
MEDIAAN

'Geen cel maar zorg'

Het móet kunnen zonder dwang en drang

Marije Wilmink

Er zijn de laatste jaren allerlei initiatieven gestart om dwang en drang in de psychiatrie terug te dringen. De instellingen zien dat veelal als een cultuuromslag die tijd kost, terwijl cliënten en naast-betrokkenen menen dat heel snel gestopt kan worden met separaties en andere dwangmiddelen. Alternatieven genoeg voorhanden, stellen zij.

Op de *Tweede Werkconferentie Dwang en Drang* die het Landelijk Platform GGZ organiseerde op 1 december 2006 passeerde een keur aan alternatieven de revue. Zo'n honderd cliënten, familieleden en hulpverleners bogen zich over concepten als comfort rooms, gastvrijheidstrainingen en de methodiek van geweldloos verzet.

Het rondje handen opsteken waarmee dagvoorzitter Gee de Wilde van start gaat, maakt duidelijk dat zich in Amersfoort een heel gemêleerd gezelschap heeft verzameld. Er zijn cliënten, familieleden en belangenvertegenwoordigers, maar ook managers uit de GGZ, politiefunctionarissen, hulpverleners en beleidsmakers. Vooral die laatste groepen zijn opvallend beter vertegenwoordigd dan op de eerste conferentie over dwang en drang in de psychiatrie, precies 364 dagen geleden. Een mooie illustratie van het gegeven dat niet alleen cliënten en familie zich hard maken voor vermindering van dwang en drang, maar ook steeds meer hulpverleners en andere professionals van de noodzaak daarvan overtuigd raken. Dagvoorzitter Gee de Wilde ondervraagt bijna twintig van hen kort maar krachtig over de initiatieven die ze het afgelopen jaar ontplooid hebben om hier handen en voeten aan te geven.

5 miljoen euro per jaar

De eersten die plaatsnemen op de interviewstoeltjes zijn Eugenie van Rest en Grace Herrmann van GGZ Nederland. Zij zijn eind 2005 een kwaliteitstraject rond dwang en drang gestart. Het doel: 10% minder separaties per jaar, en daarmee in 2008 een minimale daling van 30%. GGZ Nederland zet hiervoor over een periode van drie jaar lang vijf miljoen euro in, geld dat voortvloeit uit een Beleidsregel Dwang en Drang van het ministerie van VWS. In 2006 werden instellingen opgeroepen om projectvoorstellen in te dienen rond terugdringing van het gebruik van de separeer. In twee rondes zijn 35 projecten geselecteerd. In 2008 moeten deze projecten afgerond zijn en worden de resultaten bekend gemaakt.

De zaal protesteert bij het horen van het streefcijfer van 10% per jaar. "Veel te laag! Tien procent, dat haal je al als het thema separatie in een instelling op de agenda zet, want daarmee daalt het gebruik al meteen. Het moet toch sneller kunnen?" Van Rest pareert dat het GGZ Nederland te doen is om een blijvende daling. "Je wilt niet dat er even aandacht voor komt die vervolgens weer wegebt. Voor een structurele daling van het aantal separaties is een cultuuromslag nodig en dat gaat niet zo snel." Op de suggestie dat de separeerruimten gewoon gesloten moeten worden, antwoordt zij: "Je kunt het gebruik van separatie niet tot nul terugbrengen. Het is een instrument dat altijd zal blijven bestaan. Wel kun je zeggen dat op het moment dat het toch moet, je high care biedt, dus dat iemand nooit alleen komt te zitten maar er altijd een hulpverlener bij is."

Wat werkt het beste?

Projectleider Grace Herrmann vertelt vervolgens over de toekenning van de projectsubsidies van GGZ Nederland. "De aanvragen worden beoordeeld door een onafhankelijke commissie. Een van de criteria is bijvoorbeeld dat cliënten betrokken zijn bij de planvorming én uitvoering. Bovendien wordt gezocht naar een mooie mix van soorten maatregelen, zodat we kunnen gaan vergelijken wat het beste werkt. In 2006 hebben 15 inrichtingen geld gekregen. In de tweede ronde, die bijna is afgerond, zullen nog eens 20 van de 26 aanvragen gehonoreerd worden."

