleid voor medicatie, verbod om naar buiten te gaan of om mee te doen aan dagactiviteiten. Verder komen allerlei vormen van drang voor.

Bij de besluitvorming rond de toepassing van de dwangmaatregel wordt door het team een aantal aspecten gewogen:

- Het gevaar dat de cliënt vormt voor zichzelf en voor anderen;
- Het gedrag en de conditie van de cliënt, de mate van contact en communicatie, en gevaarlijke situaties uit het verleden met de cliënt;
- De noodzaak van een dwangmaatregel en mogelijke alternatieven, evenals nadelige gevolgen van de dwangmaatregel (Projectplan SPDC ZO).

Zoals in het verslag van de voorbereidingsfase staat beschreven, vinden de verpleegkundigen het problematisch dat de besluitvorming vaak (te) langzaam is. Een aantal verpleegkundigen geeft aan dat zij niet altijd voldoende bij de beslissing voor (de)separatie worden betrokken, en dat dat eveneens geldt voor de cliënt. De belangrijkste negatieve gevolgen daarvan zijn een verslechtering van de werkrelatie met de cliënt, maar ook splitsing van het team. Bijna alle respondenten vinden dat er onvoldoende wordt nabesproken met de cliënt. Hierdoor is de kans groot dat steeds dezelfde 'fouten' worden gemaakt en dat het team de kans mist om te leren van ervaringen. Probleem is ook dat er onnodig wordt gesepareerd en niet snel genoeg gedesepareerd, bijvoorbeeld als er meer wordt gezocht naar alternatieven en creatiever wordt omgegaan met reacties van cliënten. Twee voorbeelden:

Een cliënt van SPDC ZO krijgt niet de sigaret die hem is beloofd. Hij wordt kwaad en schopt een kast in elkaar. Daarna bleek er goed met hem te praten: afgesproken is dat hij de reparatie van de kast betaalt. Separatie was niet nodig.

Een cliënt is tweemaal gesepareerd en daarna gedesepareerd zonder een stappenplan of analyse van wat er de keer ervoor is gebeurd.

Met de bedoeling in deze situatie verbetering te brengen, kiest de werkgroep SPDC ZO de volgende *projectdoelstellingen*:

- Samenwerking en het contact met de cliënt bevorderen door uitwisseling van ervaringen over de toepassing van dwang;
- De verwerking van de dwangmaatregel bij de cliënt bevorderen;
- Bewustwording bij medewerkers (verpleegkundigen) stimuleren door (nogmaals) stil te staan bij het waarom en hoe van de toepassing van de dwangmaatregel, de communicatie tijdens die toepassing (waren we vooraf, tijdens en bij de beëindiging duidelijk genoeg) en de ervaringen van de cliënt ervan (was de uitvoering correct, hoe was de samenwerking met / het overleg met / de inspraak van de cliënt?);
- Leren van de feedback van de cliënt (kan het zorgvuldiger? zijn er alternatieven?) en overeenstemming in het team bevorderen (ook over de duur en beëindiging van de dwangmaatregel) door terugkoppeling van de nabespreking in het team.

Kern van het project is de systematische nabespreking met cliënten van dwangmaatregelen, als middel om deze doelstellingen te bereiken. Besloten wordt om te beginnen met het nabespreken van elke separatie aan de hand van een checklist waarin zowel vanuit het perspectief van de cliënt als dat van de verpleegkundige op de separatie wordt teruggekeken. Een bij de separatie betrokken verpleegkundige legt in de dagen erna uit aan de cliënt dat nabespreking wenselijk is. Op de dag dat de nabespreking plaatsvindt kan de cliënt aangeven of hij/zij dat wil. Na afloop wordt de inhoud van de nabespreking bij de dienstoverdracht en in de cliëntenbespreking aan de overige teamleden teruggekoppeld. Eventueel zullen later ook andere dwangmaatregelen worden nabesproken.

5.2 Onderzoeksactiviteiten

a) 'Dag meelopen': observaties van een buitenstaander

Tijdens mijn 'dag meelopen' op de gesloten afdeling van SPDC ZO zijn mij wat dwang en drang betreft de volgende elementen opgevallen.

Met het oog op de *veiligheid* hebben alle verpleegkundigen een sleutel van de afdeling en een pieper. Op het bord in de verpleegkundigenkamer staan de namen vermeld van degenen die dienst hebben en welke cliënten zij die dienst begeleiden. Het bevat ook de vermelding achter de naam van de cliënten of ze met een RM of IBS zijn opgenomen. Bij allen is het een of het ander het geval. Ook staat vermeld welke categorie vrijheden ze hebben en of ze deelnemen aan PMT (psychomotore therapie).

Vrijheden

Het schema van vrijheden is als volgt: 0: vrijheden; 1: vrijheden onder begeleiding; 2: vrijheden op afspraak binnen kliniek; 3: vrijheden op afspraak buiten kliniek. Een cliënt heeft een rustprogramma wat betekent dat hij vaste uren op zijn kamer doorbrengt. Een andere cliënt heeft het zogenaamde 'bij weigeren van slikken, dan prikken'- beleid voor medicatie. Vandaag kiest cliënte voor slikken, hoewel ze de medicatie niet wil omdat ze er zo slaperig van wordt.

Cliënten mogen onbeperkt telefoneren (liefst op eigen mobiel, maar kan ook op kosten van de zaak), tenzij er voor hen persoonlijk maatregelen of restricties gelden, zoals voor de cliënt in separeer: deze mag alleen met familie bellen op gezette tijden.

Separeerbezoek

De sinds 1 week in de separeer verblijvende cliënt wordt bezocht voor ontbijt, wassen en tandenpoetsen, door drie verpleegkundigen, van wie één gedurende de hele dienst het woord voert en de leiding heeft. Doel van de separatie is veiligheid van anderen en de cliënt zelf (hij irriteert zijn mede-clieënten en loopt risico van een klap) en herstel van de behandelrelatie. Cliënt heeft een streng gestructureerde aanpak, een zogenaamd 'fasenplan', ter voorbereiding van opname op de KIB. Hij krijgt 1x per 3 uur iemand te zien, voor controle of bezoek met contact. Deze aanpak is beschreven in een Instructie voor het personeel en in het Protocol sterk gestructureerde aanpak. Cliënt heeft de drie fasen op schrift ontvangen, maar niet zelf mede ondertekend. Hij is 's ochtends teruggezet van fase 1 naar fase 2 vanwege het onmogelijk maken van het eerste bezoek: geen samenwerking en niet veilig. Dat hierop een sanctie staat is de cliënt bekend, maar hij is het niet eens met de toepassing ervan. Fase 2 betekent dat de cliënt niet buiten de separeer mag noch mag douchen. Voor de verpleging betekent fase 2: als team optreden, geen meelevens betonen of cliënt aanraken, een vriendelijke, zakelijke houding. Dit blijkt de betreffende verpleegkundige niet gemakkelijk te vinden. De cliënt is bezorgd over zijn lichamelijke gezondheid en wil onderzoek, maar dit wordt niet toegestaan, vanwege eerdere ervaringen dat deze zorgen meer te maken hebben met psychose dan met feitelijke lichamelijke afwijkingen (bij mri-scan niets gevonden). Het bezoek aan de separeer is kort en functioneel.

Opname met separatie

Cliënt, een buitenlandse toerist die al 10 dagen op Tijdelijke Opvang Amsterdam heeft gezeten, wordt met de ambulance gebracht voor een tijdelijke opname als voorbereiding op terugtocht onder begeleiding naar de VS. De man is opgewonden, maar niet uitzonderlijk. Hij wordt opgewacht door 3 verpleegkundigen, de nieuwe arts-assistent en een co-assistent, en meteen uit de ambulance naar de separeer gebracht, om 'eerst te kijken en lichamen te onderzoeken'. 'Als iemand agressief is geweest, dan moet je kiezen voor veiligheid', is de uitleg aan mij. Als hij niet te onrustig is, mag hij op de afdeling proberen te blijven. Dit beleid wijkt af van de TOA, waar de cliënt 3 uur per dag op de afdeling verbleef en om te slapen naar de separeer ging. Cliënt vindt het vooruitzicht om alleen te worden gelaten vreselijk, en probeert uitsel te krijgen: eerst tanden poetsen, voeten wassen, opbellen, iets eten, sigaretje, enz. Is in toenemende mate nerveus en opgewonden bij vertrek van art-

sen en verpleging uit de separeer. Hij begrijpt er de noodzaak niet van. Het gesprek met de arts-assistent verloopt moeizaam; duidelijk is dat deze weinig/geen ervaring heeft. Verpleegkundigen drementen erom heen en doen de gewone dingen: andere kleren, bekertje drinken. Cliënt wordt alleen gelaten en belt nog ettelijke keren vanuit de separeer naar de afdeling, om contact te hebben.

De benadering van cliënten tijdens het bezoek aan de separeer en bij de opname verloopt volgens protocol. De angst voor agressie en de bezorgdheid om de eigen veiligheid lijken meer voorop te staan, getuige bijv. de grote overmacht en het niet inspelen op de actuele situatie, dan het streven naar contact en inspraak van cliënten. De bejegening is koel en afstandelijk en alleen het noodzakelijke wordt gezegd, want 'dat vergt het protocol'. De argumenten ervoor worden mij niet zo duidelijk.

b) Teammiddagen op 15 april 2003 en 2 december 2003

De opzet van de teammiddagen is gemaakt in samenwerking met Cees Matthijsse, unithoofd, tevens lid van de projectgroep dwang en drang. Beide keren waren ongeveer 25 verpleegkundigen van het team aanwezig, dus praktisch het hele team.

Bij de begeleiding heb ik gebruik gemaakt van twee methoden: debat en dialoog, die gebruikt kunnen worden om uit te wisselen vanuit welke visie en motivaties men dwang toepast en om de verschillen daarin op tafel te krijgen. Met de methode van de dialoog is tweemaal geoefend, ter voorbereiding van het toepassen van deze methode als intervisie.

De eerste teammiddag is begonnen met een uitwisseling van eigenschappen, 'deugden' van goed hulpverlenerschap die helpen bij de juiste houding tijdens de toepassing van dwang: nieuwsgierigheid naar de ander, snel signaleren of het veilig is, juiste timing, rustige benadering, goed nadenken, je handelen goed motiveren, vriendelijk zijn, duidelijk en rustig uitleggen, vasthoudendheid, de tijd nemen, overzicht houden op wat je wilt bereiken, met overtuiging handelen, contact houden, menselijk blijven, respectvol zijn, staan achter wat je doet.

Ook is nagegaan welke eigenschappen juist in de weg kunnen zitten: afwachtend zijn, bang voor agressie, eigen voorkomen (groot en sterk) kan tegenwerken, separeren een rotklus vinden, neiging conflict te vermijden, verbaal niet sterk, separatie te lang uitstellen, last van eigen irritaties, eeuwig twijfelen tussen dwang toepassen of laten gaan, stoerder voordoen dan eigenlijk het geval is, te veel details vertellen waardoor onduidelijkheid ontstaat.

Bij het toepassen van dwang is het de 'kunst' om optimaal gebruik te maken van de 'deugden' en te compenseren voor de eigenschappen die hinderen. O.a. via intervisie kan de gewoontevorming daarin worden versterkt.

Vervolgens is aan de hand van twee stellingen een *debat* gevoerd.

Stelling 1: Goede zorg en dwangtoepassing sluiten elkaar uit.

Argumenten vóór deze stelling:

- Goede zorg kan dwang voorkómen;
- Het middel is soms erger dan de kwaal (voorbeeld van een cliënt die met medicatie een zombie werd en zonder medicatie zich 'prettig gestoord' voelde).

Argumenten tégen deze stelling:

- Dwang kan het lijden opheffen van de cliënt, van de verpleging, bijv. het risico van onveiligheid en/of van de mede-clënten;
- Cliënten zijn niet in staat zelf te beslissen, bijvoorbeeld door gebrek aan ziekte-inzicht, dus je moet de regie overnemen met het oog op de toekomstige verbetering;
- Dwang kan nodig zijn om geweld van cliënten onderling of van cliënten t.o.v. verpleging te stoppen;
- Dwang is nodig omdat geen 1 op 1 begeleiding mogelijk is;
- Dwang is nodig vanwege de voorgeschiedenis van de cliënt waar wij geen invloed op hebben gehad.

Conclusie: het team is van mening dat goede zorg en dwangtoepassing elkaar níet uitsluiten; misschien wel op de korte termijn, maar niet op de lange termijn; dan is dwang een vanzelfsprekend onderdeel van de zorg op een gesloten afdeling. Volgende vragen: wat betekent deze conclusie voor de doelstellingen van het project dwang en drang op de afdeling? Hoe moet het begrip 'goede zorg' worden geïnterpreteerd? Aan deze vragen is destijds geen verdere tijd besteed.

Stelling 2: Dwangdepôt mag alleen in uiterste nood worden toegediend, nadat alle andere mogelijkheden zijn geprobeerd.

Voordelen van de realisering van deze stelling:

- Als verpleegkundige neem je minder zorgen mee naar huis;
- Je laat als verpleegkundige de cliënt in zijn waarde;
- Je laat de cliënt zelf keuzes maken;
- Je geeft de cliënt de kans om zelf met de omgeving oplossingen te vinden;
- Je kunt uitleggen dat er sprake is van een uiterste noodsituatie;
- Je kunt gebruik maken van je ervaring in het omgaan met noodsituaties.

Nadelen van de realisering van deze stelling:

- Je moet dwangdepôt ook preventief kunnen gebruiken;
- Dit betekent aanmodderen (soms jaren lang) ipv goede zorg bieden;
- Je onthoudt de cliënt mogelijkheden sneller op te knappen;
- Dwangmedicatie is een tijdsintensieve interventie (multidisciplinair overleg nodig van verpleging met arts en arts van buiten; daarna melding aan inspectie);
- Hoe moet je 'uiterste nood' interpreteren? Iedereen heeft een eigen interpretatie;
- Men (verpleegkundige) is de situatie al lang zat, nog voor er sprake is van een uiterste noodsituatie; dat heeft invloed op de bejegening.

Afgesproken wordt deze stelling en de argumenten pro en contra in een afdelingsoverleg verder te bespreken met de *bedoeling tot een beleid* te komen.

Houvast bij die bespreking kunnen de volgende vragen zijn:

- Welke van de bovengenoemde voor- en nadelen zijn belangrijk?
- Zijn de voordelen belangrijker dan de nadelen?
- Lost de stelling de problemen op?
- Zijn er betere mogelijkheden voor oplossing?
- Is de stelling realiseerbaar?

Een debat, bijv. over bovenstaande stellingen, kan bijdragen aan de bewustwording bij verpleegkundigen (en andere medewerkers) van de redenen voor

de dwangtoepassing, van de kwaliteit van de bejegening en de verschillen in interpretatie wanneer sprake is van een noodsituatie.

Daarna is kennisgemaakt met de *interviewmethode De Dialoog* aan de hand van de volgende voorbeeldsituatie.

Op de afdeling is een vrouw opgenomen met anorexia. De situatie thuis was onhoudbaar geworden. Cliënte is op de afdeling bereidwillig en meegaand. Zij heeft de tafel gedekt voor de lunch, zoals ze wel vaker doet, en gaat ook met de anderen en met verpleegkundige C. aan tafel zitten. Terwijl iedereen een boterham pakt en daadwerkelijk gaat eten, blijft zij boven een leeg bord zitten, met hoogstens een paar kruimels in haar hand. De verpleegkundige ergert zich hieraan en voelt zich boos. Hij zegt of doet niets. Op andere dagen heeft hij haar wel aangespoord om ook wat te eten of haar gevraagd of ze wat wil eten. Ze antwoordt dan dat ze al heeft gegeten of dat ze straks met haar bezoek wat zal eten.

Aan de hand van de vraag 'Hoe komt het dat ik me erger aan haar meegaandheid in alles, behalve waar het over eten gaat?' is geanalyseerd welke handlungsmogelijkheden er zijn in bovenstaande situatie, hoe men zich daarbij voelt, en op welke principes of waarden deze berusten. Tijdens de analyse komt naar voren dat wel of niet drang toepassen (twee tegenstrijdige verplichtingen) gepaard gaat met ambivalente gevoelens, omdat men in het ene geval het risico loopt tekort te schieten en in het andere geval te weinig respect toont voor de eigen keuzen van de cliënt om in casu wel of niet te eten.

Ook de tweede teammiddag over dwang en drang was een succes en een geanimeerde bijeenkomst. Er is, naast de oefening van het dialoogmodel ook aandacht besteed aan het uitvragen van iemands opvatting en beleving, ter ondersteuning van het nabespreken met cliënten van separaties, zoals nu gebeurt.

Teamleden willen graag starten met interview volgens het dialoogmodel, dat door Dorine Bauduin is geïntroduceerd. Daarvoor wordt nog geld gezocht in de scholingspot. Dit geld is uiteindelijk pas in 2004 beschikbaar gekomen.

