
DE SEPAREER EN DE PRIKKELARME OMGEVING

Bert van der Werf, Klinisch psycholoog en senior onderzoeker IGG, De Geestgronden.
Lid van de European Violence in Psychiatry Research Group. b.vd.werf@geestgronden.nl

Het gebruik van de separeercel in ons land is wijdverbreid en wordt vaak als minder ingrijpend beschouwd dan het toedienen van sederende medicijnen, met name als die tegen de wil van de patiënt, dus per injectie, worden toegediend. Separeren tegen de wil van de patiënt is slechts toegestaan ter afwending van gevaar dat niet op een andere, minder ingrijpende manier mogelijk is; daarover bestaat sinds de komst van de Wet Bopz duidelijkheid. Minder duidelijkheid en consensus bestaan er over het doel van de toepassing ervan. Die beoogde doelen variëren van slechts afwenden van gevaar (geformuleerd in de Wet Bopz) tot een veronderstelde heilzame, een therapeutische werking van het gebruik van de separeercel. Lendemeijer (1999) formuleert dit in de aanhef van zijn artikel als volgt: *“Iedereen zal erkennen dat met de toepassing van separatie een therapeutisch doel gediend moet zijn”*. Verderop licht hij dit als volgt toe: *“de geïnterviewde verpleegkundigen ervaren separatie als een effectieve interventie met een tweeledige doelstelling. Primair doel is het hanteren van patiëntengedrag zodat een “therapeutisch milieu” met rust, veiligheid en structuur op de afdeling wordt hersteld of gehandhaafd. Secundair doel is het creëren van een situatie met mogelijkheden voor de therapeutische activiteiten voor de individuele patiënt. Een patiënt in crisis wordt beschouwd als iemand met gebrek aan mogelijkheden om tot rust te komen. Dit laatste zou een belangrijke voorwaarde zijn voor herstel en daarbij is separatie een belangrijk hulpmiddel”* (pagina 19).

De vraag is echter: is de separeer wel werkzaam als prikkelarme omgeving

voor het overprikkelde brein van de patiënt?

Terzijde wil ik opmerken dat dit doel geen wettelijk toegestaan criterium vormt voor gedwongen separatie. Belangrijker is om te beseffen dat voor de veronderstelde effectiviteit van deze ingrijpende maatregel en de beoogde therapeutische waarde geen wetenschappelijk bewijs bestaat. Mij is in ieder geval geen goed wetenschappelijk onderzoek bekend waaruit zou blijken dat dit inderdaad het geval zou zijn. Wel zijn er veel persoonlijke verhalen van patiënten over de schade die zij van gedwongen separatie hebben ondervonden, ook op lange termijn, vergelijkbaar met de verhalen van mensen die gegijzeld werden. Dat is niet verwonderlijk: er zijn weinig krachtiger negatieve prikkels te bedenken dan buitengesloten worden van anderen en nergens bij te horen. Geheel anders ligt dat wanneer de patiënt zich wil terugtrekken, en daarvoor het middel van de separeer kiest. Ook daarvan bestaan voorbeelden in verhalen van patiënten voor wie separatie juist rust en veiligheid betekent in geval van een ernstige crisis, soms zelfs meer en beter dan via sederende medicatie. Het gaat hierbij niet om een graadueel maar om een essentieel verschil. Iedereen die vroeger op school wel eens werd geschorst, weet dat dat heel wat anders betekende dan een dag schoolvrij krijgen.

De toekomst van het separeergebruik

Het gebruik van de separeercel in ons land komt met de toenemende Europese eenwording de komende jaren waarschijnlijk steeds meer onder druk te staan nu het in steeds meer Europese landen is afgeschaft of tenminste zeer sterk is teruggedrongen.

In maart dit jaar werd een Europese conferentie gehouden waaraan vooral juristen uit de lidstaten van de Europese Gemeenschap deelnamen. Deze conferentie was een vervolg op een rapport over een studie gedaan in opdracht van de Europese Commissie. Daarin werd de wetgeving voor de gezondheidszorg van alle lidstaten beschreven en vergeleken. Dit rapport bevatte ook een reeks aanbevelingen die grotendeels door de Europese Commissie zijn overgenomen. Gedwongen separatie wordt daarin weliswaar niet met name genoemd, maar de specifieke verwijzingen naar het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens maken over het recht op een "menswaardige behandeling" verdragen zich moeilijk met gedwongen separatie. Duidelijk werd ook dat de situatie per land enorm verschilde, zowel wat betreft de soorten dwangmiddelen die waren verboden en toegestaan, als in de wijze waarop dit in de verschillende wetgevingen was verankerd.