Hoe wordt georganiseerd dat de verschillende gehonoreerde projecten van elkaar kunnen leren, en ook andere instellingen en betrokkenen geïnformeerd worden over de successen en valkuilen? Herrmann: "Er is een platform waaraan alle projectleiders deelnemen. Ook cliëntenorganisaties en organisaties van familieleden worden hiervoor via het Landelijk GGZ Platform uitgenodigd. In december komen de eerste instellingen met hun tussentijdse bevindingen. Die gaan we volgend jaar verspreiden, onder meer via een nieuwsbrief. Ook gaan we niet-deelnemende instellingen bestoken om te zorgen dat zij eveneens projecten starten." Tot slot wordt op GGZ Kennisnet (www.ggznederland.nl) binnenkort een apart gedeelte ingericht waar alle aanvragen te vinden zullen zijn.

Een vraag uit de zaal: "Waarom worden niet ook actiegroepen of belangengroepen van cliënten of familie financieel ondersteund met die vijf miljoen? Die doen toch ook heel belangrijk werk?" Helaas, het gaat om AWBZ-geld dat alleen aan instellingen gegeven mag worden. Een heen en weertje tussen zaal, voorzitter en geïnterviewde levert de constatering op dat GGZ Nederland wellicht kan samenwerken met andere organisaties om te proberen via andere kanalen geld voor initiatieven van cliënten en naast-betrokkenen te vinden. Netwerken dus!

"Bespaar me uw therapeutisch gelul": crisiskaarten in Rijnmond

Dan is het tijd voor een rondje 'preventiemethoden'. Adriaan Spaans werkt als consulent Crisiskaart bij het Basisberaad Rijnmond, dat cliënten in de GGZ ondersteunt. Op zo'n kaart staat wat de cliënt wil dat er gebeurt in geval van een psychische crisis. Alle afspraken tussen cliënten en behandelaars staan zowel op de crisiskaart als in een dossier dat bij de crisisdiensten bewaard wordt. In Rijnmond zijn er op dit moment 119 crisiskaarten in omloop. Spaans begeleidt cliënten bij het opstellen van de crisiskaart, en gaat mee naar hulpverleners en betrokkenen om afspraken duidelijk te krijgen. Spaans: "Ik streef ernaar dat naast crisisopvanginstellingen ook anderen zoals familieleden, reguliere behandelaars, woonbegeleiders, thuishulp of burens de kaart ondertekenen. Op die manier worden zo veel mogelijk mensen medeverantwoordelijk gemaakt voor wat er allemaal gebeurt als iemand in crisis raakt."

De ervaringen met de kaart zijn positief. "In Rijnmond is nu duidelijk: als iemand een crisiskaart heeft en men houdt zich er niet aan, dan volgt een driegesprek met mij erbij. Het is eerder het voortraject dat lastig is. Het duurt soms lang voordat hulpverleners het document ondertekenen. Ze zitten soms ook klem hè, niet handelen kan strafbaar zijn, en als ze dan geconfronteerd worden met een crisiskaart die daar haaks op staat...." Overigens staat op de crisiskaarten niet altijd dat er geen dwang en drang toegepast mag worden. Spaans: "Ik heb een cliënt die op de crisiskaart heeft opgetekend: 'Bespaar me uw therapeutisch gelul en spuit me onmiddellijk plat!'"

Intensieve begeleiding door het ACT-team Amsterdam

Een ander preventief project is het ACT-team in Amsterdam, dat 60 dak- en thuisloze psychiatrische patiënten begeleidt. Gijs Francken is als ervaringsdeskundige lid van het team. Het gaat om een zeer intensieve aanpak; ieder teamlid heeft een caseload van 10 cliënten. "Deze intensieve aanpak, waarbij ieder teamlid een caseload van 10 cliënten heeft, werkt heel goed."