De conclusie van de beide teammiddagen is dat men graag met de interviewmethode van de dialoog aan de slag wil, juist omdat deze de teamleden zicht biedt op elkaars achterliggende waarden en normen van 'goed hulpverlener-schap'.

c) Bijwonen werkgroepbijeenkomsten

Ik heb als onderzoeker enkele werkgroepbijeenkomsten bijgewoond. Mijn inbreng daarbij bestond met name uit het meedenken over het projectplan en vervolgens over de checklist, die kon worden gebruikt voor de nabesprekingen van separaties, en het meedenken over de voortgang van het project.

Een belangrijk kenmerk van de checklist is dat elke vraag zowel vanuit het perspectief van de verpleegkundige als vanuit het perspectief van de cliënt wordt beantwoord. De belangrijkste vragen betreffen: de uitleg en informatie over de separatie, de bejegening, de positieve en negatieve ervaringen, de alternatieven voor separatie, het nut van de nabespreking. Na een half jaar is de checklist op basis van ervaringen bijgesteld (Zie bijlage 3).

Aan de werkgroep van SPDC ZO is behalve door verpleegkundigen, actief deelgenomen door een lid van de lokale cliëntenraad en een psychiater. In het najaar van 2003 is de werkgroep nauwelijks meer bij elkaar gekomen, omdat er geen nieuwe bespreekpunten waren.

d) Resultaten van het nabespreken van separaties met cliënten.

Aanvankelijk liep het nabespreken niet heel vlot. Dit had verschillende oorzaken:

Veel overplaatsingen van cliënten van de separeers van SPDC ZO naar andere separeers om plaats te maken voor nieuwe opnames; daarnaast is een separeerkamer 3 maanden bezet gehouden door iemand die niet kon worden overgeplaatst, vanwege ernstige problemen (bijv. dwangmedicatie moet gebeuren met assistentie van de politie).

Niettemin levert het nabespreken gespreksstof op binnen het team: men vindt dat het nabespreken onderdeel zou moeten zijn van een basishouding die uitdrukt dat het rekening houden met de ervaringen van de cliënt een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorg.

Samenvatting resultaten (door Yolanda Nijssen en Cees Matthijse):

Aantallen

Vanaf februari 2003 hebben 76 separaties plaats gevonden. Daarbij waren 57 cliënten betrokken (sommige cliënten zijn meerdere keren gesepareerd). In totaal zijn 27 nabesprekingen ontvangen; 49 separaties niet nabesproken, omdat:

- 5 voortijdig ontslag;
- 10 overplaatsing vanuit separeer;
- 6 niet mogelijk i.v.m. verwardheid;
- op dit moment 2 nog in de separeer;
- 26 onbekend?

(3 formulieren nog niet retour ontvangen)

Bevindingen

Ruim driekwart van de nabesprekingen werd zinvol gevonden. In de andere gevallen was de cliënt niet in staat of wilde niet nabespreken.

Reacties op de vragen:

1. Heeft u voldoende uitleg en informatie gekregen vooraf, tijdens en na de separatie?
Bijna de helft van de cliënten geeft aan voldoende info gekregen te hebben.
De verpleegkundigen zijn o.h.a. van mening voldoende informatie gegeven te hebben.
2. Respectvolle bejegening bij en tijdens separatie?
Driekwart van de cliënten geeft aan met voldoende respect bejegend te zijn.
De verpleegkundigen zijn o.h.a. van mening dat cliënten met voldoende respect bejegend zijn.
3. Duidelijkheid over reden van separatie?

Ruim de helft van de cliënten geeft aan dat de reden van separatie voldoende duidelijk is.
De verpleegkundigen zijn o.h.a. van mening dat de reden van separatie voldoende duidelijk is.

- 4a. Positieve ervaringen:
De meeste cliënten geven aan geen positieve ervaringen te hebben. Als er positieve ervaringen zijn, betreft dat tot rust te zijn gekomen, anderen niet kunnen slaan, fijn dat er een bel is (om door te kunnen geven dat het licht uit mag).
- 4b. Negatieve ervaringen:
Vooral:
- Een aantal cliënten geeft aan dat afspraken niet (op tijd) werden nagekomen;
 - Gevoelens van eenzaamheid, angst en onveiligheid;
 - De leefomstandigheden (net een gevangenis, te warm, po's, eten niet lekker, stank).
5. Hoe anders?
Genoemd worden: liever/eerder een injectie, meer medicatie, niet meteen bij opname in de separeer, eerder terugplaatsen naar de gesloten afdeling, liever afzondering in kamer op de afdeling, liever apart geroepen worden i.p.v. dat andere cliënten uit de huiskamer gestuurd worden, vaker langskomen in de separeer, eerder waarschuwen dat separatie de consequentie is van bepaald gedrag, eerder de oplopende spanning doorbreken.
6. Wat zou u doen als de rollen omgedraaid worden?
Genoemd worden: meer en vaker vragen stellen, het probleem van de persoon uitvinden en daar de bejegening op aanpassen, meer en vaker zeggen dat we de cliënt willen helpen en geen kwaad willen doen, meer overleg met de cliënt, niet zo hard vastpakken, meer kijken naar het individu, meer navragen waarom/-door de cliënt zo opgewonden is, bezoek toelaten in de separeer, klassieke muziek / rustgevende muziek i.p.v. wilde muziek in de separeer, eerst een waarschuwing geven, de consequenties uitleggen, nog een kans geven en dan pas overgaan op separeren, separeer afschaffen.

5.3 *Conclusies over het project door de projectgroepleden van SPDC ZO*

Trekkers

Vanuit de functie van agressie-trainer en coördinator van die trainingen ziet Jet Hessels het aanzwengelen van discussies over dwang- en drangtoepassing als een continu proces. Voor Cees Matthijsse hoort het bij zijn taak als unit-hoofd om initiatieven voor kwaliteitsverbetering te nemen en uit te voeren.

Successen

De nabesprekingen zijn geformaliseerd, waar het de separaties betreft. Sommige verpleegkundigen vinden het nog steeds niet zinvol om zowel het per-

specief van de cliënt als dat van de verpleegkundige apart te beschrijven. Door de combinatie van de training omgaan met agressie en dit project, wordt er nu meer over dwang en drang gesproken, over de noodzaak van duidelijkheid voor de cliënt en over het nut van evaluatie achteraf: hoe is het verlopen, wie had de regie.

Knelpunten

Een van de knelpunten was de stagnering van de nabesprekingen door langdurige separaties. Niet duidelijk is waarom bij separatie elders geen mogelijkheden zijn voor nabespreking. Bovendien roept nieuw personeel weer nieuwe discussies op: op welke slak zout leggen, hoe omgaan met afstand/nabijheid, hoe komen tot meer openheid over eigen zwaktes?

Leerpunten

De bijeenkomsten van de projectgroep zijn als inspirerend ervaren, evenals de begeleiding daarvan door de projectleiding en door de onderzoeker.

5.4 Conclusies vanuit onderzoekersperspectief

Gelegd naast de projectdoelstellingen (zie hiervoor) en de daarmee beoogde invoering van de kwaliteitscriteria voor dwang- en drangtoepassing, bieden de nabesprekingen heel wat houvast voor verbetering van de samenwerking met cliënten (kwaliteitscriterium 3), van de communicatie (kwaliteitscriterium 4), reflectie op het doel van ingrijpen (kwaliteitscriterium 5) en het leren van de feedback van de cliënten (kwaliteitscriterium 7). Bijvoorbeeld: er bestaat nogal verschil in opvatting tussen de verpleegkundige en de cliënt over de vraag of er voldoende informatie is gegeven, of de bejegening voldoende respectvol was en of de reden voor separatie voldoende duidelijk was. Bovendien geven de cliënten aan dat zij de separatie niet positief hebben ervaren en doen zij tal van suggesties hoe het anders zou kunnen.

Op dit moment (voorjaar 2004) zijn er, voor zover mij bekend, geen concrete plannen om de resultaten van de nabesprekingen expliciet voor kwaliteitsverbetering te gebruiken, noch om ook andere dwangmaatregelen systematisch te gaan nabespreken. Een ander punt van discussie op de afdeling is nog of de nabesprekingen wel of niet in het dossier van de cliënt worden opgenomen; dat zou meer aanknopingspunten geven hoe de volgende keer te handelen. Het risico van het ontbreken van een vervolg is dat de nabesprekingen een doel op zich worden in plaats van een middel tot kwaliteitsverbetering. Mijn indruk is dat er in het algemeen wel voldoende inzet voor het project was, maar dat de veelheid van personeelwisselingen de continue aandacht ervoor heeft bemoeilijkt.

6 Evaluatie projectorganisatie vanuit onderzoekersperspectief

In 2003, het jaar van de feitelijke uitvoering van het project is de projectstructuur gehandhaafd:

- Begeleidingscommissie, onder voorzitterschap van de voorzitter van de raad van bestuur van de Meren, Mieke Bot;
- Projectgroep, onder voorzitterschap van de projectleider, Gertrude van Nederpelt, en haar vervanger, Yolanda Nijssen;
- Werkgroepen op de deelnemende afdelingen.

Projectgroep Dwang en drang de Meren

De projectgroep heeft haar bijeenkomsten tijdens de uitvoeringsfase teruggebracht tot eenmaal per 2 maanden. Telkens was ten minste één vertegenwoordiger namens de deelnemende instelling aanwezig. Vanuit de begeleidingsgroep heeft Willem Schermerhorn, geneesheer directeur, aan de besprekingen deelgenomen. Regelmatige deelnemer was ook arts-assistent/onderzoeker Joost Roth, die een onderzoek heeft voorbereid naar de ervaringen van arts-assistenten bij de toepassing van separaties op de gesloten afdeling van het Sociaal-psychiatrisch dienstencentrum Zuid-Oost (SPDC-ZO).

Taken van de projectgroep in 2003:

- Uitwisseling van ervaringen tussen deelnemende afdelingen;
- Bespreking van gemeenschappelijke problemen en mogelijke stimuleringsactiviteiten;
- Uitwisseling van personeel tussen locaties;
- Kaders aanleveren, voeden met literatuur, ideeën, e.d.;
- Casuïstiek bespreken.

De *uitwisseling van ervaringen* heeft inspiratie opgeleverd voor activiteiten in het kader van verbreding van het draagvlak voor het project, het op gang houden van de werkgroepen en het betrekken van cliënten. Dit laatste is in de drie deelnemende afdelingen langzaam verlopen: de agenda's van de werkgroepen werden in de loop van de tijd steeds pragmatischer (wie doet wat wanneer), of stierven een zachte dood omdat het project wel liep. Tot een van de belangrijkste knelpunten van de werkgroepleden behoorde de grote verantwoordelijkheid om het project gaande te houden. De meeste medewerkers worden opgeslokt door de dagelijkse werkzaamheden en maken moeizaam tijd vrij voor reflectie en vernieuwing. De macht van de vanzelfsprekend is groot! De behoefte aan ondersteuning daarbij vanuit de lijn is ook in de begeleidingscommissie aan de orde gesteld en heeft uiteindelijk, mede dankzij bemiddeling door de projectleider, geleid tot het opnemen van de nieuwe werkwijzen in de jaarplannen en kwaliteitsplannen.

De *uitwisseling van personeel* tussen locaties is om praktische redenen niet van de grond gekomen: personeelsgebrek en te veel logistieke problemen.

Regelmatig is aan projectgroepleden literatuur toegestuurd over recente kwesties op het terrein van dwang en drang, zoals de verschillen tussen Nederland en de rest van Europa (Van der Werf 2003, Kasander e.a. 2003) en onderzoek

naar de effecten van meer dwangmedicatie op de frequentie van separatie (NTvG, maart 2003), Praten over pillen en psychose (Bauduin, 2002).

De conclusies van Dorine Bauduin na een *dag meelopen* op de deelnemende afdelingen waren: grote toewijding van de verpleegkundigen bij de begeleiding van cliënten, met misschien het risico van te weinig afstand tot het eigen werk en daardoor te weinig mogelijkheid tot reflectie, het voor afdelingen specifieke taalgebruik (bijvoorbeeld het woord ‘momenten’ voor alle activiteiten ongeacht de duur ervan: afdelingsmomenten, rustmomenten, contactmomenten (KIB), het woord ‘beleid’ voor vrijheidsbeperkingen (Sporenburg)), de discrepantie tussen de manier waarop cliënten worden geacht met afspraken om te gaan (strikt) en de manier waarop medewerkers dat doen (slordig). De verslagen van de dag meelopen zijn aan alle werkgroepleden van de betreffende afdelingen toegestuurd. Waar het de aspecten dwang en drang betreft zijn ze verwerkt in bovenstaande beschrijvingen van de afdelingen (zie hiervoor).

De behoeften aan scholing die door Dorine Bauduin konden worden beantwoord hebben plaats gevonden: bij Sporenburg de begeleiding van de teamdagen over visie-ontwikkeling, methode van intervisie bij SPDC ZO en onderhandelen met cliënten bij de KIB.

De meeste leden van de werkgroep hebben deelgenomen aan de *Halfwegconferentie* op 17 juni 2003 die in het kader van het Landelijke project dwang en drang is georganiseerd. Over deze conferentie is gerapporteerd in het juli-nummer van de Nieuwsbrief Dwang en drang, een uitgave van het landelijk project.

De functie van het *bespreken van casuïstiek* is geweest de verheldering van de begrippen dwang en drang.

Vanuit de projectleiding is tevens ondersteuning geboden bij de opzet van de tussenevaluatie en de eindevaluatie door de afdelingen zelf (zie Bijlagen).

In augustus 2003 heeft de projectleider Gertrude van Nederpelt in verband met zwangerschapsverlof haar taken overgedragen aan Yolanda Nijssen (projectgroep en werkgroepen) en Pierre Stalman (begeleidingscommissie).

De *begeleidingscommissie* heeft in het verslagjaar drie maal vergaderd. Over de voortgang van de projecten is gerapporteerd door de leidinggevenden. Voorts is gesproken over de implementatie van de resultaten en de overdracht naar andere afdelingen. Besloten is daar de slotconferentie op 18 maart 2004 ook voor te gebruiken, door hiervan een actieve, interne werkconferentie te maken waarbij medewerkers van deelnemende afdelingen hun ervaringen delen met medewerkers van andere (gesloten) afdelingen van de Meren.

Voorts kunnen de resultaten van het project binnen de instelling bekend worden gemaakt, via het opnemen van de eindevaluaties in het kwaliteitsjaarsverslag.

De voortgang van het gesprek over het thema dwang en drang kan mogelijk worden overgenomen door de Commissie Dwang en Drang (de voormalige M&M commissie), die een vinger aan de pols houdt wat betreft de dwang- en drangtoepassing op de verschillende locaties, bijvoorbeeld toepassing van protocollen, gesprek met medewerkers en cliënten, registratie enz.. De resultaten van het project dienen ook onder ogen te komen van de leden van deze commissie, zodat zij onderdelen ervan als ‘verbetertraject’ kunnen opnemen in het jaarplan (voorzitter Pierre Stalman).

Rol van de cliënten

In de begeleidingscommissie zijn steeds twee of meer vertegenwoordigers van de cliëntenraad aanwezig geweest. Bij de werkgroepen is de deelname van cliënten in het begin actief geweest, later verminderd. Bij twee afdelingen (Sporenburg en KIB) zijn in de eindfase enkele cliënten door Dorine Bauduin geïnterviewd over hun ervaringen met het project (Zie betreffende verslagen).

Rol van de familie

De rol van de familie, - wel vertegenwoordigd in de begeleidingscommissie, maar niet in de projectgroep, noch betrokken bij de activiteiten op de afdelingen - is bij de Meren als geheel zeer beperkt. Geopperd is om een jaarthema te maken van het betrekken van familieleden op alle niveaus van de behandeling en begeleiding. Inmiddels is wel de functie van familie-vertrouwenspersoon, namens de hele ggz in Amsterdam, ingesteld.

Conclusies over de projectstructuur

De gekozen projectstructuur heeft tijdens de hele loop van het project goed gefunctioneerd, zowel voor de start van het project als tijdens de feitelijke looptijd en de afsluiting. De aanwezigheid van de onderzoeker in beide groepen heeft de voortgang gestimuleerd en bijgedragen tot informatieverstrekking en afstemming over en weer. De rol van de buitenstaander die in vrijheid vragen kan stellen en verbaasd kan zijn over vanzelfsprekendheden, versterkt de bewustwording van de eigen werkwijzen en de mogelijkheden tot verandering en verbetering daarvan. Zonder zelfreflectie is het immers niet mogelijk om veranderingen tot stand te brengen.