In sommige Europese landen is separatie al jaren bij wet verboden, zoals in Noorwegen en Denemarken. In andere landen zoals in Engeland en Zweden is het separeren op zijn Nederlands praktisch nagenoeg verdwenen op grond van het regionaal verplichte kwaliteitsbeleid. Op zijn Nederlands, want "seclusion", zoals separeren in het Engels wordt genoemd, staat bijvoorbeeld in Noorwegen voor een seclusion area, een compleet ingerichte kleine afdeling, waar de patiënt gescheiden van de anderen kan worden verpleegd. Hij mag daar echter in tijden van crisis nooit en te nimmer eenzaam worden opgesloten of alleen gelaten. Dat is daar een professionele doodzonde. De reden hiervoor is dat opsluiting in een cel als barbaars en middeleeuws wordt gezien (Van der Werf, 2001, a en b). Vaak wordt het toedienen van (sederende) medicatie daar beschouwd als veel humaner en doelmatiger dan opsluiting

in een separeercel. Met name in de Scandinavische landen vormen fixatie in combinatie met het toedienen van sederende medicijnen de meest gebruikte combinatie van dwangmiddelen. De uitleg die ik daar doorgaans krijg voor hun dwangmiddelen is om hiermee te proberen zo snel mogelijk het contact met de patiënt te herstellen, dus bij de patiënt blijven en voortdurend proberen contact te maken (Van der Werf, 2001b). Contact herstellen is daar het sleutelbegrip, terwijl men daar vreemd aankijkt tegen het argument van de separeercel als "prikkelarme" omgeving.

In ons land wordt echter juist wel vaak geredeneerd en gewerkt vanuit het begrip "prikkelarm" en men claimt hiermee vaak een therapeutisch doel na te streven. Dit idee van prikkelarm krijgt echter overal ook toch weer een andere en soms zelfs tegenstrijdige praktische invulling. Een van de fraaiste voorbeelden hiervan trof ik vorig jaar aan tijdens mijn studiereis naar Limerick, een stad in het westen van Ierland. Het gebruik van de separeercel verschilt in Ierland overigens sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis. Ik kreeg daar een rondleiding op de gesloten afdeling. Behalve de volstrekt haveloze staat waarin de gebouwen verkeerden, viel mij bij binnenkomst direct op dat de muren van de huiskamer bijna allemaal in verschillende tinten groen waren geschilderd, de andere in somber lichtbruin. Ik vroeg aan mijn gastheer waarom zoveel tinten groen. Het afdelingshoofd legde mij uit dat groen een natuurlijke en rustgevende kleur is; dat dat goed is en rustgevend voor het overprikkelde brein van de patiënt. Enigszins verbaasd vroeg ik: "dat vind ik zelf helemaal niet rustgevend; worden jullie daar zelf al niet gek van?" Ik kreeg als antwoord: "wij misschien wel, maar voor psychotische patiënten werkt het rustgevend". "Waar haal je dat idee vandaan?" vroeg ik. "Zo werd ons dat geleerd tijdens de opleiding", was het antwoord.

Vervolgens zag ik dat de separeer grenst aan de huiskamer, naast de deur van de verpleegpost. Ik vroeg het hoofd: "waarom juist daar en niet ergens buiten de drukte van de afdeling?". "nu separeren we de patiënt; anders zouden wij hem isoleren en dat is natuurlijk schadelijk. En zo kan de patiënt in contact blijven met de groepsgenoten en dat is cruciaal voor zijn welbevinden en herstel". Hij vervolgde zijn uitleg als volgt: "die mogelijkheid tot contact geeft een basaal gevoel van veiligheid terug, dat je in contact blijft met anderen. Het voorkomt dat de patiënt in zijn eentje verder doordraait in zijn wanen en verwardheid; het houdt de patiënt zoveel mogelijk bij de realiteit".