We zorgen ervoor dat mensen een huis krijgen, aan de medicijnen gaan zodat ze zichzelf beter gaan voelen en minder overlast veroorzaken, een uitkering krijgen zodat ze niet hoeven te jatten. En je ziet dat het aantal crisisopnames daardoor sterk afneemt."

De Bascule gaat voor de geweldloze aanpak

Ook in de jeugdpsychiatrie is men bezig met het terugdringen van dwang en drang. Een voorbeeld is het kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis De Bascule. Met behulp van subsidie uit de projectenpot van GGZ Nederland is men hier bezig met het invoeren van de methodiek van geweldloos verzet. Projectleider Anne Pauline Cohen, begeleider Ron Ottenbros en psychiater Nick Goddard vertellen over de achtergronden. Anne Pauline: "Als je jongeren in de separeer zet, reageer je in feite met geweld op geweld. Die spiraal willen we doorbreken. We maken daarbij gebruik van de methodiek van geweldloos verzet die is ontwikkeld door de Israëliëse professor Haim Omer. Zijn methodiek is bedoeld voor ouders en kinderen, en gaat ervan uit dat je niet met geweld op geweld moet reageren, maar op een andere manier kenbaar moet maken dat je geen geweld wilt. We zijn dat nu als team gezamenlijk aan het omzetten naar een klinische setting." Het klinkt allemaal zo logisch, zo stelt iemand uit de zaal. Heb je nu echt geld nodig voor het aanleren van simpele interactievaardigheden om strijd te negeren? Ottenbros: "Jazeker, want de beheerscultuur zit als het ware in de muren van het gebouw ingebakken. En het is behoorlijk tegennatuurlijk om in een conflict met een jongere niet tegen hem te gaan opboksen, om niet boos te worden in reactie op grote boosheid. Dat kost echt training en supervisie, om dan rustig te gaan zitten, een time-out te nemen, de jongere de kans te geven om met ideeën te komen hoe verder te gaan."

Visiteren in de jeugdinrichtingen

Jolijn Santegoeds, woordvoester van de jongerenactiegroep 'Tekeer tegen de isoleer', vindt dat De Bascule met dit project de spijker op de kop slaat. "Jongeren in de psychiatrie hebben aandacht nodig, niet de isoleer! Dat idee van geweldloos verzet is echt helemaal goed!" Zij wordt ter plekke door de medewerkers van de Bascule uitgenodigd om een kijkje te komen nemen, wat zij graag aanvaardt! Santegoeds deelt plastic handschoenen uit, die iedereen van een handtekening kan voorzien. Deze alternatieve handtekeningactie is gekeerd tegen het voortdurend anaal visiteren van jongeren die na verlof terugkeren in jeugdinrichtingen. Aan de actie wordt enthousiast gevolg gegeven.

Alles liever dan de separeer?

Jan Boogaarts en Klaas Bets zijn projectleider en waarnemend geneesheer-directeur bij Dijk en Duin in Noord-Holland. Hun project richt zich op het instellingsbreed terugdringen van het gebruik van de separeer. Boogaarts: "Nu zie je dat alles zo richting de separeer koerst. Maar er zijn ook alternatieven, zoals medicatie of fixatie. Met je cliënt moet je uitzoeken of die niet te prefereren zijn." De zaal roert zich onmiddellijk. "Medicatie is ook nog altijd dwang en drang, dat is geen alternatief!" Boogaarts: "Wij horen vrijwel altijd: alles liever dan de separeer. Maar in elk geval: het idee is dat vroeg in het proces van agitatie wordt gezocht naar alternatieven. Dat kan ook zijn: de deur open doen en iemand tien minuten buiten laten wandelen, de psychiater erbij halen, met de familie overleggen. Als er uiteindelijk toch dwang wordt toegepast, dan zo kort mogelijk. Dus niet per definitie voor een hele nacht erin." Na afloop vinden dan evaluatiegesprekken plaats. Boogaarts: "Een verpleegkundige die zich heel erg bedreigd had gevoeld door een agressieve patiënt, hoorde tijdens zo'n gesprek bijvoorbeeld hoe bang die patiënt was geweest. Daar had die hulpverlener helemaal geen oog voor gehad. Iets waar hij de volgende keer dan wel rekening mee kan houden."