Voor de structurele verankering in het beleid van de deelnemende afdelingen is – met stimulans van de projectgroep - vooral door de werkgroepen zelf gezorgd. Met beleid wordt dan bedoeld: de directe zorg, de diverse overlegvormen en de zorgvisie. Door zowel op het niveau van het management als op uitvoerend niveau mensen verantwoordelijk te maken voor rapportages over de voortgang, komen successen en knelpunten goed in beeld en is het mogelijk bij te stellen. Toch zul je moeten blijven zorgen dat mensen ‘wakker blijven’ en zich aan afspraken houden, en dat is lastig.

De ‘draaglast’ heeft gedurende het hele project met name gelegen bij de enthousiaste projectleiding en werkgroepleden, niet bij het management. Aan hen nu de taak om ook andere afdelingen te overtuigen van het belang om het gesprek over dwang- en drangtoepassing binnen de Meren levend(ig) te houden. Het voorbeeld van SPDC Oost, dat in de looptijd van het project te maken had met veel wisselingen in personeel op alle niveaus heeft duidelijk gemaakt dat zonder vaste, enthousiaste ‘trekkers’ een project als dit niet haalbaar is.

Het vrijmaken van gelden voor deskundigheidsbevordering heeft lang geduurd door onduidelijkheid welke ‘potjes’ daarvoor konden worden gebruikt en wie daarover kon beslissen. Een ander knelpunt in de laatste maanden is geweest dat de vervanger van de projectleider niet bij de begeleidingscommissie aanwezig kon zijn, waardoor er op uitvoeringsniveau een verbinding ontbrak tussen die commissie en de projectgroep.

7 Bevorderende factoren voor verbetering van communicatie bij dwang en drang toepassing

In deze paragraaf noem ik enkele factoren die hebben bijgedragen aan het welslagen van het dwang- en drangproject bij de Meren. Ik put daarvoor uit de hiervoor beschreven ervaringen met het ondersteunen en monitoren van het project dwang en drang bij de Meren.

1. *Vragen durven stellen*

Veranderen lukt als er mensen zijn die daadwerkelijk blijven reflecteren op de manier van werken binnen hun afdeling of organisatie. Mensen die eigenzinnig en autonoom hun ambities doen gelden, ondanks omstandigheden en afhankelijkheden. Vanuit hun ontevredenheid met hoe het gaat, zijn ze bereid om begrippen en handelwijzen ter discussie te stellen. Op alle drie de afdelingen heb ik die mensen aangetroffen: ze zijn zowel betrokken als wat onthecht en kunnen van buiten naar hun praktijk kijken; ze durven dwarse vragen te stellen en voelen de spanning tussen 'wat is' en 'wat kan'. Ze hebben invloed op de manier van praten over het thema, op de manier waarop collega's er over praten, of de werkgroepen doorgang vinden en het project op gang komt. Ze zoeken en vinden nieuwe betekenissen van oude begrippen, zoals 'onderhandelen met cliënten', 'zorg op maat', 'afspraken maken'.

2. *Andere werkvormen*

Het betrekken van een buitenstaander bij het project over dwang en drang, die erop gericht is om mensen uit te nodigen hun impliciete kennis en ervaring onder woorden te brengen, maakt het gemakkelijker om mensen te stimuleren om samen hardop te denken, te reflecteren en vragen te gaan stellen. Een buitenstaander kan vragen naar concretisering, naar toespitsing, naar uitleg over dat wat vanzelfsprekend is; op die manier komen verzwegen vooronderstellingen aan het licht en worden bestaande praktijken en terminologieën ter discussie gesteld. Ook is het op deze manier gelukt om ethische knelpunten te formuleren en te analyseren die inherent zijn aan de toepassing van dwang en drang. Voorbeelden zijn het gebruik van socratische methoden zoals de Dialoog en het onderzoek van 'goed hulpverlenerschap'.

3. *Perspectiefwisseling*

In het kader van het traject zijn bij de drie afdelingen ondersteuningsactiviteiten ondernomen, om het inzicht te versterken dat het ethisch gezien van groot belang is om bij interventies niet alleen het perspectief van de hulpverlener in acht te nemen, maar ook dat van de cliënt (en liefst ook familie of andere naaste betrokkenen). Ethisch handelen houdt in dat zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de belangen en rechten van alle betrokkenen. Een goede manier om daar zicht op te krijgen, is je verplaatsen in hun positie en je afvragen welke normen en waarden voor de ander in het geding zijn. De perspectiefwisseling betreft ook de eigen houding: vanuit een instrumentele, methodische invalshoek wordt aan de zorgvuldige uitvoering van een separatie andere eisen gesteld, dan vanuit een zelfkritische en reflexieve houding. Dit heeft zich geconcretiseerd in de ontwikkeling van checklists en nieuwe gewoontes om separatie na te bespreken met cliënten.

4. *Trekkers*

Enthousiaste en betrokken trekkers zijn een belangrijke voorwaarde om een project op gang te brengen. Tijdens de looptijd wordt de inzet van het management cruciaal, om inbedding in bestaande of nieuwe structuren te garanderen en om de 'alibi-functie' ('zij doen het wel') te vermijden. Er kan geen ondersteuning genoeg worden geboden om de oude, bekende en hardnekkige werkwijzen om te zetten in nieuwe.

5. *Duidelijke projectstructuur en hanteerbare instrumenten*

Een duidelijke projectstructuur en toedeling van verantwoordelijkheden is bevorderlijk voor de start en het verloop van het project. Daarnaast vragen cultuurveranderingen zoals het gesprek over dwang en drang om kapstokken waaraan de inhoudelijke veranderingen kunnen worden opgehangen. Bij de Meren functioneren vooral de concrete checklists als kapstokken. Het voordeel hiervan is dat het gebruik ervan houvast biedt om te toetsen in hoeverre de beoogde veranderingen ook in de dagelijkse praktijk zijn ingevoerd. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is dat de instrumenten geen doel op zich worden, maar dat het doel in beeld blijft: de verbetering van de communicatie en bejegening in situaties van dwang en drang.

6. *Paradoxen*

Tijdens de looptijd van het project zijn diverse paradoxen aan het licht gekomen. De verheldering hiervan draagt bij aan bewustwording van de achtergrond van ambivalente gevoelens. Ik noem de meest in het oog springende paradoxen:

- Om te laten zien dat hulpverleners en cliënten gelijkwaardig zijn ('we zijn allemaal mensen') is enkele jaren geleden besloten dat professionals geen werkkleding of uniformen meer dragen. Iedereen loopt in gewone kleren rond. Het feit dat nu aan iemands uiterlijk niet te zien is of deze persoon hulpverlener of cliënt is of iemand van de technische dienst, bemoeilijkt de communicatie en draagt voor cliënten bij aan onduidelijkheid en onveiligheid. Soms krijgen cliënten daardoor ook verkeerde informatie. Uit onderzoek is inmiddels gebleken dat het dragen van uniformen door professionals heeft geleid tot een belangrijke vermindering van agressie en ongewenste incidenten op een afdeling (Psychiatric Bulletin, april 2002);
- Cliënten die in de separeer zitten, moeten zich tijdens de momenten van contact wel van hun allerbeste kant laten zien, willen ze aan de toetsingscriteria voor beëindiging van de separatie kunnen voldoen: goed contact maken, vertrouwen inboezemen dat ze 'veilig' zijn voor personeel en op de groep en zich aan afspraken zullen houden, niet schelden, vloeken of dreigen, gehoorzamen, in staat zijn tot 'samenwerking'. In de separeer zijn ze geïsoleerd van anderen en kunnen ze met dit gedrag niet of nauwelijks oefenen. Bovendien kunnen hulpverleners moeilijk verwoorden aan welke eisen een cliënt moet voldoen om hun vertrouwen terug te krijgen;
- Belangrijke redenen voor separeren zijn (ernstige) conflicten met medecliënten. Door cliënten te isoleren van anderen, kunnen zij niet leren hoe het is om rekening te houden met anderen en met anderen te communi-

ceren. De kans op herhaling wordt door separatie niet verminderd, lijkt het;

- Discipline in de toepassing van standaard regels en in het vasthouden aan vaste structuren geeft medewerkers vrijheid, omdat ze niet iedere dag en met iedere cliënt opnieuw daarover hoeven te steggelen. Er kan gewoon worden verwezen naar de regels. Tegelijkertijd geeft de mogelijkheid om uitzonderingen te maken voor individuele cliënten en aandacht te kunnen besteden aan het hoe en waarom van de overtredingen van regels, ook vrijheid. Geeft discipline met betrekking tot regels vrijheid of onvrijheid?

7. *Afspraken versus flexibiliteit*

De behoefte aan afspraken en duidelijkheid kan haaks staan op de behoefte aan flexibiliteit. Het kan helpen om duidelijke beslissingen te nemen over de mate van flexibiliteit die men elkaar wil toestaan, daar het niet alleen onwenselijk wordt gevonden dat ieder gewoon doet wat hem of haar het beste lijkt, maar er ook nogal wat weerstand is tegen algemene richtsnoeren, omdat men deze als formeel en moralistisch ervaart. In dit verband is van belang om ook oog te hebben voor de voorbeeldfunctie ten opzichte van cliënten: als hulpverleners onderling niet de gewoonte hebben elkaar aan afspraken te houden en elkaar daarop aan te spreken, is het niet vanzelfsprekend dat cliënten zich wel aan gemaakte afspraken houden. Vermeden moet worden dat de discrepantie tussen wat men van elkaar vraagt en wat men van cliënten vraagt, te groot wordt en leidt tot ongeloofwaardigheid en gebrek aan vertrouwen.

Wellicht kunnen onderstaande aanbevelingen over het omgaan met afspraken een steuntje in de rug zijn.

- Maak geen regels of afspraken als medewerkers zich er niet aan houden, noch elkaar erop aanspreken;
- Hou je aan de geldende regels en spreek af, dat als je er van afwijkt, je dit achteraf tegenover collega's, leidinggevendenden, arts en cliënt, beargumenteerd verantwoordt;
- Let op dat regels niet in de plaats komen van directe, sociale omgang, die inhoudt dat men elkaar durft aan te spreken op storend gedrag;
- Maak alleen uitzonderingen als dit noodzakelijk is in het belang van cliënten, mede-clieënten of medewerkers (in die volgorde); beperk de uitzonderingen tot noodsituaties;
- Evalueer regelmatig gemaakte afspraken, zeker als deze individuen betreffen;
- Ga na welke regels overbodig zijn geworden, en schrap deze.

8. *Ander onderzoek*

Onderzoek naar de wijze van omgaan met dwang en drang zou zich moeten bedienen van de methode van participerende observatie. Een belangrijke beperking van dit onderzoek is geweest dat de onderzoeker toch te weinig op de werkvloer heeft kunnen zijn. De toepassing van dwang en drang is dermate verweven met dagelijkse werkrouines, bij bijvoorbeeld het opstellen van zorg- en stappenplannen, bij dienstoverdracht, en met de werkhouding, dat alleen een dergelijke kwalitatieve onderzoeksmethode een helder licht kan werpen op aanknopingspunten voor verandering. Ook dan kan boven tafel

komen op welke manier het onderwerp 'wringt', waar de dilemma's zitten en hoe de (morele) afwegingen worden gemaakt. Dit is de belangrijkste aanbeveling voor verder onderzoek.

Literatuur

- Bauduin DMJ (2003). Een goed gesprek over morele kwesties. In: *Het sokratisch gesprek*. Delnoij J en W van Dalen (redactie) Budel: Damon.
- Berghmans RLP (1997). *Beter (z)onder dwang? Achtergrondnota*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Berghmans RLP e.a. (2001). *Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie*. Eindrapport. Utrecht/Maastricht: GGZ Nederland en Universiteit Maastricht.
- Berghmans RLP e.a. (2001). *Kwaliteitscriteria dwang en drang*. Utrecht/Maastricht: GGZ Nederland en Universiteit Maastricht.
- De Meren. (2000). *Beleidsplan 2000-2003*. Amsterdam: de Meren.
- Dwang en drang. (2002). Themanummer *Sociaal Psychiatrische Verpleegkunde* 21: 65.
- Goldsteen M. (2001). *Drang in de psychiatrie*. Verslag van een kwalitatief onderzoek naar de omgang met drang in het Psychiatrisch Spectrum Gelderland-Oost. Universiteit Maastricht.
- Janssen W, B Lendemeijer R van Linge (2002). Separatie en de invloed van personele factoren. *Psychopraxis* 5:2, 18-22.
- Janssen M, M de Jonge, J Pols (1995). *Dwang in de psychiatrie. Dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven*. Amsterdam: Babylon/De Geus.
- Kasander R. e.a. (2002). Dwang en drang in Europees perspectief. In: *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2003-2004*, p.339-353. Houten: BSL.
- Klippe H van de (1997). *Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname*. Een juridische beschouwing. Nijmegen: Ars Aequi Libri.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO/Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad. (2001). *Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg. Een richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden in een multidisciplinaire omgeving*. Utrecht.
- Lendemeijer B. (1999). Waarom separeren? De mening van verpleegkundigen. *PsychoPraxis* 1,1, 19-22.
- Nijssen Y. *Kwaliteit kortgesloten. Het beoordelen van de kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opname-afdelingen*. Academisch proefschrift. Driehuis 2000.
- Resultaten Enquête Toepassing dwang en drang* (2002). Intern verslag de Meren, Dossier Project Dwang en drang, 2002.
- Rooijen M van. (2003). Behandelen onder dwang met clozapine. *Psy*, 7, 4-6.
- Stolker JJ e.a. (2003). Separatie van opgenomen psychotische cliënten: later bij gebruik van antipsychotica en mogelijk ook minder vaak. *Ned. T. Geneeskde* 147:12, 557- 561.
- Thema dwang en drang (2002). Themanummer *Nieuwsbrief Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek*, 9:2.
- Van der Werf B (2000). Waarom cliënten separeren? *Psychopraxis* 2:5.
- Werf B van der (2001). Een lastig halfuurtje: gedwongen separatie in Europees perspectief. *PsychoPraxis* 3:4, 146-147.
- Verkerk M.A., L. Polstra en M. de Jonge (2003). Drang in de zorgpraktijk. *T.Psychiatrie* 9: 539-549.
- Wijziging van de Wet BOPZ (voorwaardelijke machtiging)*. Tweede Kamer der Staten-Generaal 2001-2002. Kamerstuk 27289.

Bijlagen

Dit deel bevat de eindevaluaties van de afdelingen die aan het project dwang & drang hebben deelgenomen en de bij het project gebruikte instrumenten voor kwaliteitsverbetering. Ook is een samenvatting van de Kwaliteitscriteria dwang en drang (Berghmans e.a. 2001) opgenomen.

Voor de Vragenlijst dwang- en drangtoepassing, de projectplannen van de deelnemende afdelingen, de tussenevaluaties en het overzicht van de kwalitatieve onderzoeksactiviteiten van D. Bauduin, wordt verwezen naar het Verslag van de voorbereidingsfase (de Meren, augustus 2003).

Evaluaties van de drie deelnemende afdelingen en instrumenten voor kwaliteitsverbetering

Bijlage 1 Eindevaluatie Woon- en dienstencentrum Sporenburg

Bijlage 2 Eindevaluatie Kliniek Intensieve Behandeling (KIB)

Bijlage 3 Eindevaluatie Sociaal-psychiatrisch Dienstencentrum Zuidoost (SPDC-ZO)

Bijlage 4 Kwaliteitscriteria Dwang en drang (Berghmans e.a. 2001)

Bijlage 1 Eindevaluatie Woon- en dienstencentrum Sporen- burg

WDC Sporenburg
Project Dwang en Drang
Eindverslag februari 2004

1. Doel van het project

Het doel is om een eenduidige visie te ontwikkelen op de toepassing van dwang en drang, de uitvoering van dwang en drang te laten verlopen volgens de protocollen en zorgplannen, alternatieven te bespreken voor dwang en de communicatie met de cliënt te verbeteren.

2. Plan van aanpak

Om ons doel te bereiken zullen we een aantal activiteiten moeten integreren in onze werkwijze en vergaderstructuur.

❖ Visiebijeenkomsten

2 maandelijks zullen we een teamoverleg plannen waarin visieontwikkeling en concretisering van deze visie in de werkwijze centraal staan. Ook zal er aandacht besteed worden aan de ethische knelpunten die de teamleden ervaren bij de toepassing van dwang en drang.

Dit overleg wordt geleid door Dorine Bauduin van het Trimbos instituut.

In de wekelijkse trainingen van de fysieke agressiehantering, welke door Noël Janssen wordt gegeven die instructeur is en tevens lid van de werkgroep Dwang en Drang, zal aandacht besteed worden aan de bewustwording van de gevolgen van toepassing van dwang en drang maatregelen.

De training wordt gegeven in een cyclus van 10 bijeenkomsten, waarna een verslag volgt van de resultaten en vorderingen in samenhang met het gestelde doel. Dit verslag wordt besproken in het teamoverleg en afspraken worden dan gemaakt over het vervolg.