Binnengekomen in de separeer zag ik dat die donkergroen was en volledig gecapitonneerd. Deze separeercel, de "green room" genaamd, was zelfs donkergroen van kleur. Als reden daarvoor werd mij verteld dat dit het meest rustgevend werkt voor de overprikkelde breinen van de patiënten. Ook dat werd zo onderwezen in de opleiding.

De separeer had, behalve een klein raam op ooghoogte in de deur naar de huiskamer, alleen een raam op bijna 3 meter hoogte waar daglicht doorheen komt.

Ook hiervoor werd het prikkelarme en daarmee rustgevend effect als reden opgegeven, net als de twee ramen van de huiskamer, daar twee meter van de grond. De patiënt moet enerzijds niet gedesorienteerd raken door geen verschil tussen dag- en nacht meer te ervaren. Maar anderzijds, prikkels die meer zijn dan licht en donker, zoals naar buiten kijken naar wat daar gebeurt, dat doet het rustgevend effect van het groen weer teniet.

Ik legde vervolgens uit dat in ons land er juist mogelijkheid moet zijn om vanuit de separeercel naar buiten te kijken als de patiënt dat wil, en dat wij daartoe een dubbel raam hebben in de separeer met luxaflex ertussen. Dat is

een wettelijk voorschrift, een recht op uitzicht, op visueel contact met de buitenwereld. Ik lichtte toe dat in ons land gedacht wordt dat de patiënt anders gedesorienteerd zou kunnen raken en extra angstig worden. En is natuurlijk niet de bedoeling. Daarentegen wordt bij ons juist het contact met medepatiënten tijdens separatie als ongewenste en te sterke prikkel beschouwd waartegen je de patiënt moet beschermen. De conclusie moet daarom zijn dat het begrip prikkelarm een post hoc verklaring is waarmee het handelen van hulpverleners wordt gerechtvaardigd.

Een ander fraai voorbeeld is Zweden. Ook daar gebruikt men het begrip prikkelarm. Opnameafdelingen zijn daar om deze reden doorgaans oersaai en kale afdelingen, geen vriendelijk en kleurrijk aangeklede huiskamers of andere ruimtes, geen gespreks- of activiteitentherapieën en heel weinig ontspannende activiteiten. In ons land zou dit op veel kritiek stuiten, gezien de reacties van bijval op het Trimbosrapport getiteld: "Een keten van lege zondagen".

Bestaat overprikkeling dan wel of niet? Ja natuurlijk wel. De vraag is echter of de separeercel een geschikte remedie is, of een gedwongen plaatsing in een separeercel vergelijkbaar is met het plaatsen in een prikkelarme omgeving. Als patiënten zich overprikkeld voelen en onder grote stress staan, zullen ze zich meestal uit zichzelf wel terugtrekken, mits ze daartoe in de gelegenheid worden gesteld. Veel patiënten die in het verleden gedwongen zijn gesepareerd, vertelden mij vaak nog jaren later emotionele verhalen die meer deden denken aan de langdurende gevolgen van een gijzeling dan aan de rustgevendende ervaring van een prikkelarme omgeving. Dat is niet zo verwonderlijk, want gedwongen separatie gaat altijd samen met macht, onmacht en repressie. De gesepareerde patiënt is feitelijk totaal

overgeleverd aan de macht van de hulpverleners. Zo vertelde een patiënt mij op mijn vraag hoe hij de eerste voortekenen van een dreigende psychose kon herkennen: "het eerste is dat ik erg moe ben zonder dat ik me overmatig inspan, dan slaap ik slecht in, en dan begin ik weer angstdromen te krijgen van de separeer". Primus non nocere, geen schade toebrengen, is een van de medisch ethische principes. Dat moet voldoende reden zijn om de aanname van de prikkelarme omgeving kritisch te onderzoeken.

Elders gebuikte dwangmiddelen

Alhoewel de gehanteerde kernbegrippen onderling sterk verschillen (overprikkeld, crisis, verstoorde werkelijkheid), is het scala aan alternatieve dwangmiddelen elders in Europa ook erg beperkt. Fixatie in combinatie met het toedienen van (gedwongen) medicatie vormen in verreweg de meeste landen de hoofdmoot. Een enkel land gebruikt sinds enige jaren het zogenaamde netbed, terwijl dit in bijvoorbeeld Slovenië onlangs werd afgeschaft. Een netbed is een hoog bed geheel omgeven door een sterk net waar de patiënt niet uit kan.