Hotelgoeroe traint verpleegkundigen in gastvrije zorg

De Parnassia Groep Den Haag is dit jaar begonnen met het project Gastvrije Zorg. Doel is 30% reductie van de separeer in twee jaar, en in 2012 separeervrij. Er zijn al acht van de 30 separeers weg, en dit jaar gaan er nog eens zes uit. Bernadette van Gigh: "Maar je moet meer doen dan weghalen, je moet zorgen dat ze niet meer nodig zijn. Dit doet Parnassia door zowel in bejegening als in de aankleding van het gebouw vraaggestuurd en klantgericht te werken." Gee de Wilde: "Gastvrijheid, klantgerichtheid: dat zijn kreten die in elk beleidsplan van elke instelling staan. Hoe doe je dat in de praktijk?" Ingrid Vluggen: "Verpleegkundigen hebben trainingen gekregen van een goeroe uit het hotelwezen om te leren hoe je inspeelt op de behoeften van je klanten, ze met egards behandelt. Ook zijn twee gesloten afdelingen omgeturnd tot leuke, gezellige woonruimtes. Het gaat erom een patiënt niet te zien als zieke, maar als mens in nood die zich veilig moet voelen en aandacht en zorg op maat moet krijgen." Dit als aanvulling op twee eerdere projecten waarbij bewustwording van dwang en drang in de hele instelling en kennis en vaardigheden (waaronder agressietraining) centraal stonden.

Intensive care units

Justine Theunissen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige bij De Gelderse Roos, vertelde op de vorige conferentie over de afdeling Siependaal, die door een andere inrichting en een andere bejegening volledig separeervrij is geworden. Men wil deze aanpak nu over de hele organisatie verspreiden, zodat die in 2010 volledig separeervrij is en er in het uiterste geval alleen nog intensive care wordt geboden. Theunissen: "Onze aanpak is gericht op behoud van het contact met patiënten, dus van die verpleegpost af. Verpleegkundigen worden getraind op preventieve en communicatieve vaardigheden. Belangrijk zijn daarnaast een goed contact met familie en naasten, en een goede aansluiting op de ambulante zorg, zodat er meer kennis over de patiënt voorhanden is."

Wat moeten we verstaan onder die intensive care of de term high care die eerder al viel, zo vraagt iemand uit de zaal zich af. Is dat niet de zoveelste vermomming van wat eerst de isoleer en toen de separeer heette? Directeur-geneesheer Hans Hesta van De Gelderse Roos: "Het gaat om intensieve zorg in een aparte ruimte die gemaakt is om veiligheid te bieden. Met voldoende plek voor verpleegkundigen en eventueel familie als hun aanwezigheid helpt om veiligheid te scheppen voor de patiënt. Het is echt iets anders dan een separeercel. We moesten ook speciale toestemming hebben van de inspectie voor het vervangen van de verplichte separeer door dergelijke intensive care units."

Bange verpleegkundigen

De Gelderse Roos heeft gekozen voor een top-downbenadering. Gaan alle afdelingen en alle psychiaters makkelijk mee met deze nieuwe koers binnen Gelderse Roos? Nee, zo vertelt Hesta. "Maar het point of no return is bereikt. Je kunt niet meer zeggen: we kunnen niet zonder separeren. Ga maar kijken in al die landen om ons heen waar ze niet meer separeren."

In de zaal bestaat toch nog twijfel in hoeverre het terugdringen van dwang & drang hoog op de agenda van psychiaters staat. Cecile aan de Stegge, lid van de onafhankelijke projectbeoordelingscommissie, vraagt aan Hans Hesta of wij er van op aan kunnen dat hij het aan de orde zal stellen op het eerstvolgende voorjaarscongres van psychiaters. Die toezegging krijgt ze. "En geloof me, er is geen weg terug. De separeer zal verdwijnen."