❖ **Protocollen en zorgplannen**

- Er zal door het unithoofd en een aantal verpleegkundigen kritisch gekeken worden naar de bestaande protocollen over de toepassing van dwang en drang maatregelen en zonodig zullen deze aangepast cq herschreven worden.
- Er zal structureel een cliëntenbespreking worden gepland volgens een vaststaand schema. In de cliëntenbespreking wordt besproken wanneer en waarom dwang en drang toegepast wordt en welke alternatieven er zijn. Dit wordt met de cliënt besproken en hier dient overeenstemming in te zijn, waarna het in het crisisprotocol en zorgplan wordt opgenomen. Tevens zal de attitude naar een cliënt toe een item zijn wat besproken wordt en in het zorgplan wordt meegenomen. Het unithoofd is voorzitter en bewaker van het proces. De persoonlijk begeleider brengt zijn/ haar eigen cliënten in. Het is mogelijk om een cliënt eerder in te brengen wanneer dit noodzakelijk is.
Er dient een checklist opgesteld te worden waarin de items staan welke structureel aan bod komen tijdens de cliëntenbespreking. Hierin zullen dwang en drang en alternatieven van dwang en drang als vast punt worden meegenomen.
- In de behandelplanbespreking die de cliënt halfjaarlijks heeft met zijn behandelaar en persoonlijk begeleider wordt de uitvoering van dwang en drang en alternatieven ook als vast punt besproken met de cliënt. Dit wordt dan opgenomen in het behandelplan. Volgens vaststaand schema heeft de cliënt 1 keer per half jaar een gesprek met zijn behandelaar en met zijn/ haar persoonlijk begeleider. De arts is degene die verantwoordelijk is voor het bespreken van dit punt, het tot overeen-

stemming komen met de cliënt en de gemaakte afspraken vast te leggen in het behandelplan.

- In het multidisciplinair overleg, waar elke cliënt 1 keer per half jaar wordt besproken, zal geëvalueerd worden welke dwang en drang is/wordt toegepast. Met de cliënt is voorbesproken wat hij/zij zelf vindt en ervaren heeft en worden de uitkomsten van het overleg nabesproken door de persoonlijk begeleider. Volgens een vaststaand schema eens per half jaar vindt er een multidisciplinair overleg plaats. Hierbij zijn de persoonlijk begeleider en de disciplines welke betrokken zijn bij de cliënt aanwezig.

Persoonlijk begeleider is voorzitter en verantwoordelijk voor het bespreken van alle vaste items die opgesteld zijn voor het multidisciplinair overleg.

De persoonlijk begeleider maakt een verslag van de afspraken die voortkomen uit het overleg, het verslag komt in het IBP van de cliënt en de persoonlijk begeleider past zo nodig het zorgplan aan.

❖ **Communicatie met de cliënten**

Het unithoofd heeft 2 maandelijks een overleg met de bewonerscommissie van WDC Sporenburg om te informeren over het doel, de voortgang en de activiteiten van het project dwang en drang.

❖ **Bijscholing**

Om de toepassingen van dwang en drang te verminderen is het noodzakelijk dat alle teamleden de cursus onderhandelen doen en de cursus verbale agressietraining.

3. Proces en resultaten

Bij de start van het project worstelde het team met een verdeelde opvatting over dwang- en drangtoepassing. Ten eerste over wanneer er van drang en dwang sprake is, maar ook werd er verschillend gedacht over de mate waarin daadwerkelijk naar alterna-

tieven voor dwang wordt gezocht en over de mate van zorgvuldigheid van de communicatie onderling en met de cliënten over dwang en drangtoepassing. Een groep vond dat er betrokken en weloverwogen beslissingen werden genomen, waarbij voldoende rekening werd gehouden met alternatieven en de communicatie goed was verlopen. Een andere groep vond echter dat er te snel eenzijdige beslissingen werden genomen zonder dat de alternatieven goed werden onderzocht en dat er sprake was van gevoelens van onmacht, splitsing van het team en verslechtering van de werkrelatie met de cliënt (Resultaten enquête dwang en drang, november 2002).

Dit verschil in visie leidde ook tot verschillende benaderingen van problemen met cliënten, afhankelijk van wie er dienst had. Bovendien leidde het tot verwarring en onduidelijkheid bij teamleden en cliënten. Teamleden hadden last van onderlinge misverstanden en onbegrip, met nadelige gevolgen voor onderlinge steun en afstemming.

Dit alles is besproken in een teamoverleg specifiek bedoeld voor het onderwerp dwang en drang. Het team is overeengekomen tot bovenstaande feiten en hebben middels opdrachten mogelijke oplossingen bedacht om hieraan te werken en in de toekomst te voorkomen.

Visiebijeenkomsten

Om een eenduidige visie over dwang en drang tot werkelijkheid te brengen is overleg nodig, zeker als je met een groot team werkt met veel verschillende meningen. Het begin hiervoor is gelegd door middel van een teamoverleg geheel gewijd aan dwang en drang. Doel is dit te blijven herhalen. Het onderwerp is nu levendig, er wordt momenteel meer gesproken over dwang en drang en de mogelijke alternatieven, etc. (Zeker op de werkvloer). Op de planning staat om deze teambijeenkomst twee maandelijks te houden. Uiteindelijk is het doel om eenduidig te gaan werken op de werkvloer. Hiervoor zullen continu opdrachten gericht op dwang en drang voor de bijeenkomsten ontwikkeld worden gerelateerd naar de werkvloer toe.

Dit is een van de voornaamste doelen van het project wat aan de hand van de uitkomsten van de enquête naar voren is gekomen. (Zie bijlage 1)

Protocollen en zorgplannen

Er is een checklist gemaakt die standaard bij de cliëntenbesprekingen wordt gehanteerd. Tevens is het onderwerp dwang en drang ingevoerd op de agenda.

Het onderwerp is nu punt van agenda en wordt standaard besproken bij;

- De behandelplan bespreking; deze bespreking vindt plaats met de behandelend psychiater en persoonlijk begeleider. Hier zal ook worden terug geblikt naar de maatregelen die gebruikt zijn en hoe deze in de toekomst te zullen veranderen. Dit zal met zo veel mogelijke inbreng van de cliënt zelf gebeuren.
- Multidisciplinair overleg; in dit overleg staat het standaard op de agenda en wordt het ook besproken. Het M D O wordt van tevoren voorbereid door de persoonlijk begeleider.
Belangrijk om te noemen is dat er getracht wordt te kijken naar de huidige drang en drang toepassing en hoe dit vermindert zou kunnen worden en welke alternatieven er (kunnen) worden gebruikt. Er is sprake van een continue proces.

Communicatie met de cliënten

In het kader van het dwang en drang project heeft Dorine Bauduin van het Trimbos instituut een M D O bijgewoond te kijken hoe de toepassing van het project verloopt. Tevens heeft zij samen met Noël Janssen geïnventariseerd door middel van gespreksvoeringen met cliënten of de daadwerkelijke toepassingen en doelstellingen gerealiseerd worden. (Zie verslag van Dorine Bauduin). Wat er naar voren kwam is dat er meer met de cliënten over dwang en drang gesproken wordt. Over de vrijheidsbeperkingen, en over hun

ervaringen. Tevens komt naar voren dat er meer gekeken wordt naar de huidige toepassing van dwang en drang en naar mogelijke alternatieven.

Bijscholing

De nieuwe training (verbale agressietraining) staat op de agenda. Het tweede kwartaal van dit jaar zal er gestart kunnen worden met de cursus verbale agressie training en tevens is er door de trainer een voorstel geschreven hoe de bewustwording van dwang en drang in de trainingen (fysieke agressie hantering) kan worden geïmplementeerd (zie bijlage 2)

Er is door de trainer ook een voorstel geschreven voor een training voor het niet verpleegkundig team. (Aangezien deze nog geen training hebben genoten.) Dit zou een groot pluspunt kunnen betekenen voor de preventie van dwang en drang toepassing in het restaurant. De cursus krijgt de inhoud "omgaan met moeilijke situaties waarin cliënten zijn betrokken" en hoe men deze zonder ze te laten escaleren op te lossen. De cursus wordt waarschijnlijk in maart gestart. (Zie bijlage 3.)

4-5 Bevorderende en belemmerende factoren

De bekende **belemmerende factoren** zoals "weer een nieuw project" was ook bij ons aanwezig. Dit was te merken aan het weinig enthousiast zijn van collega's of dan wel enthousiast zijnde maar er geen tijd voor hebben bij de start van het project.

Het levend houden van het onderwerp zal een obstakel blijven, want zodra er niet meer over gepraat wordt dan verdwijnt het onderwerp al snel van de agenda.

Een van de problemen die wij tegenkwamen was:

Het opzetten van de werkgroep; deze is wel van de grond gekomen, maar er zijn maar weinig bijeenkomsten geweest. De werkgroep heeft eigenlijk weinig bijgedragen en is halverwege opgehouden met te bestaan. Mede door tijdgebrek, niet te plannen met vol-

doende aanwezig, ziekte, en uiteindelijk zijn twee van de vier deelnemers vertrokken naar andere werkplekken.

Een andere belemmerende factor die al eerder genoemd is, (met betrekking tot het komen van een eenduidige visie) is de grote groep verschillende meningen en deze tot een visie te herleiden. Dit is ontstaan door een grote omloop van het personeel en voornamelijk nieuw personeel op dit moment. Mede door een goede teamdag met een uitstekende voorzitter zijn er veel punten op een rij gezet.

Bevorderende factoren

Kijkend naar de successen die al behaald zijn en al van tevoren wetend welke successen er behaald kunnen worden is zeker een bevorderende factor. Al kijkend naar het feit dat het een deskundigheidsbevorderende project is. En zeker in het kader van dwang en drang wat een hot item is in de psychiatrie.

Collega's zijn zeker enthousiast over het feit dat er een project is waarbij een van de doelen is de dwang en drang op de werkvloer te verminderen.

Doordat het project op verschillende afdelingen in de Meren plaats vindt en hier mee ervaringen en meningen te kunnen delen tijdens de projectgroepen is zeer leerzaam.

Een andere bevorderende factor is dat we de dwang en drang onderdelen in de huidige visie hebben geïntegreerd. Hierdoor hebben geen grote veranderingen plaats gevonden wat minder weerstand te weeg heeft gebracht.

Subbijlage 1

Uitkomsten enquête

Uit de enquête waarop wij ons hoofddoel voor het dwang en drang project hebben gebaseerd namelijk (een eenduidige visie), is gebleken dat er een tweedeling plaatsvond in het team.

Uit de uitkomsten kan geopperd worden dat er een verschillende gedachtengang plaatsvindt tussen de oude en nieuwe garde. Er is geen gedeelde visie.

Op de vraag over hoe beslissingen genomen worden, antwoordt het team:

- 70% niet persoonlijk betrokken
- 30% wel

Er is een tweedeling in - te langzaam, te eenzijdig
- wel overwogen, betrokken

Over de alternatieven heerst er ook een tweedeling;

Op de vraag of er genoeg aan alternatieven gedacht wordt antwoordt 50% wel en 50% niet.

Tevens wordt er verschillend gedacht over de betrokkenheid.

50% antwoordt zich betrokken te voelen en 50% antwoordt zich niet betrokken te voelen.

Op de vraag over negatieve gevolgen voor het team antwoordt enerzijds 30% onmacht, 10% splitsing team en anderzijds 40% onmacht, 30% splitsing team.

Subbijlage 2

Verslag implementatie dwang en drang in trainingen

In het kader van het dwang en drang project op Sporenburg is er besloten om meer aandacht te besteden aan de bewustwording van het omgaan met dwang en drang. Als instructeur zijnde van de fysieke agressie hantering training heb ik het voorstel gedaan om ook aandacht aan het dwang en drang en bewustwording hiervan in de training te besteden.

Het voorstel luidt om in de acht wekelijkse cyclus zoals die op dit moment gehanteerd wordt eenmaal het onderwerp op te nemen. Op het moment van schrijven zijn de trainingen echter stil gelegd voor enige tijd wegens een aantal problemen. Echter zal dit weer snel opgepakt worden en zal er een nieuw rooster gemaakt worden waarin het onderwerp dwang en drang en de bewustwording hiervan opgenomen zal worden en een terugkerend onderwerp worden zoals dit bijvoorbeeld het geval is bij het M D O of cliënten besprekingen.

In de voorgaande trainingen is het onderwerp minimaal aan bod gekomen. Er ligt wel een voorstel op papier waar een gehele bespreking op staat met enkele vragen. Maar wegens de geringe opkomst tijdens de trainingen is deze niet uitgevoerd. De bedoeling van het onderwerp in de trainingen is het met meerdere collega's bespreken en discussie voeren over hoe wij omgaan met dwang en drang, wat we hierbij voelen en hoe het eventueel anders kan.

Hierbij is meteen het cruciale punt bij de training en wat de afgelopen tijd aan bod is gekomen. Omdat we met de training bezig zijn met dwang en drang uitvoering middels oefeningen, wordt er vaak een voorbeeld geschetst van een cliënt die iets gedaan heeft en waarop actie moet worden ondernomen. Hierbij komt meteen de discussie op gang; wat gaan we doen? Geef je iemand een waarschuwing? Ga je iemand separeren? Etc.

I k heb gemerkt dat er vaak nabesproken wordt ook na de trainingen of het wel goed is hoe er op dat moment gehandeld is en hoe het anders zou kunnen.

De agressie hantering staat in nauw verband met dwang en drang.

In de toekomst zullen we verder moeten bekijken hoe het onderwerp vast te gaan implementeren in de trainingen en hoe dit er gaat uitzien. Wel is het een zinvol concept en zullen er ook verslagen van worden gemaakt en worden meegenomen in de vergaderingen.

Subbijlage 3

Communicatie technieken

Voorstel:

Medewerkers van het niet verpleegkundige team een training te verschaffen voor het omgaan met moeilijke situaties waarbij bewoners als zowel het personeel zijn betrokken.

Doel:

Ter voorkoming dat situaties escaleren en medewerkers handvaten te verstrekken om hiermee op een goede manier te leren omgaan.

Voorbeelden van situaties die zich kunnen voordoen zijn; een bewoner die op een plek rookt waar niet gerookt mag worden. Twee bewoners die aan het schreeuwen en/ of schelden zijn en niet willen stoppen, etc.

De training zal 1 keer per maand gegeven worden door Noël Jansen en een collega verpleegkundige. En zal 1 uur duren.

De doelstelling van de training is mogelijke incidenten zowel fysiek als verbaal niet te laten escaleren of zo goed mogelijk op te lossen. Het omgaan met verbale en fysieke agressie en hoe hierop te handelen. Er zal voornamelijk aandacht worden besteed aan het signaleren van, communicatieve vaardigheden en hoe hulp in te schakelen.

Met deze training zullen we proberen de dwang en drang toepassing terug te brengen.

Start training: Verwachte datum start zal voorlopig eind maart zijn.

Dwang en Drang
in het
verpleegplan

Bijdrage KIB
maart 2004.

Minco Ruiter
Sally Timmermans

Inhoudsopgave:

1.	Doelstelling van het dwang en drang project in de KIB.....	3
2.	Aanleiding voor het onderwerp.....	3
3.	Uitwerking van de doelen.....	4
4.	Hoe bereiken we onze gewenste resultaten?.....	5
5.	Werken aan de resultaten; het proces.....	6
6.	De producten van de werkgroep: de checklisten.....	7
7.	Wat is er van de doelstellingen en gewenste resultaten terecht gekomen.....	8
8.	Meewerkende en tegenwerkende factoren.....	12
9.	Tot slot.....	15
Bijlagen:		
1.	Checklist verpleegplan.....	16
2.	Checklist Patiëntenbespreking.....	17
3.	Checklist Behandelplan voorbereiding.....	18
4.	Checklist Interview bijdrage behandelplan bespreking.....	19
5.	Visie over dwang en drang toepassing in de MFO-FIZ.....	20
6.	Enquete en score.....	23

1. Doelstelling van het dwang & drang project in de KIB

Dwang en drang in het verpleegplan

Dit hoofdstuk, samen met hoofdstuk 2 t/m 4 zijn deels overgenomen uit het projectplan.

Het project van de KIB gaat met name over de rol van het verpleegplan. We gaan het verpleegplan nadrukkelijker gebruiken als samenwerkingsinstrument tussen PB'er (team) en patiënt¹.

Ons doel daarbij is een verbeterde samenwerking tussen patiënt, pb'er en team. De patiënt meer betrekken bij de behandeling(slijn) en dan met name ook bij de dwang en drang in het verpleegplan. Met name ook door ook de beperkende maatregelen meer te bespreken met de patiënt en niet eenzijdig te bepalen. Meer individueel gericht, minder volgens standaardregels en meer samen met de patiënt.