Een echt ander geluid kwam vorig jaar op een internationaal congres in München aan de orde vanuit enige psychiatrische klinieken uit Finland en Zwitserland, waar met denkt en werkt en behandelt vanuit het begrip ontreddering.

De eerste behandeling richt zich in eerste instantie op het verminderen van die ontreddering, op de heftigste emoties en de meest dringende klacht van de patiënt. De patiënt in acute crisis wordt geplaatst op een zo rustig mogelijke afdeling met veel ruimte die fraai en vriendelijk is aangekleed met een stilleruimte. Als deze erg opgewonden is, probeert men te praten. Lukt dit niet, dan biedt men hem de ruimte om zich even terug te trekken en

eerst wat te kalmeren alvorens het gesprek over de aanleiding en de eigen klachten voort te zetten. Bij voorkeur geeft men bij grote angst eerst alleen angstdempende middelen. Als de patiënt ook depressief is, biedt men daarnaast ook antidepressiva aan. Eerste prioriteit is dus niet het inzetten van de psychose behandeling met neuroleptica. Alles zet men de eerste uren in om de rust te doen terugkeren, in het tempo dat bij deze situatie en deze patiënt past.

Dan rustig afwachten tot de patiënt kalmer en minder angstig wordt, dus opnemen op een heel rustige afdeling met veel ruimte en stilte. De afdeling is hier in tegenstelling tot de Zweedse opnameafdeling, juist vriendelijk en fraai aangekleed zodat de patiënt zich snel op zijn gemak voelt. Daarnaast biedt men de eerste weken veel afleidende activiteiten maar vooral geen diepgaande gesprekken. Pas als de rust is teruggekeerd en de patiënt zich enigszins op zijn gemak voelt, kan gesproken worden over antipsychotische medicijnen. Zij rapporteerden dat zij op deze manier in meer dan 30% van de gevallen geen neuroleptica meer hoefden voor te schrijven, en dat het percentage psychoserecidieven niet hoger is dan voorheen, toen men nog direct na opname met antipsychotische medicijnen startte en aandrong op langdurige voortzetting ervan. Hun tevredenheid met de behaalde resultaten was bovendien ingegeven door het feit dat er zeer weinig agressie en dwangtoepassing meer nodig was en dat patiënten zich na ontslag veel minder vaak onttrokken aan vervolgbehandeling dan voorheen.

Tot slot

In een tijd waarin evidence based medicine opgeld doet, bestaat er voor alle in Europa gebruikte vormen van dwangtoepassing nog bitter weinig evidentie. Dwangtoepassing is overal alleen geoorloofd ter afwending van

gevaar. Maar de vraag in hoeverre de gangbare dwangmiddelen tevens schade opleveren, is nauwelijks onderzocht, terwijl daarvoor vele en sterke aanwijzingen bestaan. Tijd is daarvoor geen excuus, want bijna alle gangbare dwangmiddelen in Europa zijn langer in gebruik dan de huidige psychofarmaca die wel uitgebreid zijn onderzocht op zowel effectiviteit als schadelijke bijwerkingen. Geld is daarvoor mogelijk wel een

excuus voor het moment want de verpleegkundige bestraffing op opnameafdelingen in de Scandinavische landen aanmerkelijk hoger dan hier, tot zelfs driemaal hoger dan in ons land. Om dit laatste aspect nauwkeuriger in kaart te brengen, heeft de EViPRG* (Van der Werf, 2001a) het initiatief genomen om de bestraffing van opnameafdelingen in alle 16 deelnemende landen te inventariseren.

Bronnen

- Lendemeijer, B. (1999). Waarom separeren? De mening van verpleegkundigen. *PsychoPraxis*, 1,1, 19-22.
- Werf, B. van der. (2001a). Een lastig halfuurtje: gedwongen separatie in Europees perspectief. *PsychoPraxis*, 3,4, 146-147.
- Werf, B. van der. (2001b). Veiligheidsbeleid en gedwongen separatie in Europees perspectief. *Praecox*, 30, 11-15.
- Wijngaarden B. van e.a. *Een keten van lege zondagen*. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.