Bij Spatie staat het in hun kracht zetten van verpleegkundigen centraal, vertelt Hilde Vergeer. "Het zijn vaak de verpleegkundigen die geen afscheid willen nemen van de separeer. Omdat ze bang zijn. Je moet ze dus instrumenten in handen geven. Zoals een risicoanalyse bij de intake zodat ze beter weten wat hun met een patiënt te wachten staat. En genoeg back-up om met een andere manier met patiënten om te durven gaan."

Comfort Rooms en stripkamers

Comfort Rooms heet het anti-separeerproject dat door Mediant is ontwikkeld. Hans Poelert en René de Veen zijn net terug van een studiereis samen met cliënten naar Amerika, waar comfort rooms al een tijdje ingeburgerd zijn. Het gaat om rustruimtes die als preventieve interventie worden ingezet. "Met een prettige stoel, prettige muziek, gewoon een fijne ruimte die helpt om weer rustig te worden." Is dat geen puur cosmetische aanpassing, die in essentie neerkomt op hetzelfde als de separeer? Poelert: "Nee, het is onderdeel van een hele aanpak om separeren te voorkomen. Het gaat er ook om anders naar patiënten te kijken, hen te helpen in plaats van met hen te knokken. In die rustruimtes kunnen hulpverleners met oversture mensen in gesprek om verdere escalatie te voorkomen. Maar daarnaast doen we ook andere dingen, zoals gesprekken organiseren met patiënten over de sfeer op de afdeling." Een variant op de Comfort Room die vanuit de zaal wordt ingebracht is de stripkamer. "Een kamer waar je steeds iets weg kunt halen als de cliënt aangeeft dat hij te veel prikkels krijgt. Het idee is dat je niet de cliënt verhuist naar een afzonderlijke ruimte, maar weghaalt wat op dat moment teveel is."

Geef de cliënt de regierol

Uit de zaal komt de tussentijdse opmerking dat al die instellingsprojecten in feite op elkaar lijken. "De echte verandering is als hier cliënten komen zitten die komen vertellen wat hun plannen zijn!" Bert Aben van de Cliëntenbond: "Het klinkt mij toch allemaal veel te veel van bovenaf opgelegd. Als iets dat de psychiaters en verpleegkundigen wel of niet doen. Terwijl we naar een systeem toemoeten waarbij cliënten zelf bepalen hoe de psychiatrie ingezet wordt. Geef de cliënt de regierol! Ze moeten zelf werken aan hun eigen herstel, en weten vaak zelf heel goed wat het beste proces is. Als er in behandelplannen goede afspraken gemaakt zijn, dan kan die isoleer er helemaal uit. In het buitenland kan het, dus in Nederland moet het ook kunnen."

Wim Janssen van GGNet vertelt daarop over het onderzoek dat hij deed naar separeren in binnen- en buitenland. Volgens hem moet het beeld bijgesteld worden dat wij het in Nederland zo slecht doen. "Want ook in het buitenland worden dwang- en drangmaatregelen ingezet. Dan hebben ze bijvoorbeeld netbedden, bedden met hekken en netten eromheen. Dan hebben ze geen separeer, maar bellen ze bij crisis wel of ze een netbed mogen hebben!" Hans Slijpen van de politie Utrecht voegt daaraan toe dat we buitenlandse aanpak niet te zeer ophemelen. "Want ook in bijvoorbeeld Amerika waar vaak naar gewezen wordt zijn ze soms uitermate repressief. Daar zitten heel veel van de moeilijkste psychiatrische patiënten simpelweg in de gevangenis. Ja, dan kan je in psychiatrische instellingen wel met geen separatie toe."