Wij hopen daarmee te bereiken dat bij gebruik van beperkende interventies en maatregelen die soms als middel nodig zijn om een doel te bereiken, onze werkrelatie met de patiënt niet verslechtert en dat het vertrouwen niet beschadigd wordt hierdoor. En dat we op een zo goed mogelijke manier gezamenlijk aan het behandelen verpleegdoel kunnen werken.

Het bovenstaande is één aspect. Ook de cultuur moet namelijk meer de richting op dat het gewoon is om te overleggen met de patiënt en om afspraken op individueel niveau te maken. Deze uitgangspunten moeten we op alle gebieden uitdragen, en moet bv. ook terug te vinden zijn in afdelingsregels, protocollen etc. Het uitgangspunt wat betreft rechten en vrijheden moet zijn: 'een patiënt heeft alles tenzij er goede redenen zijn om het te beperken' en niet 'een patiënt begint met niets en krijgt steeds meer als hij laat zien dat hij het aankan'.

2. Aanleiding voor het onderwerp

Het is momenteel nog niet voor alle medewerkers gewoon om veel met de patiënt te overleggen en om met alle patiënten afspraken op individueel niveau te maken. We werken veel met standaardregels. Een van de onderdelen van deze cultuur is dat we nog niet alle verpleegplannen voldoende samen met de patiënt ontwikkelen. Het gevolg daarvan kan zijn dat het meer het plan van de pb'er is dan een gezamenlijk plan.

Wij evalueren het verpleegdoel nog te weinig met de patiënt. Over de eventueel benodigde beperkende maatregelen en interventies overleggen we niet of te weinig met de patiënt, wij beschrijven het (vaak te algemeen en gestandaardiseerd) in het verpleegplan en de patiënt moet zich er aan houden.

Ook het verband tussen (beperkingen van) vrijheden en het verpleegdoel is niet altijd duidelijk. Het gevolg is dat de patiënten het gevoel hebben dat wij bepa-

¹ Onze visie t.o.v. het verpleegplan is niet veranderd maar wij willen ons meer richten op de daadwerkelijke uitvoering van deze visie. Er is nu een verschil tussen onze visie en de feitelijke situatie.

len en zij moeten volgen (in plaats van dat je samen het behandel- en verpleegdoel bepaalt en probeert te bereiken). Een ander (ongewenst) gevolg kan zijn dat de patiënten de beperkingen als straf ervaren.

Ook is het zo dat niet alle verpleegplannen volgens de gehanteerde normen² zijn opgesteld. Een van gevolgen hiervan kan zijn dat het verpleegdoel onhaalbaar, onduidelijk of onmeetbaar is.

Tenslotte is het ook niet altijd duidelijk welke afspraken die je met de patiënten maakt moet opschrijven en waar. Gevolg hiervan is dat het overzicht op afspraken en behandellijn kwijt raakt.

3. Uitwerking van de doelen

Ons doel is de patiënt meer te betrekken bij de behandeling(slijn) en dan met name ook bij de dwang en drang in het verpleegplan. D.w.z. de beperkende maatregelen meer bespreken met de patiënt en niet eenzijdig bepalen. Meer individueel gericht, minder volgens standaardregels en meer samen met de patiënt.

Dit zijn de hierbij gewenste resultaten:

- **Gezamenlijk verpleegdoel**

Patiënt en PB'er (team) zijn het zoveel mogelijk eens over het verpleegplan. Dat blijkt o.a. uit de ondertekening van het verpleegplan. Waar ze het niet over eens zijn, staat onder aan het verpleegplan genoteerd. Ook de opmerking of het samen is opgesteld of niet.

- **Mening patiënt**

Het overleg met de patiënt en zijn mening over het verpleegplan, en dan met name ook de interventies, komen tot uitdrukking in het verpleegplan.

- **Duidelijke taal**

Dat betekent dat we soms ook meer de taal en de termen die de patiënt gebruikt moeten gebruiken.

- **Onderwerp van gesprek**

Tussen patiënt en PB'er (team) is het verpleegplan (en –doel) voortdurend onderwerp van gesprek (en onderhandeling). Dit blijkt uit de rapportages en weekevaluaties. Tussentijdse bijstelling is, na een gesprek daarover, altijd mogelijk.

- **Bespreken interventies**

De interventies die in het verpleegplan staan bespreken wij vooraf met de patiënt, achteraf evalueren wij met de patiënt de interventie en wordt er gekeken naar de reden, het doel en het vervolg. Dit blijkt uit de rapportage en de patiëntenbespreking.

- **Zorgvuldig**

Als wij dwang toepassen doen we dat zo zorgvuldig mogelijk en schaden zo min mogelijk de werkrelatie en het vertrouwen, mede door de consequente voor- en nabespreken met de patiënt. Dit blijkt uit de rapportages.

- **Minder dwang**

² RUMBA-normen: relevant, begrijpelijk, meetbaar, in termen van gedrag, haalbaar.

Wij hopen minder dwang toe te passen doordat er meer samenwerking is, meer interventies zullen gedaan worden met toestemming van/ in overleg met de patiënt. Dit blijkt uit de turflijst beperkende maatregelen en de rapportages.

- **Overzicht en duidelijkheid**

Het verpleegkundig dossier is overzichtelijk, concreet, begrijpelijk en op orde.

Het gehele team bespreekt en handelt volgens dit verpleegplan. Dit blijkt uit de patiëntenbesprekingen.

- **Verpleegplan voldoet aan eisen**

Elk verpleegplan heeft een beschrijving van probleem, oorzaken, symptomen, doelstelling en interventies. Het verpleegdoel is relevant, begrijpelijk, meetbaar, haalbaar en in termen van gedrag omschreven.

Verpleegplan en behandelplan sluiten bij elkaar aan. Het verpleegplan is een van de deelplannen van het behandelplan.

4. Hoe bereiken we onze gewenste resultaten?

Om ons doelen en resultaten te bereiken is een aantal aanpassingen in onze werkwijze nodig. Deze zijn:

I. Elk verpleegplan opnieuw bespreken

Elke pb'er gaat met zijn patiënt opnieuw het verpleegplan bespreken en zo nodig wijzigen/aanpassen en let hierbij met name op de beperkende interventies en de criteria. Belangrijke aandachtspunten hierbij:

- Elk verpleegplan is op maat, onderhandelen met de patiënt is dus nodig
- In het verpleegplan komen meer de woorden te staan die de patiënt gebruikt (mits niet te afwijkend, anders hierover onderhandelen).
- Elk verpleegdoel is relevant, begrijpelijk, meetbaar, in termen van gedrag, haalbaar.
- In het verpleegplan kunnen ook nog niet geheel uitgewerkte punten komen te staan die bv nog onderwerp van gesprek zijn tussen pb'er en patiënt. Of een verschil van mening tussen pb'er en patiënt.

II. Feedback geven

Collega's helpen elkaar om het verpleegplan 'technisch' goed te maken. De patiëntenbespreking is de plaats voor inhoudelijke opmerkingen. Ook kunnen aparte besprekingen worden ingevoerd waar dit thema centraal staat.

III. Patiëntenbespreking

Het verpleegdoel staat centraal in de patiëntenbespreking: in hoeverre is het doel bereikt? Hier valt ook onder in hoeverre een patiënt voldaan heeft aan de afgesproken criteria waaraan hij moet voldoen om bv. van zijn kamerprogramma of separatie af te komen. Is bijstelling evt. noodzakelijk naar de mening van patiënt en team? De afdelingsmedewerkers nemen de verpleegplannen mee naar de patiëntenbespreking.

De afspraken en acties die voortkomen uit de patiëntenbespreking notuleert het aanwezige teamlid zodat de week erna alle aanwezigen en met name de teamleider kunnen controleren of alle afspraken zijn nagekomen. Een van de momenten om de voortgang van dit project te meten is dan ook tijdens de patiëntenbespreking.

IV. Voorbespreking en terugkoppeling

Voor en na elke patiëntenbespreking en behandelplanbespreking bespreekt de pb-er dit met de patiënt. Afhankelijk van of er bijzonderheden, wel of geen wijzingen in het beleid/ de afspraken nodig zijn, zijn deze gesprekken kort of uitgebreid.

De weekevaluaties die de PB'er schrijft voor de cliëntenbespreking en het verslag voor de behandelplanbespreking geeft hij ook aan de patiënt (tenzij er dringende redenen zijn om dit niet te doen).

V. Afspraken over beperkingen

Als een patiënt een beperkende maatregel, bv een kamerprogramma krijgt, bespreken we met hem wat de tijden zijn, wat hij nodig heeft en/of waaraan hij moet voldoen om er van af te komen. Deze concreet geformuleerde, individueel bepaalde criteria ook aan de patiënt overhandigen. Op al dit soort plannen en papieren komt te staan: 1) samen opgesteld met patiënt ja/nee; 2) akkoord ja/nee; 3) reactie patiënt:... + paraaf.

VI. Inbedding

Dit project en alle daarmee samenhangende activiteiten, doelen en benodigdheden komen te staan in het jaarplan KIB 2003.

We organiseren een bijeenkomst voor alle KIB-medewerkers over dit project en dan met name over het belang van samenwerken met de patiënt.

De patiënten moeten ook geïnformeerd worden over dit project.

VII. Bijscholingsmogelijkheden

- Bijscholing verpleegplan voor alle teamleden (incl visie op zorg en methodiek)
- Cursus onderhandelen voor alle teamleden, hoe pak je het overleg aan?
- Bijscholing rapporteren
- Info voor patiënten over verpleegplan organiseren

5. Werken aan de resultaten; het proces

De werkgroep

De werkgroep die geformeerd is op de KIB en die bestond uit één tot twee vertegenwoordigers van de drie units, een afvaardiging van de patiëntenraad en een unithoofd, ondersteund door de projectleider, is tweewekelijks bij elkaar gekomen om dit project verder te ontwikkelen en uit te voeren. Hierbij hebben ze zoveel mogelijk van algemeen naar concreet gewerkt. Dit gold zowel voor de mensen die erbij betrokken werden, als voor de inhoud.

In het begin deden veel verschillende partijen mee met de tot stand koming van de concrete doelstellingen: uitvoerende medewerkers, unithoofd, medewerker deskundigheidsbevordering, clustermanager, chef de clinique, ondersteuner patiëntenraad en leden van de patiëntenraad.

Bij de verdere concretisering en uitwerking van het project deden alleen de leden van de werkgroep mee. Hoewel de patiëntenraad alleen bij de tussentijdse evaluatie en afsluitende bijeenkomst aanwezig is geweest.

Voor wat betreft de inhoud zijn we langzamerhand prioriteiten gaan stellen. En hebben we de eerder genoemde gewenste resultaten verdeeld in twee concrete activiteiten:

1. het bespreken van het verpleegplan tussen pb-er (team) en patiënt en

2. het frequenter bespreken en herbeoordelen van de beperkende interventies, in de patiëntenbespreking en behandelplanbespreking, zodat deze bijgesteld kan worden.

Hier toe hebben we vier concrete checklisten ontwikkeld (zie bijlage 1 t/m 4: producten van de KIB.)

Informatie overdracht

Om de medewerkers en de patiënten zoveel mogelijk te informeren zijn verschillende wegen bewandeld. In eerste instantie zijn de units apart geïnformeerd door informatie te geven bij de dienstoverdracht. Daarna zijn de patiëntengroepen apart bezocht om ze over het project te vertellen. Dit was bedoeld ter kennismaking en ter kennisgeving. Een lid van de patiëntenraad (en van de werkgroep) was hierbij aanwezig.

In tweede instantie zijn KIB bijeenkomsten georganiseerd (twee stuks) ter verdere verdieping van het onderwerp en om de concrete middelen (de checklisten) te presenteren. Tevens diende dit ter motivering.

Het bleek lastiger als verwacht om de checklisten door iedereen te laten gebruiken. Het heeft maanden geduurd voordat het werkelijk gemeengoed is geworden. Hierbij hebben we ook gebruik gemaakt van onze eigen werkgroep. De afdelingsvertegenwoordigers hadden een duidelijke rol in de informatie verstrekking en motivatie verhoging.

Motivering van de afdelingswerkers

Op verschillende wijzen is aan de motivering van alle afdelingswerkers gewerkt. Herhaling en overtuiging waren hierbij gebruikte middelen. Er zijn algemene bijeenkomsten georganiseerd en het is een vast item geworden bij de werkbespreking. Zodoende kon er telkens weer aandacht voor gevraagd worden. De afdelingsvertegenwoordigers speelden hierbij een beslissende rol. Toch is het kenmerkend hoe lang het duurt voordat attitude verandering plaatsvond. En ook werkverandering, want m.b.v. de checklisten moest soms anders gewerkt worden. Soms hielp het om per afdelingswerker te bepraten in hoeverre er sprake was van onkunde, onwil of weerstand. Het bleek soms een combinatie van beide. Het is de macht der gewoonte, maar soms ook de attitude dat het belangrijker is om voorspelbaar en overzichtelijk te zijn desnoods zonder uitvoerig overleg met patiënt en/of instemming. Of het idee dat de patiënt het er toch niet mee eens is, dus waarom die moeite.

Maar ook juridische zaken speelden een rol. In deze periode zijn ook klinische lessen geweest over de werking van de BOPZ en voornamelijk de dwangbehandeling hierbij. De combinatie met het project werkte voor veel mensen verhelderend. Het is ook vanuit de wet BOPZ noodzakelijk om uit te gaan van en te streven naar het principe van overeenstemming in de behandeling. Hier moet je moeite voor doen, dat gaat niet vanzelf.

Uiteindelijk heeft waarschijnlijk deze combinatie en het feit dat de checklisten onderdeel van het KIB beleid zijn geworden, ondersteund door de "lijn", er voor gezorgd dat het doel en de middelen van het project goed zijn beklifd bij alle medewerkers. Ondanks dat de externe ondersteuning door Dorine Bau-duin pas in februari en maart plaats zal vinden.

6. De producten van de werkgroep: de checklisten

1. checklist verpleegplan

Teneinde het voor de pb-ers gemakkelijker te maken om het gesprek aan te gaan met de patiënt, heeft de werkgroep bedacht hier een hulpmiddel bij te maken, wat de “checklist verpleegplan” is geworden. Hierin zijn veel van de in hoofdstuk drie vermelde resultaten opgenomen, zoals uitleg over het verpleegplan, de taal, de methodiek, het concreet en persoonlijk zijn, het onderhandelingsaspect en het duidelijk krijgen van de mogelijke perceptie verschil tussen pb-er (team) en patiënt.

2. checklist patiëntenbespreking

Als tweede belangrijke concrete activiteit gold het frequenter bespreken en herbeoordelen van de beperkende interventies. Middels de checklist patiëntenbespreking kan er meer aandacht besteed worden aan de evaluatie van de toegepaste interventies met aanleiding, effect en doelmatigheid. Expliciet moeten de eventuele perceptieverschillen beschreven worden. Indien patiënt het niet eens is met de interventie, gaat pb-er er met hem over in gesprek. Ook wordt door deze checklist meer aandacht besteed aan het methodisch werken: de afspraken van vorige bespreking worden herhaald en gecontroleerd, en er wordt beoordeeld in hoeverre de beperkende maatregelen verminderd kunnen worden m.b.v. uitbreidingscriteria. Tevens wordt de doelstelling geëvalueerd.

3. (checklist) behandelplanvoorbereiding

De reeds bestaande checklist behandelplanvoorbereiding, hoewel geen checklist genoemd, hebben we aangepast aan het dwang en drang project. Expliciete aandacht voor de toegepaste beperkende interventies is toegevoegd, waarbij het beoogde doel en het resultaat wordt beschreven, vanuit de perceptie van de patiënt en het team. Ook is methodisch aandacht besteed aan het beoordelen van alle doel- en probleemstellingen met waar nodig voorstellen voor wijziging hiervan.

4. interview bijdrage behandelplanbespreking

Als laatste is het bestaande interview bijgewerkt en verbeterd. Dit interview diende ook al ter voorbereiding voor de behandelplanbespreking, waarbij expliciet de perceptie van de patiënt centraal stond. Toegevoegd is dat de patiënt zijn mening kan geven over het gehele dossier: over zijn programma, alle opgeschreven afspraken en over het huidige verpleegplan. Hierbij kan hij aangeven wat hij ervan vindt en of hij het anders zou wensen.

Bijproduct

Het project dwang en drang hangt samen met hoe de wet BOPZ geregeld is. Tijdens de interne BOPZ-commissie kwamen dikwijls onderwerpen aan de orde die direct verband hadden met het dwang en drang project. Toen de centrale dwang en drang commissie, (Meren breed) in haar jaarlijkse rapport aandacht vroeg voor een visiestuk over dwang en drangtoepassing, is een visiestuk over dwang en drang toepassing in de MFO-FIZ geschreven. Hier zijn enkele van de eerder genoemde resultaten in opgenomen. (zie bijlage 5).

