

Veel patiënten voelen zich onveilig in psychiatrische instellingen. Het is bizar dat hulpverleners daar nauwelijks oog voor hebben, terwijl bekend is dat stress en angst herstel in de weg staan.

BANG

IN DE PSYCHIATRIE



Werpleegkundigen praten al decennialang over onveiligheid in de psychiatrie. Precies twintig jaar geleden werd een landelijk congres gehouden met de titel: *De patiënt: losse handen; de verpleging aan banden*. Het was toen voor het eerst dat in ons land op zo scherpe wijze door verpleegkundigen stelling werd genomen. Het vijandsbeeld van die tijd droop er duidelijk af. Het adagium 'agressie en geweld horen nu eenmaal bij het werken in de psychiatrie' werd die dag heftig aan de kaak gesteld.

Nu, twintig jaar later, stond de Breingeindag, die in maart in museum Het Dolhuys is gehouden, geheel in het teken van de onveiligheid van de patiënt. En dat werd hoog tijd. Er ligt een wereld van verschil tussen de invalshoek van de patiënt en die van de hulpverlener. Als men de betreffende beleidsnota's over patiëntveiligheid bestudeert, gaat het vooral over maatregelen zoals die waarmee voorkomen moet worden dat patiënten zich van het leven kunnen beroven. De belangrijkste maatregel om agressie te beteugelen is nog altijd de separeercel, met alleen een zogenaamd scheurhemd en een papieren onderbroek ('klassiek separeren'). Daarnaast gaat het in de nota's ook vaak over een andere vorm van onveiligheid: het voorkómen van fouten bij het uitdelen van medicijnen. Maar over de onveiligheid van patiënten valt noch in nota's noch in de Nederlandse literatuur veel te vinden. En als het daar dan toch over gaat, beperkt het zich tot het desnoods afdwingen van naleving van de bestaande huisregels, dan wel door het maken van aanvullende huisregels die gevaar en onveiligheid moeten afwen-

den en de rust en orde op de afdeling moeten garanderen.

Gevangenisachtig regime

Met name rond drugsgebruik binnen instellingen lijkt zich een repressief gevangenisachtig regime te ontwikkelen. Bij verdenking van drugsgebruik gaan steeds meer instellingen over tot het fouilleren van patiënten en onaangekondigde urinecontroles. Bij een positieve uitslag volgen maatregelen. Van verplicht binnen blijven tot zelfs meerdere dagen opsluiting in de eigen kamer of separeer. Dat dit bijdraagt aan een wantrouwend en soms zelfs vijandige sfeer op de afdeling, behoeft weinig betoog.

Eigenlijk is het bizar dat patiëntveiligheid in de zin van structurele aandacht voor de gevoelens van onveiligheid van patiënten vanuit de professionals zo weinig aandacht heeft gekregen. Want van de meeste psychiatrische stoorissen is genoegzaam bekend dat stress, waaronder met name gevoelens van onveiligheid, een zeer negatieve invloed heeft op de toestand en het herstel van patiënten. En dat hulpverleners, managers

en architecten bij de bouw van nieuwe opnameafdelingen zich zo weinig hebben laten leiden door de vraag hoe de pas opgenomen patiënten zich zo snel mogelijk veilig kunnen voelen. Toch bestaan er legio aangrijpingspunten om gedegen veiligheidsbeleid vanuit het perspectief van patiënten te ontwikkelen. Ik beperk me tot drie voorbeelden, waarvan twee van bouwkundige aard.

1. Tot de jaren tachtig waren verpleegposten gewone werkkamers waar de verpleegkundigen letterlijk achter gesloten deur hun met name administratieve werk konden doen. Daarna veranderden deze ruimtes in bijna 'observatieposten' met veel glas van waaruit de hele afdeling kon worden overzien. Goed voor gevangenis die per definitie op controle en beheersing zijn gericht. Maar gezien vanuit de patiënten zijn het ruimtes die uitstralen: wij zien hen en zij zien ons, maar wij horen hen niet en zij horen ons niet. Onbedoeld zijn deze verpleegposten observatieposten geworden. Het is daarom niet verwonderlijk dat veel patiënten stellen dat de tijd dat alle verpleegkundigen daar zitten, zoals tijdens

overdrachten die ook nog wel eens uit willen lopen, de meest onveilige is van de hele dag. Wat mij betreft maken we of open balies, of we maken de ruimte dicht, als er maar continu tenminste één verpleegkundige op de afdeling aanwezig is.

2. De huidige isoleercellen worden nog steeds separeercellen genoemd. Tot in de jaren tachtig bevonden deze kamers zich veelal in het midden van de gesloten afdeling zodat de gesepareerde patiënt in contact kon blijven met de verpleegkundigen en de medepatiënten. Maar sinds die tijd werden veel van deze separeercellen vervangen door units met soms wel vier cellen die achterin het gebouw werden geplaatst, zodat de ambulance er makkelijk bij kon en niemand werd gestoord. Daarmee kwamen ze geheel geïsoleerd te liggen. Het toezicht kan vaak alleen nog met behulp van videocamera's en af luisterapparatuur worden uitgeoefend. Vooral in nieuw gebouwde afdelingen liggen ze vaak wel twintig meter van de verpleegpost af. Onbedoeld zijn deze units daarmee verworden tot echte isolatieunits, ver van de afdeling en van andere mensen. Het mag dan ook geen verbazing wekken dat veel patiënten aangeven zich hier niet alleen volledig

buitengesloten, maar ook zeer onveilig te voelen.

3. Vaak word je je pas bewust van de Nederlandse gewoontes als je in een ander land een psychiatrische instelling bezoekt. Zo vertelden een Griekse en Italiaanse psychiater mij tijdens een bijeenkomst van European Violence in Psychiatry Research Group dat de patiënt bij opname allereerst te eten en te drinken krijgt aangeboden. Warme maaltijden en warme en koude dranken staan op de menukaart. Als reden gaven zij op dat de meeste patiënten voorafgaand aan de opname vaak al lang niet gegeten en gedronken hebben en vaak tegen een hypo aan zitten. Dus eerst eten en drinken en vaak roken, daarna komen wij pas. Dat zet de toon voor alles wat volgt.

Wat zou het mooi zijn als patiënten kunnen zeggen: het beste wat me in mijn slechtste tijden kan overkomen, is opgenomen te worden omdat ik me daar veilig weet.

Bert van der Werf
Klinisch psycholoog & senior onderzoeker
De Geestgronden