'Onze jongens willen geen hulpverleners, maar een bondgenoot'

Een project dat heel sterk uitgaat van de wensen van cliënten, is dat van Haagland Rivierduinen. Op een gesloten afdeling met jonge mannelijke patiënten met meervoudige psychische problematiek is men gaan werken vanuit de presentiemethode. Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige Kaspar van den Berg: "Dat betekent dat je niet meer vanuit afstand en regelgeving werkt, maar vanuit nabijheid. Onze jongens willen geen hulpverlener, maar een bondgenoot. En dus hebben we de hele boel opengegooid. Geen gesloten kantoorruimtes meer, geen plek waar je je als hulpverlener kunt terugtrekken, maar gezamenlijke ruimtes, vrije toegang tot de koffiemachines en de koelkast, dat soort zaken." Het is een methode die veel vergt van de mensen op de werkvloer, er zijn ook collega's weggegaan die het niet aankonden. "Maar de resultaten zijn verbluffend. Er is veel minder agressie en waar die er wel is worden hulpverleners ontzet door medecliënten. Ook zijn er cliënten die als hopeloze gevallen werden gezien, en die nu buiten de kliniek konden gaan wonen of van de medicatie af zijn."

En die enkele keer dat er toch nog gesepareerd wordt, gebeurt dat altijd met een hulpverlener erbij." (Meer info over dit project staat in het laatste rapport van het Trimbos Instituut over dwang en drang: *Inventarisatie van goede praktijken in de langdurige gesloten zorg*, zie www.trimbos.nl.)

Dwang en drang is niet altijd slecht

Ervaringsdeskundige Marlieke de Jonge houdt vanuit de zaal een pleidooi voor verbindende hulpverlening. Zij stelt dat het er niet altijd om gaat dwang en drang te voorkomen, want dat zichzelf als 'stuiiterpatiente' soms ook dwangmaatregelen nodig heeft. "Alleen wil ik het op een manier waarop die niet schadelijk is voor mij. En dus gaat het erom dat ik bondgenootschappen met hulpverleners afsluit. Dat ik aangeef wat ik wel en niet wil, door een zelfbindingscontract, een crisisplan, een communicatiestemming aan mijn hulpverleners. Het is belangrijk dat hulpverleners en cliënt samen één koers varen, dat niet elke hulpgroep zijn eigen beleid voert en de cliënt maar in een spagaat hangt. En dat ze niet voor mij gaan denken, maar vragen wat ik wil."

Gele kaarten uitdelen: de deelnemers aan het woord

Dan is het tijd voor de uitkomst van de kaartenactie. Alle deelnemers aan de conferentie kregen in de pauze twee gele kaarten met de tekst 'Maak GGZ beter: geen cel, maar zorg'. Eentje waarop ze tips voor het Platform GGZ konden opschrijven, en eentje waarmee ze boodschappen aan derden (politiek, instellingen) konden versturen. De bus met gele kaarten voor het platform wordt aan het einde van de conferentie geleegd. Hieronder een selectie uit de tips (die toch ook deels aan het adres van GGZ-instellingen en politiek gericht bleken te zijn).

Tips voor de instellingen

- Zorg dat er goed geluisterd wordt naar de patiënt en gepraat wordt met de patiënt, voordat er tot handelen wordt overgegaan. Vraag wat er aan de hand is en waarom, en of er een alternatief voor separatie is. Neem geen eenzijdige besluiten. En check altijd of een separatie al of niet terecht is (geweest). Betrek de cliënt hierbij.
- Zorg voor meer aandacht voor de-escalerend werken; geef trainingen op het gebied van gesprekstechnieken en interactievaardigheden, stel bijscholing van hulpverleners door de training "Cliënt-Hulpverlener" verplicht. Door meer interactievaardigheden is minder fysieke agressiehantering nodig.
- Op gesloten afdelingen moet de totale zorg verbeteren! Meer dagbesteding naar keuze van de patiënt. Meer faciliteiten, zoals een sportzaal, een computerruimte, een moderne gezellige leefruimte. Probeer een echte leefgemeenschap met elkaar te vormen. Het scheelt 75% agressie-incidenten en separatie.
- Wanneer een patiënt volgens de hulpverlener separatie nodig heeft, probeer dan eerst één of meer medepatiënten erbij te betrekken voor advies of voor een gesprek met de betreffende patiënt. Maak sowieso meer gebruik van ervaringsdeskundigen-als-hulpverleners binnen de instellingen. Patiënten kunnen elkaar prima helpen.
- Zorg dat er naar de patiënt en zijn familie wordt geluisterd als ze aangeven dat hulp nodig is. Dit kan een crisis voorkomen. Dus: helpen als het nodig is, ook buiten kantooruren.
- Geef cliëntenorganisaties en bewegingen vanaf begin af aan een duidelijke rol. Organiseer meer ontmoetingen tussen cliëntenraad en hulpverleners.