7. Wat is er van de doestellingen en gewenste resultaten terechtgekomen?

Om er achter te komen in hoeverre de hiervoor genoemde producten daadwerkelijk effectief zijn om de doelstellingen en de gewenste resultaten te bereiken hebben we enkele middelen gebruikt:

1. enquête onder afdelingswerkers
2. interview met de drie unit hoofden
3. mening patiënten via interview
4. kwantitatief onderzoek
5. evaluatie voorgestelde wijzigingen in de werkwijze (hoofdstuk 4)

Ad 1. Enquête

Alle afdelingswerkers hebben via de e-mail een enquête formulier ontvangen. Hierop stonden 18 gesloten vragen, waarop gescoord kon worden met een cijfer tussen 1 en 5 (niet behaald tot respectievelijk wel behaald) en één open afsluitende vraag.

Van de 42 medewerkers zijn 26 formulieren teruggekomen (62%)

In bijlage 6: 'uitslag enquête' kan de precieze score gelezen worden (van de gesloten vragen). Hier wordt volstaan met een beschreven conclusie hieruit. Opvallend is dat nergens slecht wordt gescoord. De laagste gemiddelde score is een 3 (van 1 t/m 5), wat we beschouwen als slechts half behaald. Daarom worden de cijfers ook in relatie tot elkaar gezien. Het cijfer 3.0 t/m 3.3 valt dan op als "minder behaald" en 4 of hoger als "goed behaald" en alles hiertussen als "redelijk behaald".

Opvallend is dat de doelstelling zelf als redelijk worden gescoord. Dit betekent dat men vindt dat er een redelijk verbeterde samenwerking is tussen patiënt en team en dat de patiënt redelijk meer betrokken wordt bij de behandeling en de dwang en drang maatregelen.

Wat als duidelijk minder wordt gezien is als eerste de, wat we noemen, reconstructie: het met de patiënt nabespreken van de beperkende maatregel, waarbij aanleiding, doel en effect wordt besproken. Ook het minst behaald is de afname van de dwangmaatregelen. Hoewel we dit niet hard hebben kunnen maken, is het ook onwaarschijnlijk dat er daadwerkelijk minder dwang is toegepast. Helaas wordt niet duidelijk of er misschien wel een verschuiving is richting lichtere vormen van dwang.

Ook het meer methodisch opstellen van de verpleegplannen scoort minder goed. En de dossiers kunnen ook overzichtelijker en begrijpelijker worden geordend.

Voor wat betreft het samen opstellen van het verpleegplan, is men ook nog niet genoeg tevreden, de mening van de patiënt komt nog niet genoeg uit de verf. En de taal is slechts weinig begrijpelijker gemaakt. (overigens wordt hierbij niet het proces zichtbaar, alleen de mening over hoe het nu is). Ronduit tevreden is men over de mogelijkheid om verpleegplannen bij te stellen via de patiëntenbespreking. Men vindt ook dat er zorgvuldig wordt gewerkt bij de toepassing van dwang en drang maatregelen.

Opvallend is dat men alle checklisten werkbaar vindt (hoewel diversen nog nooit hebben gehoord van m.n. de checklisten verpleegplan en BHP. Dit zou de score eigenlijk naar beneden moeten halen).

De oorspronkelijke achterliggende gedachte achter de basisdoelstelling, namelijk dat de werkkrelatie en het vertrouwen tussen patiënt en team zo min mogelijk moet worden geschaad door de beperkende maatregelen wordt als redelijk behaald beschouwd.

Ook opvallend is dat men denkt dat de patiënt het redelijk vaker eens is met zijn behandeling. Dit betekent dat hierin wordt geïnvesteerd.

De algemene vragen omtrent de ondersteuning van de medewerker bij het project en de kennisoverdracht scoren ook redelijk, hoewel de kennis wel minder als de ondersteuning.

De open afsluitende vraag heeft vrijwel iedereen ingevuld. Vrijwel iedereen ervaart dat het project dwang en drang daadwerkelijk van invloed is geweest op hun werkwijze, en dan in duidelijk positieve zin. Het woord bewustwording wordt hierbij vaak gebruikt. Men heeft meer kennis en inzicht in de beperkende maatregelen, de juridische kant hierbij en de impact hiervan op de patiënt. Men ervaart dat men daardoor alerter, zorgvuldiger, actiever en creatiever is geworden. Het is minder vanzelfsprekend en daardoor voor sommigen ook zelfs prettiger werken. Men richt zich meer op de noodzaak van onderhandeling en het evalueren van de beperkingen.

Toch zijn er ook wel enkele kritische geluiden te horen. Het is niet altijd mogelijk om goed samen te werken, dit hangt dan af van de beperkingen van de patiënt.

Enkele zaken lopen volgens sommigen nog niet goed. Dit is bijvoorbeeld de juiste nabespreking met de patiënt, waarbij niet alleen aandacht is voor de kant van de dagbegeleider, maar ook voor de kant van de patiënt. Ook de checklisten zijn nog niet optimaal, vooral die het verpleegplan en van de BHP. Hier zou meer ondersteuning bij nodig zijn. Ook hoopt men dat het onderwerp blijvende aandacht krijgt, bijvoorbeeld door een aandachtsfunctionaris.

Ad 2. Interview unit hoofden

Een van de drie unit hoofden heeft als lid van de projectgroep de andere twee geïnterviewd. Daarbij werd dezelfde enquête gebruikt als richtlijn voor het gesprek.

De leidinggevendenden konden moeilijk beoordelen of de veranderingen omtrent de verpleegplannen en attitude in toepassen van drang en dwang enkel zijn toe te schrijven aan het project. Hun inziens zijn er los van het project op andere manieren ook gewerkt aan het verbeteren van het verpleegplan en de individualisering van behandelafspraken.

Wel geeft dit mooi weer dat het doel van de project- en werkgroep goed heeft aangesloten bij de ontwikkelingen die gaande waren. Er wordt geconcludeerd dat het zeer zeker wel geholpen heeft en dat met name de ontwikkelde producten werkbaar en nuttig worden ervaren. De checklisten worden in toekomstige cursussen opgenomen.

Daarnaast is er een handboek voor Persoonlijk Begeleiders in ontwikkeling waarvan de begeleidend teamleider heeft geuit dat de producten van de werkgroep mogelijk ook daarin een plek krijgen.

Wel werd opgemerkt dat het project te lang in een relatief kleine kring is gehouden, de werkgroep. Waardoor een kleine groep de verantwoordelijkheid voor de voortgang had en deze niet breed werd gevoeld. Daardoor werd de inbedding bemoeilijkt en is er niet genoeg tijd geweest om een periode te kunnen bekijken zonder werkgroep hoe de afdelingen de producten in de praktijk hebben gebruikt. Daarbij merken zij ook op dat de ingezette organisatie verandering ook veel van de aandacht heeft weggetrokken van dit project. Er gebeurde binnen de kliniek organisatorisch veel wat de aandacht nodig had.

Ad 3. Patiënten interview

Van de drie units zijn bij elkaar vier patiënten geïnterviewd. Dit is uitgevoerd door Dorine Bauduin, onderzoeker voor het dwang en drang project. Hieronder maken we gebruik van de tekst van haar eindverslag.

Globaal zijn de patiënten het eens met de doelstelling van het project, hoewel ze niet het proces hiervan hebben ondervonden, omdat ze nog niet lang zijn opgenomen. Eén patiënt is minder positief en ervaart geen ruimte voor onderhandeling.

Hoewel de patiënten ervaren dat de teamleden hun best doen om de patiënten te betrekken bij de behandeling, hebben ze tegelijkertijd de mening dat er weinig flexibiliteit is t.a.v. afspraken en regels: “Je kunt niet gemakkelijk iets veranderen, of een uitzondering maken, altijd over leuke dingen moeten praten, verzoeken tussendoor mogen alleen over medicijnen gaan, “je mag bij kamerprogramma alleen bellen als je bijna dood bent, als er iets ernstigs is, niet als je gewoon iets vergeten bent te zeggen bij de contactmomenten”. De afdelingsregels worden strikt toegepast en je hebt er geen enkele inspraak op; “zo en niet anders”. Het zou ook wel eens wat soepeler kunnen. Bij alles staat de eigen veiligheid van de verpleging voorop”.

Over de probleemstelling en verdere invulling van het verpleegplan is veel overleg. Er wordt naar de mening van de patiënt geluisterd, er kunnen alternatieven aangedragen worden en de begeleiding doet zijn best om de kant van de patiënt te begrijpen. Toch heeft de begeleiding wel het laatste woord. Hoewel ze wel hun best doen om dit uit te leggen. De begeleider is de baas en dat wordt wel eens als vervelend ervaren. Vooral als daardoor de kant van de patiënt niet wordt geloofd.

Bij één patiënt is nadrukkelijk opgeschreven wat die wel goed en niet goed vond van het verpleegplan.

Al met al vinden de patiënt dat er toch nog veel sprake is van dwang. Ze worden lang niet altijd als volwassenen beschouwd die je serieus moet nemen.

Ad 4. Kwantitatief onderzoek

Bij de drie units is steekproefsgewijs, eenmalig, gekeken in hoeverre er bewijs kon worden gevonden voor het al of niet uitvoeren van enkele voornaamste checklisten. Dit is uitgevoerd door de voormalige werkgroep leden c.q. afdelingsvertegenwoordigers. Hierbij is alleen gekeken naar concrete bewijsbare punten:

- Is er een onderschrijf bij het verpleegplan (samen opgesteld ja/nee, mee eens ja/nee, paraaf en evt toelichting);

- Is de weekevaluaties geschreven volgens de checklist?
- Is de BHP voorbereiding geschreven volgens de checklist?
- Is er een Anamnese opgesteld?

Hieruit blijkt dat van de 15 onderzochte verpleegplannen er slechts 20% ondertekend is.

Van de 21 weekevaluaties is 81% geschreven volgens de checklist.

Van de 14 BHP voorbereidingen is 36% volledig geschreven volgens de checklist.

Van 18 cliënten heeft 44% een geschreven anamnese (met een groot verschil tussen de units, bij unit 5.1 is dit percentage 75% bij de units 6.0 en 6.1 is dit slechts 20%.

De afdelingsvertegenwoordigers merkten nog op dat voornamelijk de verpleegplan checklist slecht gebruikt wordt. Het idee van samen doen is wel ingeburgerd, maar het instrument checklist verpleegplan en bijbehorende punten wordt (nog) weinig gebruikt.

Ad 5. Evaluatie hoofdstuk 4

In hoofdstuk 4 zijn een aantal voorgestelde wijzigingen in de werkwijze voorgesteld. Hieruit blijkt dat niet alle zaken voldoende aan bod zijn gekomen.

- Alle verpleegplannen moeten opnieuw doorgenomen worden met de patiënten. Gebleken is dat het zeer moeilijk was voor de pb-ers om opnieuw de verpleegplannen door te nemen. Men beschouwde de plannen soms als klaar en de onderhandelingen als gesloten. Ook was het vaak voor de patiënt vervelend en confronterend om weer alles door te nemen. Slechts een enkel verpleegplan is daadwerkelijk m.b.v. de checklist opnieuw besproken (punt I).
- Aandacht voor de technische aspecten van het verpleegplan en de methodische ondersteuning hierbij, en het elkaar tevens alert houden op de methodiek (punt II), Ook uit de enquête blijkt dat de eisen van PES en RUMBA nog niet voldoende zijn behaald.
- Het lijkt alsof tijdens de patiëntenbespreking (punt III) wel goed wordt beoordeeld in hoeverre alle interventies nog effectief zijn, maar dat de perceptie van de patiënt nog vaak wordt vergeten. Blijkbaar is het moeilijk om dit steeds te achterhalen. Toch is het wel een kern punt om ons bewust te worden van de perceptie van de patiënt. Als deze het er niet mee eens is, zullen we meer moeten doen dan indien hij het er wel mee eens is.
- De weekevaluaties gebruiken om met de patiënt de week door te nemen ter voorbereiding op de evaluatie, dan wel de evaluatie achteraf en de gevolgen voor de patiënt bespreken (punt IV.) Dit wordt zeker niet gestructureerd gedaan.
- Onduidelijk is of bij ingeperkte programma's (bv. kamerprogramma) met patiënt onderhandeld wordt over bv tijden en uitbreidingscriteria en deze ook wordt voorzien van een onderschrift: samen opgesteld ja-nee en mee eens ja-nee + paraaf. (punt V). Op 6.0 gebeurt dit laatste tegenwoordig al vaker, omdat gebruik gemaakt wordt van een standaard kamerprogramma c.q. afzonderingsprogramma waarin deze zaken standaard genoteerd

staan (inclusief: reden en doel programma en uitbreidingscriteria). Het standaard programma kan aangepast worden aan de individuele situatie. Een risico is, dat dit laatste weer te weinig gebeurt, zodat het toch een standaard programma wordt.

Conclusie: evaluatie van behaalde resultaten

Samenvattend kunnen we zeggen dat het bewustwordings proces rondom het gebruik maken van dwang en drang maatregelen goed op gang gekomen is. Er wordt meer gezamenlijk met de patiënt gedaan waar dit mogelijk is, meer individueel gekeken naar de mogelijkheden van de patiënt en meer overleg gevoerd binnen het team en met de patiënt. Het lijkt ook onderdeel van de cultuur te zijn. Men denkt erover na en is kritischer geworden. Ook vanuit de patiëntenkant wordt dit ondersteund.

Toch moet gezegd dat zich dit beperkt tot de samenwerking rondom het verpleegplan en de individuele behandeling. Er heerst toch nog steeds een tamelijk stringente afspraken cultuur, zo blijkt uit het patiënteninterview. Afdelingsregels blijken niet altijd op maat gesneden of flexibel geïnterpreteerd te kunnen worden. Blijkbaar is de “inspraak cultuur” nog niet zover verbreed dat ook algemene regels en afspraken meer geïndividualiseerd kunnen worden.

Vanuit het kwantitatief onderzoek (ad. 4) blijkt dat het middel om inzichtelijk te maken of de patiënt het eens is en het plan samen met hem of haar is opgesteld, laag scoort. De checklist verpleegplan wordt ook weinig gebruikt en er zijn weinig ondertekende plannen. Uit onze evaluatie middelen is niet duidelijk te maken waar dit aan ligt. De andere checklisten worden door de meesten als meer werkbaar ervaren.

Gelijktijdig wordt er ook aangegeven dat voor een aantal medewerkers meer duidelijkheid of ondersteuning nodig is.

Wellicht zal dit zeker ook moeten gelden voor andere onderwerpen die extra aandacht behoeven, zoals de technische aspecten en het meer methodisch opstellen van het verpleegplan. En zo ook voor het uitvoeren van een juiste reconstructie. Het blijkt dat tijdens de nabespreking van een beperkende maatregel, de perceptie van de patiënt niet genoeg uit de verf komt. Blijkbaar is hier niet voldoende aandacht voor. Dit blijkt ook uit de evaluaties tijdens de patiëntbespreking.

Of de inbedding van het project gelukt is en de strekking volledig onderdeel zal uitmaken van de werkwijze zal op de langere termijn bekeken moeten worden, aangegeven is dat het nog niet lang genoeg door de aansturing lijn is overgenomen om te kunnen zeggen of dit gelukt is. Eventueel kan gedacht worden aan een aandachtsfunctionaris, die blijvend de aandacht vestigt op de dwang en drang thema's.

8. Meewerkende en tegenwerkende factoren

Bij de start en uitvoering van dit project zijn we op verschillende momenten tegen zaken aan gelopen die onze ontwikkeling en uitvoering bemoeilijkten of soms hebben geholpen.

Meewerkende factoren:

Om met het laatste te beginnen, hebben wij als goed werkbaar ervaren dat we onze onderzoek fase, waarin we gekeken hebben welk onderdeel van het werk we middels dit project wilden aanpakken, goed benut hebben. Door veel te praten met verschillende disciplines over een breed aantal onderwerpen en ook bij de teams te inventariseren waar de behoefte lag. Om zo niet alleen een onderwerp te kiezen waar vraag naar was, maar ook een onderwerp of onderdeel wat mensen aan zou spreken en waar ze heel concreet mee konden werken.

Daarnaast hadden we van te voren bedacht dat het zoveel mogelijk zou moeten aansluiten bij bewegingen en ontwikkelingen die al gaande waren om zo de haalbaarheid te vergroten en te vermijden dat het project gezien zou worden als iets wat “er ook nog bij komt”.