Tips voor beleidsmakers en politiek

- Psychiatrische klinieken en opvangplaatsen moeten kleinschaliger worden, zodat het overzicht en het toezicht beter is. Door vermindering van het aantal patiënten krijgen ze de zorg die ze nodig hebben. En geef iedereen een

behoorlijke éénpersoonskamer.

- Zorg dat bij nieuwbouw geen nieuwe separeers meer gebouwd worden.
- Sluit alle separeers.
- Schaf naar Italiaans voorbeeld alle GGZ-klinieken af. Dan is er ook geen dwang en drang meer.
- Geef cliëntenraden dezelfde wettelijke status als personeelsraden. Nu hebben ze bijvoorbeeld geen vetorecht, zoals de Ondernemingsraden. En zorg dat familieraden dezelfde wettelijke status krijgen als cliëntenraden.

Tips voor GGZ Nederland

- Let er bij de projecten op, dat de cliëntenraden van het begin af aan betrokken worden.
- De meeste projecten gaan over een verandering in bejegening. Iets waar toch geen geld voor nodig is? Integreer het afschaffen van separeren gewoon in de totale behandeling en neem het op in het behandelplan.
- Geef meer ondersteuning aan kleinschalige- en buurtprojecten (integratie) om vereenzaming te voorkomen.

Tips voor de werkgroep Dwang en drang

- Houd in de gaten dat niet of minder separeren géén doel op zich wordt. Het is één van de voorwaarden voor goede zorg.
- Besteed niet alleen aandacht aan separaties, maar ook aan andere dwang en drang zoals dwangmedicaties.
- Schrijf veel artikelen, en benader media. Zo verspreid je kennis over het onderwerp.
- Zorg voor veel steunbetuigingen aan de actiegroep Tekeer tegen de Isoleer van Jolijn Santegoeds.
- Zorg dat er ook geld komt voor cliëntenraden en projecten in het ambulante circuit, niet alleen voor projecten binnen instellingen.

Tot slot nog deze opmerking uit de zaal: "We hebben het hier nu met elkaar heel eensgezind over het tegengaan van dwang en drang, maar je ziet ook een tendens naar meer maatschappelijke repressie. Er zijn ook psychiaters en instellingen die vragen om meer te mogen doen tegen de wil van patiënten in. Dus zo eenduidig is dat nog niet, dat het verminderen van dwang en drang een onomkeerbaar proces is." Gee de Wilde stelt dat het een kwestie is van die tendens bestrijden door goede voorbeelden te geven. Ook heeft de werkgroep dwang en drang van het Landelijk Platform GGZ een subsidieverzoek uitstaan bij een groot fonds, zodat het actie kan gaan ondernemen om instellingen die nog geen plannen hebben om drang en dwang te verminderen, gericht te gaan benaderen. "Het is een kwestie van veel en blijvend druk uitoefenen op degenen die verantwoordelijk zijn voor de enorme hoeveelheid dwang en dring die in de psychiatrie nog altijd gebruikt wordt."

Oppakken en aanpakken

Een sociaal psychiatrische verkenning in een virtuele wereld

Onno Kastelein

Peter Braem

Met medewerking van:

Linda van Gameren, SPV i.o. bij Bavo Europoort, afdeling Psychiatrische Thuiszorg **Jaap van Vliet**, SPV in de functie van teamleider bij BavoEuropoort, afdeling Psychiatrische Thuiszorg.

Tessa van Nunnikhoven, verpleegkundige bij Boumanggz, afdeling Outreachende Zorg.

Margo Hondenbrink, psychiatrisch verpleegkundige, GGZ Midden-Holland, onderdeel van Rivierduinen.

Gerdien Korffker, SPV i.o. , GGZ Midden-Holland, onderdeel van Rivierduinen.