Het bewustwordings proces hebben we bij aanvang ook benoemd als het moeilijkst meetbare effect van het project maar mogelijk wel het belangrijkste. Dit hebben we voornamelijk bewerkstelligd door veel in gesprek te gaan en te blijven over de toepassing van dwang en drang. Hier heeft de werkgroep een belangrijke rol gespeeld aangezien zij daar op hun eigen afdeling een sleutelrol hadden wat voorlichting betrof. Naast veel communiceren over het thema en de uitvoering, was het ook nodig om binnen onze MFO, wat de laatste jaren veel in ontwikkeling en beweging is, de aandacht erbij te houden. Het als vast vergaderpunt op de agenda van verschillende overleggen hebben, heeft kunnen voorkomen dat het project uit het oog verloren werd.

Tegenwerkende factoren:

Na de start bleek dat we goed voorbereid waren begonnen en dat we met de keuze van “Dwang en Drang in het verpleegplan” een goed maar wel omvangrijk onderwerp hadden uitgezocht. Waardoor we ook hebben moeten waken voor het steeds uitgebreider worden van onze doelstelling en verwerking van producten. Achteraf gezien hadden we het kleiner kunnen houden maar zijn we toch blij dat we voor de volledigheid tot deze producten zijn gekomen.

Daarnaast spelen mechanismen als weerstand tegen iets nieuws en anders denken over wat je doet altijd een rol. Dit hebben we voor een deel kunnen ondervangen door veel duidelijkheid te geven over het project plan, het simpel houden van het doel en het stapsgewijs introduceren van de producten.

Wat de ontwikkeling van het project heeft bemoeilijkt was de samenloop met andere ontwikkelingen waardoor op sommige momenten in het jaar de energie niet altijd voorhanden was bij de afdelingen en leidinggevenden om dit steeds prioriteit te geven. Dit hebben we ons als werkgroep ook gerealiseerd en hebben geaccepteerd dat dan even het tempo wat lager ging of iets anders voorrang had. Door de inzet van de werkgroep is het project nooit in de vergetelheid geraakt.

Wel bemerkten we dat door de naam: “Dwang & Drang” het enerzijds herkenbaar was uit welke hoek de afspraken of producten kwamen en het waarom niet uit het oog verloren werd, anderzijds kreeg het door de naam iets van een karikatuur. Waar we als werkgroep erg alert op moesten zijn.

Voor een deel is dit in de hand gewerkt doordat we als werkgroep wellicht te lang het voortouw hebben genomen en ingezet beleid sneller in de lijn hadden moeten onderbrengen zodat sneller zichtbaar zou kunnen worden of onze

producten en ontwikkelde werkwijze op de langere termijn ook werkbaar blijven. Zolang de werkgroep enthousiast aan het werk bleef, creëerden we ook een situatie waarin de groep er om heen afwachtend kon blijven in plaats van actief. Ons vermoeden is dat we halverwege de project tijd hadden moeten stoppen met ontwikkelen en een bredere groep werknemers verantwoordelijk hadden moeten maken voor het verloop van het project en de inbedding. Dan hadden we beter kunnen evalueren of de ingezette ontwikkelingen op de langere termijn nog werkbaar zijn en of de blijvende inbedding gelukt is.

9. Tot slot

Een kort nawoord van de schrijvers van dit eindstuk en tevens de deelnemers namens de KIB in de projectgroep. Wij hebben het laatste jaar met veel plezier aan dit project meegedaan en dat binnen onze kliniek uitgevoerd. De bijeenkomsten van de projectgroep hebben wij als nuttig en prettig ervaren. De uitwisseling van ervaring en de herkenbaarheid van de verschillende fasen waar het project doorheen ging.

Met het ten einde komen van het project is natuurlijk niet alles klaar en hebben wij voldoende handvaten en onderwerpen waar we nog uitgebreid mee verder kunnen. Een aantal zaken hebben we in dit verslag ook benoemd.

Zo zal stil gestaan kunnen worden bij de vraag hoe het komt dat de basishouding t.a.v. afspraken en regels nog steeds tamelijk star is, in ieder geval vanuit de ogen van de patiënt. Is dit de cultuur, komt dit door de wat onzekere tijd van onze (re)organisatie, zijn we als hulpverleners soms teveel bezig met de middelen (regels en afspraken) en verliezen we het hogere doel (hulpverlening vanuit de omstandigheid van een specifieke patiënt) soms uit het oog, zijn we nog teveel gefixeerd op voorspelbaarheid, als hoeder van een veilig klimaat, terwijl inspraak juist ook kan leiden tot meer betrokkenheid en juist hogere veiligheid?

Belangrijk is dat we de weg die we ingeslagen zijn blijven volgen en het gesprek blijven voeren, met patiënten en met elkaar.

Een hulpmiddel hierbij kan de visie vanuit de zorgethiek zijn. Zoals tijdens de lezing dwang en drang van Guy Widdershoven in het AMC op 1 maart naar voren kwam.

Kernpunt hierbij is de noodzaak tot goede zorg vanuit een verantwoordelijkheid die je als hulpverlener hebt, waarbij je werkt vanuit de verschillende perspectieven, met elkaar. Niet de cliënt bepaalt, niet de hulpverlener bepaalt, maar in een bepaalde samenhang. Het is geen óf óf denken, maar een continue dynamisch proces waarbij je streeft naar instemming, maar daar waar nodig vormen van (positieve) drang toepast, van het samen zoeken naar redenen van weigeren, om rekening te kunnen houden met specifieke wensen, tot vormen van stimulatie, tot vormen van overreding tot uiteindelijk het dwangmiddel, overnemen van de beslissing. Deze 'vormen van interventie van Moody' kun je als basis nemen in het continue spel van samenwerken en onderhandelen.

*Sally Timmermans & Minco Ruiter
Maart 2004.*

Subbijlage 1.

CHECKLIST VERPLEEGPLAN

Zoals jullie weten loopt op de KIB het project Dwang en Drang. Hierbij hebben wij onszelf als doel gesteld: een verbeterde samenwerking tussen patiënt en pb'er/ team. We willen de patiënt meer betrekken bij de behandeling(slijn) en dan met name ook bij de dwang en drang in het verpleegplan. Vooral ook door de beperkende maatregelen meer te bespreken met de patiënt en niet eenzijdig te bepalen. Meer individueel gericht, minder volgens standaardregels en meer samen met de patiënt.

Daarom hebben we afgesproken om alle verpleegplannen opnieuw met de patiënten te gaan bespreken. Het is de bedoeling dat het verpleegplan meer een product van patiënt en pb'er samen is. Hieronder volgt een checklist met punten waarop je in het gesprek kunt letten.

- Begin het gesprek met eenvoudige toelichting over inhoud, functie en doel verpleegplan.
- Schrijf het verpleegplan volgende de principes van PES en RUMBA
- Let op de formulering in het verpleegplan. Probeer een gezamenlijke formulering te zoeken, waar de patiënt zich ook in herkent
- Probeer in je beschrijving zo concreet en duidelijk mogelijk te zijn en vermijd algemeenheden of standaardteksten.
- Probeer te onderhandelen met de patiënt, m.n. over symptomen en interventies
- Streef naar consensus
- Geef ruimte voor de mening van de patiënt
- Vul onderaan het verpleegplan in:
 - Verpleegplan wel/niet samen met <naam patiënt> opgesteld
 - <naam patiënt> is het hier wel/niet mee eens.
 - Handtekening patiënt en pb'er
- Op een apart blad beschrijf je uitgebreider de reactie van de patiënt: waar was hij het mee eens/ oneens en waarom. Of waarom is het verpleegplan niet samen opgesteld.
Dit blad kun je zelf aan het verpleegplan hangen, als word-document.
Geef het als naam: opmerkingen patiënt over verpleegplan.

Subbijlage 2.

Checklist patiëntenbespreking

- Afspraken vorige patiënten bespreking en nagaan of deze nagekomen zijn.
- Samenvatting van de afgelopen week met hierin specifiek aandacht voor de ondernomen interventies. In de beschrijving hiervan moeten gedrag van de patiënt (aanleiding), interventie en de reactie van de patiënt (wel of niet in overleg/ mee eens) naar voren komen.
- Evaluatie verpleegdoel: is het doel behaald, is het nog actueel. Tevens een beargumentatie hiervan.
- Samenvatting turflijst:
 - hoeveel/ wat voor beperkende interventies
 - was de patiënt het hiermee eens of
 - was de patiënt hier niet mee eens
 - indien niet mee eens en er is sprake van afzonderen of separeren: was het dwangbehandeling of M&M
- Evaluatie interventies: is/ was de patiënt het hier (nog) mee eens, behalen deze nog het beoogde doel. Wanneer de uitkomst van deze evaluatie aanleiding geeft om met de patiënt in gesprek te gaan over de interventies, afspreken dat pb-er hiertoe het initiatief neemt.
- Eventueel voorstel tot aanpassing.
- Eventueel: voldaan aan criteria voor uitbreiding?

Subbijlage 3.

BEHANDELPLANVOORBEREIDING VAN HET BEGELEIDEND TEAM

1. Neem een behandelplan interview af met de patiënt.
2. Stel de anamnese volgens NSM, bij n.a.v. de observaties van de afgelopen acht weken en het interview.
3. Maak een korte samenvatting van de afgelopen periode. Vermeld hierin eventueel (met aanleiding):
 - de toegepaste beperkende interventies (met beoogd doel en resultaat),
 - de verkregen uitbreidingen,
 - de bijgestelde doelstellingen,
 - de bijgestelde interventies,
 - de bijgestelde symptomen.
4. Naar aanleiding van de veranderde items van de anamnese en het interview completeer je de voorbereiding door de volgende punten te beschrijven:
 - a. stressoren
 - b. stressverwerkingspatroon en verdedigingsmechanismen
 - c. aanwezige hulpbronnen
 - d. interactie met de omgeving
 - e. conditie van het patiëntstelsel
 - f. verschillen en overeenkomsten in perceptie tussen de patiënt en de begeleiding. Neem bij het beschrijven van dit punt, naast de observaties, het interview als informatiebron.
5. Vermeld gehaalde en niet gehaalde doelstellingen en beargumenteer dit. Doe eventueel een voorstel voor het bijstellen van de probleem- en doelstelling.

Subbijlage 4.

INTERVIEW BIJDRAGE BEHANDELPLANBESPREKING

Het interview is de bijdrage van de patiënt voor de behandelplanbespreking. Het interview moet afgenomen worden door de persoonlijk begeleider. Deze vragen kunnen als leidraad genomen worden voor het interview.

Algemene vragen:

1. Hoe heeft u de afgelopen periode (acht weken) ervaren: wat ging goed, wat ging niet goed, wat is hierin veranderd?
2. Wat wilt u in de aankomende periode doen om de huidige situatie te verbeteren, wat heeft u hiervoor nodig en wie kan u hierbij helpen?
3. Wat vindt u van uw contact met medepatiënten, begeleiding, activiteitenbegeleiding, behandelaar en familie?
4. Wat houdt u op dit moment het meeste bezig?

Vragen met betrekking tot verpleegplan, programma en overige afspraken:

5. Wat vindt u van uw huidige verpleegplan (voornamelijk de probleemstelling en de doelstelling)?
 - Sluit dit aan op hetgeen u zelf ervaart?
 - Mist u hier iets in of zou u hier iets anders in willen?
6. Wat vindt u van uw programma?
 - Biedt uw programma u ondersteuning?
 - Mist u hier iets in of zou u hier iets anders in willen?
7. Wat vindt u van uw overige afspraken?
 - Vindt u deze afspraken nodig?
 - Mist u hier iets in of zou u hier iets anders in willen?

Tenslotte, heeft u nog zaken die u wilt bespreken of aanvullingen op onze vragen?

Subbijlage 5.

Visie over dwang en drang toepassing in de MFO-FIZ

februari 2004

Dit visie stuk kan als aanvulling gezien worden op het officiële 'beleid middelen & maatregelen en dwangbehandeling, versie maart 2001'.

De in de Meren gehanteerde kernbegrippen: *preventief, effectief en zorgzaam* vormen de grondslag voor alle toepassingen van dwang en drang. Tevens dient de toepasser van dwang en drang zich te houden aan de uitgangspunten van verantwoorde zorg. Dit wil zeggen dat de toepassing moet voldoen aan de eisen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.

Deze basisuitgangspunten houden voor alle toepassingen van dwang en drang de volgende **basisregels** in:

1. Alle leden van het multi-disciplinaire behandelteam voorkomen zoveel mogelijk de dwang en drangtoepassing.
2. Indien toch noodzakelijk beëindigt het team de toepassing hiervan zo snel als mogelijk aan de hand van opgestelde toetsingscriteria.
3. Bij de keuze van de vorm van dwang of drang zoekt het team naar een zo min mogelijk ingrijpende toepassing, passend bij de specifieke situatie.
4. Bij de toepassing van dwang en drang laat het team de autonomie van de patiënt zo veel als mogelijk in tact.
5. Het team streeft uitdrukkelijk naar overeenstemming met de patiënt in de dwang en drang toepassing.
6. Het team bepaalt en past de dwang en drangtoepassing individueel toe.
7. Het team toetst de effectiviteit van de dwang en drang toepassing na elke toepassing hiervan.
8. Na afloop van de dwang en drangtoepassing evalueren de afdelingsmedewerkers met de patiënt, aanleiding, noodzaak en effect. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de perceptie van de patiënt en die van het team.
9. Het uitvoerende team hanteert een optimale communicatie met de patiënt, vooraf, tijdens en na de dwang en drang toepassing.
10. Het team heeft na toepassing van drang, of dwangmaatregelen, aandacht voor mogelijke ambivalente emoties zowel bij patiënt, evt. bij familie, als ook als collega's onder elkaar.

Voorbeelden van drangmaatregelen

1. Het opleggen van een beperkte en niet vrijblijvende keuze zoals het moeten innemen van medicatie of verplicht verblijf in de separeer.
2. Het beperken van de keuze tot: stoppen met huidig (storende of regeloverschrijdende) gedrag, of verplicht terugtrekken op eigen kamer.

Voorbeelden van dwangmaatregelen

1. Het opleggen van art. 40 maatregelen: beperking van de bewegingsvrijheid op de afdeling via kort of langer durende kamerverwijzing en kamerprogramma.
2. Het opleggen van art. 38/39 maatregelen: afzonderingskamer, separeer

Bij alle drang en dwangmaatregelen streeft het uitvoerende behandelteam ernaar om erger (dreigende noodsituatie) te voorkomen door in een vroegtijdig stadium te handelen.

Toepassing van de basisregels

In de praktijk komt het erop neer dat veel aandacht besteed dient te worden aan preventie; aan het voorkomen van opgelegde drang, of dwangmaatregelen (regel 1). Dit gebeurt o.a. door intensief contact tussen patiënt en team. Veel aandacht wordt besteed aan de aanwezige perceptie verschillen en overeenkomsten, en zowel de verantwoordelijke behandelaren als ook het werkend team streven naar het bereiken van zoveel mogelijke overeenstemming in het behandelplan en het hieruit voortvloeiende verpleegplan of zorgplan. Dit geldt uitdrukkelijk voor de hierin genoemde beperkende maatregelen (dwang en drang). Middelen hierbij zijn het verantwoordelijkheid geven aan de patiënt bij het opstellen van het verpleeg (of zorg) plan. Dit kan variëren van het zelf opstellen, het in onderling overleg opstellen, tot het instemming geven aan het door het team opgestelde plan. Hierbij wordt rekening gehouden met het taalvermogen en het taalgebruik van de patiënt. Noodsituaties, en daarbij behorende meer ingrijpende dwangmaatregelen, worden zoveel als mogelijk voorkomen. In contact met de patiënt hechten de afdelingswerkers daarom veel belang aan het vroegtijdig signaleren van spanning, of andere vormen van gedrag, wat een verbod zou kunnen zijn van een (dreigende) noodsituatie.

Dagbegeleiders stellen zo nodig gedragsalternatieven voor, of indien noodzakelijk bij weigering, leggen deze op (drang). Wel streven de afdelingsmedewerkers continue naar overeenstemming (regel 5). Er wordt bijvoorbeeld, indien mogelijk, samen met de patiënt gezocht naar spanningsregulators. Indien de patiënt geen overeenstemming, of instemming meer kan of wil geven kan er –onder eindverantwoordelijkheid van een psychiater- overgegaan worden naar een dwangtoepassing. Hierbij rekening houdend met de juridische mogelijkheden uit de wet BOPZ. Het vroegtijdig signaleren van spannings- of gevaar signalen, moet het mogelijk maken om minder ingrijpende dwang toe te passen (regel 3). Hierbij komen de vrijheidsbeperkingen (artikel 40 BOPZ) vaak eerder aan bod dan toepassing van Middelen en Maatregelen, of dwangbehandeling (artikel 39 en 38 BOPZ). Dat betekent bijvoorbeeld een time-out op de kamer voor een half uur, of voor de rest van de dienst. Zodoende kan bijvoorbeeld een escalatie en bijbehorende noodzakelijke separatie of afzondering worden voorkomen.

Bij de wijze van opleggen van drang of dwangmaatregelen houdt de afdelingsmedewerker rekening met de eigenheid van de specifieke patiënt (regel 4 en 6). Hij respecteert de eigenwaarde van de patiënt zo optimaal mogelijk, bijvoorbeeld door de manier waarop de patiënt aangesproken wil worden. De vrijheidsbeperkingen duren altijd zo kort mogelijk, bij voorkeur op de ei-

gen kamer en bij voorkeur zonder gesloten deur. Alle dwang maatregelen zijn vooraf, in zoveel mogelijke samenwerking met de patiënt opgesteld door het team, vastgesteld in het verpleeg of zorgplan, en afgestemd op de specifieke mogelijkheden en beperkingen van de individuele patiënt (regel 6).

Elke dwangtoepassing bespreekt het team consequent na met de patiënt. Middels deze reconstructie wordt beoogd inzicht te krijgen in de noodzaak van de toepassing, het effect van de toepassing en de mogelijke consequenties hiervan (regel 6 en 7). Hierbij maakt het team uitdrukkelijk onderscheid hoe de patiënt dit zelf heeft beleefd en hoe de collega (het team) het heeft beleefd.

Indien de dwangtoepassing langer voortduurt, is er in ieder geval dagelijks een toetsmoment, waarbij multidisciplinair –onder eindverantwoordelijkheid van een psychiater- de noodzaak van het continueren van de maatregel geëvalueerd wordt (regel 7). Teneinde overeenstemming te betrachten, spreekt het uitvoerende team tijdens de dwangtoepassing, bij langere voortdurende regelmatig met de patiënt over de noodzaak van de maatregel. Hierbij wordt uitleg gegeven en instemming gevraagd. Ondanks het mogelijke gebrek aan instemming, ligt het team de patiënt tevens uitvoerig in over de consequenties van deze maatregel en de mogelijkheden om deze maatregel weer op te kunnen heffen. (regel 9)

Aangezien een (ingrijpende vorm van) dwangtoepassing bepaalde tegenstrijdige emoties kan oproepen, bij zowel patiënt als collega, als ook familie, staat het team hier zo lang als noodzakelijk bij stil. Zowel in het contact met de patiënt, als ook door collega's onderling, middels intercollegiaal overleg, of middels opvanggesprekken, als ook in het contact met de familie. (regel 10)

Subbijlage 6.

Enquête ter afsluiting van het project dwang en drang in de KIB

Voor alle medewerkers van de KIB

Beste medewerker,

Het project dwang en drang is al een jaar aan de gang. Binnenkort gaan we dit project formeel afsluiten. Wat niet betekent dat het onderwerp niet meer actueel is, of aandacht behoeft. Alleen krijgt het geen ondersteuning meer vanuit de projectgroep. De KIB zal de doelen en de resultaten op 18 maart presenteren tijdens een de Meren eindconferentie. Hiervoor is het nodig zicht te hebben op in hoeverre de door ons gestelde doelen in de praktijk zijn behaald. En in hoeverre de behaalde resultaten ook overdraagbaar kunnen zijn naar andere afdelingen.

Het is belangrijk om jouw mening hierbij mee te nemen, omdat wij als projectgroep nooit goed zicht kunnen hebben op jouw ervaring van de resultaten.

Voor een zo realistische mogelijke evaluatie, laat weten wat je vindt, vul de enquête in en retourneer deze zo spoedig mogelijk. naar ondergetekende. Eind februari moet het algehele verslag af zijn, dus graag snel reageren. Het kost niet veel tijd, want het zijn vrijwel allemaal gesloten vragen. Succes.

Bedankt voor je medewerking!!

Vooraf gesteld doel aan het project dwang en drang in de KIB:

Een verbeterde samenwerking tussen patiënt, pb-er en team. De patiënt meer betrekken bij de behandeling(slijn) en dan met name ook bij de dwang en drang in het verpleegplan. Door de beperkende maatregelen meer te bespreken met de patiënt en niet eenzijdig te bepalen. Meer individueel gericht, minder volgens standaardregels en meer samen met patiënt.

Soort vragen	Inhoud vraag	Geef cijfer van 1 (niet behaald) tot 5 (volledig behaald)	Geen oordeel, of niet van toepassing
m.b.t. de doelstelling	1. Is er in algemene zin sprake van een verbeterde samenwerking tussen patiënt, pb-er en team	3.5	
	2. Wordt de patiënt meer betrokken bij de behandeling(slijn) en bij de dwang en drang (beperkende maatregelen) in het verpleegplan?	3.6	
m.b.t. de resultaten	3. Wordt het verpleegplan en voornamelijk de beperkende maatregelen samen met de patiënt	3.2	

	opgesteld, komt zijn mening hierin tot uitdrukking?		
	4. Is de patiënt het vaker eens met het verpleegplan?	3.6	
	5. Is de taal begrijpelijk voor de patiënt?	3.3	
	6. Wordt na toepassing van de beperkende maatregelen samen met patiënt, aanleiding, doel en effect geëvalueerd?	3.0	
	7. Kan het verpleegplan ook via de patiënten bespreking bijgesteld worden?	4.1	
	8. Vind je dat er inmiddels i.h.a. minder dwang toegepast wordt?	3.0	
	9. Wordt bij dwang toepassing zoveel mogelijk zorgvuldigheid in acht genomen?	4.1	
	10. Wordt de werkrelatie en het vertrouwen tussen patiënt en team zo min mogelijk geschaad?	3.7	
	11. Zijn de verpleegplannen methodisch opgesteld en voldoet het aan de PES en RUMBA eisen?	3.1	
	12. Zijn de verpleegkundig dossiers op orde en zijn alle zaken overzichtelijk, concreet en begrijpelijk opgeschreven?	3.3	
m.b.t de checklisten	13. Is de checklist verpleegplan werkbaar?	4.1	
	14. Is de checklist patiëntenbespreking werkbaar?	4.1	
	15. Is de checklist BHP werkbaar?	4.2	
	16. Is het nieuwe interview BHP werkbaar?	4.2	
Algemeen	17. Vind je dat je voldoende ondersteund bent m.b.t. de checklisten?	3.7	
	18. Vind je dat je voldoende kennis het gekregen m.b.t. het dwang en drang project?	3.4	

Algemene open vraag:	
----------------------	--

Bijlage 3 Eindevaluatie Sociaal-Psychiatisch Dienstencentrum Zuid-Oost (SPDC-ZO)

Eindevaluatie Sociaal-Psychiatisch Dienstencentrum Zuid-Oost (SPDC-ZO)

Werkgroep Dwang & Drang SPDC-ZO (Annemarie Fouwels, Cees Matthijsse, Ingeborg Essen, Jet Hessels, Yolanda Nijssen), maart 2004

Inleiding:

Via de RvB en het management is het SPDC ZO gevraagd te participeren aan het landelijke project

Dwang en Drang. Zowel voor het landelijke project als voor onze afdeling was en is het belangrijkste motief verbetering van kwaliteit rondom het toepassen van dwang en drang. Uit eerder onderzoek, dat o.a. op onze afdeling is uitgevoerd, naar de kwaliteit van zorg op gesloten opnameafdelingen (KWAZOP, Y.Nijssen) was gebleken dat er bij patiënten een behoefte was om dwang zoals separeer-ervaringen na te bespreken. Dit gevoegd bij de wens van de verpleegkundigen op de opnameafdeling om eigen handelen rondom dwang en drang onder de loep te leggen, leidde tot een praktische en haalbare opzet, namelijk het evalueren van separatie-ervaringen met patiënten.

Van alle mogelijke dwang en dranghandelingen werd voor separatie gekozen omdat deze zowel in de tijd als in de ruimte een duidelijk afgebakend behandelbeleid vormt. Het uiteindelijke onderwerp werd daarom: het aan de hand van een checklist consequent en uitvoerig nabespreken van separaties met patiënten, met uitdrukkelijke aandacht voor het patiëntenperspectief.

Doel: het verbeteren van de kwaliteit van handelen rondom het toepassen van dwang en drang bij separatie.

Subdoelen:

- De invalshoek van de patiënt expliciteren als het gaat om gedwongen separatie.
- Samenwerking en het contact met de patiënt bevorderen door serieuze aandacht voor de ervaring en de mening van de patiënt.
- Bewustwording bij medewerkers (verpleegkundigen) stimuleren door (nogmaals) stil te staan bij hoe en waarom van de toepassing van de dwangmaatregel.
- Leren van de feedback van de patiënt.
- Overeenstemming in het team bevorderen o.a. over de duur en de termijn van beëindiging van de dwangmaatregel.
- Aanpassen van protocol separatie als evaluaties met patiënten terugkerende punten van verbetering belichten.

Implementatie-strategie:

- Het team informeren over het project o.a. via de werkbesprekingen.

- Het opstellen van een checklist als handleiding bij de te voeren evaluatiegesprekken.
- Voortgangsbesprekingen van de werkgroep Dwang en Drang van het SPDC ZO, eens per twee maanden.
- Registreren door de teamleider van separaties en het uitvoeren van de nabesprekingen.
- Middels een teamdag en later een teammiddag werd aan de hand van de Socratische Methode met elkaar gesproken over dwang en drang.

Werkwijze:

- Een bij de separatie betrokken verpleegkundige bespreekt binnen ongeveer twee weken na de separatie deze na met de patiënt.
- De nabespreking vindt plaats aan de hand van een checklist waarmee zowel het perspectief van de patiënt als dat van de verpleegkundige wordt belicht.
- Informatie uit de nabesprekingen wordt gebundeld en weer teruggekoppeld naar het verpleegkundig team.

Voortgang:

We hebben bereikt dat de nabespreking van separaties is geïmplementeerd in het verpleegkundig handelen. Het onderwerp staat op de agenda van de werkbijeenkomst en wordt onderling besproken.

Kwantitatieve informatie over de evaluaties:

Vanaf februari 2003 hebben 76 separaties plaatsgevonden, waarbij 57 patiënten betrokken waren (sommige patiënten zijn meerdere keren gesepareerd). Zevenentwintig nabesprekingen hebben plaatsgevonden (47%), de overige niet, omdat:

- de patiënt voortijdig met ontslag ging (5x)
- de patiënt vanuit de separeer werd overgeplaatst (10x)
- nabespreking niet mogelijk was door verwardheid patiënt (6x)
- de patiënt op dit moment nog in de separeer verblijft (2x)
- de patiënt was niet bereid (4x)
- (3 formulieren nog niet retour ontvangen)

Evaluatie vanuit verpleegkundigen-perspectief:

Op één keer na hebben de verpleegkundigen niet echt negatieve ervaringen opgedaan bij de nabesprekingen. Over het algemeen geeft men aan een duidelijker beeld te krijgen van hoe de patiënt het heeft ervaren en het bevordert de samenwerking; de patiënt voelt zich serieus genomen. De checklist bood over het algemeen voldoende houvast.

Over het algemeen zijn verpleegkundigen van mening dat zij de patiënt voldoende hebben geïnformeerd, respectvol waren in hun bejegening en duidelijk waren over de reden van separatie.

Over de teambijeenkomsten die in het kader van het Dwang & Drangproject werden georganiseerd onder leiding van Dorine Bauduin, waarin het Socratisch gesprek werd geïntroduceerd, is men ook positief.

Evaluatie vanuit patiënten-perspectief:

Separatie wordt door patiënten doorgaans als negatief ervaren.

Enkele positieve ervaringen waren: tot rust komen en de ander niet kunnen slaan.

Enkele negatieve ervaringen waren: de stank, kartonnen po's en 'het lijkt op een gevangenis'.

Daarnaast werden er gevoelens van eenzaamheid, angst en onveiligheid genoemd.

Een aantal patiënten gaf aan dat afspraken door verpleegkundigen niet (op tijd) werden nagekomen.

De helft tot driekwart van de ondervraagde patiënten is het eens met de verpleegkundigen dat zij voldoende werden geïnformeerd, een duidelijke reden kregen waarom er gesepareerd zou gaan worden en dat er respect was in de omgang.

Voorgestelde veranderingen door patiënten:

Liever eerder een injectie, liever meer medicatie, eerder terugkeer naar de gesloten afdeling, liever afzondering op eigen kamer, frequentere bezoeken van de verpleegkundigen in de separeerruimte, en oplopende spanning eerder doorbreken zodat separatie achterwege kan blijven.

De volgende antwoorden werden gegeven op de vraag wat de patiënt zou doen als de rollen omgedraaid zouden zijn:

Meer en vaker vragen stellen, het probleem van de persoon uitvinden en de bejegening daarop aanpassen, meer en vaker zeggen dat we de patiënt willen helpen en geen kwaad willen doen, meer overleg met de patiënt, meer navragen waarom of waardoor de patiënt zo opgewonden is.

Bezoek toelaten in de separeer, klassieke muziek i.p.v. wilde muziek in de separeer laten horen, eerst waarschuwen en de consequenties van het in de wind slaan van waarschuwingen uitleggen, nog een kans geven en dan pas overgaan tot separeren. Als slot werd nog genoemd het afschaffen van de separeer.

Factoren die hebben bijgedragen aan het slagen van de implementatie van de checklist.

- Het stellen van reëel en haalbaar doel.
- Begeleiding vanuit de projectgroep voor continuïteit en stimulans.
- De teamdag en teammiddag met Dorien Bauduin.
- Het aansluiten met het project bij wat er al leeft onder de groep verpleegkundigen waardoor het onderwerp dichtbij de werkplek blijft.

Factoren die implementatie van de checklist bemoeilijkten.

- Overplaatsing van patiënten naar een andere afdeling of soms zelfs een andere kliniek. Vroegtijdig ontslag van patiënten waardoor evaluatie niet meer kon plaatsvinden.
- De afgesproken stelregel dat de verpleegkundige die bij de separatie betrokken was in principe het evaluatiegesprek voert.
- Tijdsbeslag dat momentane patiëntenzorg opeist.
- Psychiatrische toestand van patiënt maakt nabespreking (nog) niet haalbaar.

Datum:

Checklist nabespreking dwangtoepassing

1. Hebben we u voldoende uitleg en informatie gegeven vooraf, tijdens en na de separatie?
perspectief patiënt

perspectief verpleegkundige

2. Hebben wij u op respectvolle wijze bejegend bij en tijdens de separatie?
perspectief patiënt

perspectief verpleegkundige

3. Is het u duidelijk waarom wij u gesepareerd hebben?
perspectief patiënt

perspectief verpleegkundige

4. Als u terugkijkt op de separatie wat heeft u als positief en wat heeft u als negatief ervaren?
perspectief patiënt

perspectief verpleegkundige

5. Had de separatie volgens u voorkomen kunnen worden? Zo ja, hoe?
perspectief patiënt

perspectief verpleegkundige

6. Als de rollen omgedraaid zouden worden en u de verpleegkundige zou zijn,
waar zou u dan vooral op letten of wat zou u dan anders doen?
perspectief patiënt

perspectief verpleegkundige

Vragen voor de verpleegkundige:

Tijdsduur nabespreking: minuten
Vond je de nabespreking zinvol? ja / nee
toelichting

Indien er geen nabespreking heeft plaatsgevonden, wat is daar de reden van?

Formulier inleveren bij Cees Matthijsse

Bijlage 4 Kwaliteitscriteria Dwang en drang

Kwaliteitscriteria DWANG & DRANG

(Ron Berghmans, Desiree Elfahmi, Minke Goldsteen, Guy Widdershoven, Utrecht/Maastricht sept.2001, GGZ Nederland , Cluster Zorgwetenschappen, sectie Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, Universiteit Maastricht, Instituut voor Gezondheidsethiek , Universiteit Maastricht. Uitgave GGZ Nederland Utrecht)

Kwaliteitscriterium 1

Besef dat dwang en drang onderdeel uitmaken van de psychiatrische praktijk en dat die praktijk wordt gekenmerkt door tegenstrijdige verplichtingen.

Kwaliteitscriterium 2

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

Kwaliteitscriterium 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.

Kwaliteitscriterium 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.

Kwaliteitscriterium 5

Reflecteer op het doel van het ingrijpen. Kijk daarbij niet alleen naar het afwenden van gevaar, maar stel vooral de vraag of en hoe een interventie zal bijdragen aan de mogelijkheden van de cliënt om de greep op zijn eigen leven te behouden en te vergroten.

Kwaliteitscriterium 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.

Kwaliteitscriterium 7

Plaats dwang en drang in een tijdsperspectief. Probeer anticiperend te werk te gaan. Maak afspraken vooraf met cliënt en zo mogelijk de familie. Wees transparant over het ingrijpen en de gevolgen daarvan.

Evalueer iedere toepassing van drang of dwang met de cliënt en de familie. Probeer in overleg met de betrokkenen er lessen uit te trekken voor het toekomstige omgaan met elkaar. Zorg voor institutionele vormen van evaluatie.

Kwaliteitscriterium 8

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