Willem van Dijk, SPV, GGZ Midden-Holland, onderdeel van Rivierduinen.

Gerdien Hoekerswever, SPV en teamleider werkzaam bij GGZ Midden-Holland, onderdeel van Rivierduinen.

Anouska Cremers: casus

Inleiding

Second Life is een virtuele driedimensionale wereld en kan nauwelijks een spel genoemd worden. Er zijn geen opdrachten om uit te voeren, geen zichtbaar begin en zeker geen einde en in zekere zin ook geen winnaars of verliezers. Het is een simulatie van de echte wereld. Er kan alleen veel meer. Je kunt als je een eigen personage hebt (een avatar) andere bewoners ontmoeten, aan die wereld bouwen, winkelen, uitgaan, studeren, vrienden maken en nog veel meer. Net zoals in de eerste wereld is er in de tweede wereld geld nodig. Om te winkelen en grond of huizen te kopen, kun je als gebruiker je creditcard trekken. Maar je kunt ook virtueel geld verdienen (Linden Dollars), bijvoorbeeld door kleding te ontwerpen en te verkopen of ergens een baan te zoeken.

Het blijkt dat bij veel mensen de meest centrale gedachte en drijfveer om met Second Life mee te doen vooral is dat ze dingen kunnen doen die ze normaal gesproken niet kunnen doen. Zo stond er laatst een verhaal in de krant van een jongen die de virtuele wereld als ideale werkplek zag. Hijervaarde daar geen last van zijn beperkingen, zoals lopen. Hij zat namelijk in een rolstoel. Dat bracht ons op het idee om naar aanleiding van casuïstiek een aantal zeer ervaren hulpverleners de vraag voor te leggen hoe ze de hieronder beschreven casus idealiter zouden willen aanpakken als geld, tijd en mankracht geen rol speelt en ze dus hun vak kunnen uitoefenen zonder beperkingen. Een sociaal psychiatrische verkenning.

Casus

Een echtpaar, beiden in de vijftig, hebben een zoon van 23. Hij zit vooral op zijn kamer. Hij rookt weed en draait soms harde muziek. Hij komt weinig zijn kamer uit. Soms maakt hij veel kabaal boven. Als een van de ouders er dan iets van zegt snauwt hij. Ze mogen zich niet met hem bemoeien. Zijn kamer is erg rommelig en stinkt. Als zijn moeder er iets van zegt wordt hij agressief, schreeuwt en scheldt haar uit. De zoon heeft met niemand contact. Het is een jaar of drie geleden begonnen. Volgens de ouders begon hij toen slechte vrienden te krijgen. Zij herinneren zich dat hij de laatste jaren op de middelbare school (HAVO) steeds vaker spijbelde. Hij zwierf dan uren door de stad, kwam doodmoe thuis en praatte steeds minder met zijn ouders. De ouders beklemtonen dat hij een goede zoon is en het niet zo kwaad bedoelt. Inmiddels zijn ook de ouders in een sociaal isolement geraakt. Zij durven niet meer uit te gaan, bang dat er thuis iets gebeurt (zoon laat regelmatig het gas aanstaan, de kraan lopen, of maakt zodanig kabaal

dat de buren klagen.) Zij durven geen vrienden meer te ontvangen omdat de zoon eenmaal een ruzie uitlokte met een goede vriendin van zijn moeder. Deze vrouw had zich zo bedreigd gevoeld dat ze geen contact meer wenste. De ouders zijn heel stil in huis, draaien geen muziek meer en kijken nauwelijks televisie, bang dat de zoon er last van heeft en kwaad zal worden. Er zijn buren aan de overkant van de straat waar moeder laatst wel haar verhaal heeft kunnen vertellen. Deze tonen wat begrip. Zij hebben de ouders gestimuleerd om hulp te zoeken. Dit hebben ze gedaan. Sinds enige tijd komt er wekelijks iemand praten met de zoon. Hij gedraagt zich dan zo goed als normaal. Deze hulpverleenster wil graag dat de zoon medicatie neemt. Hij vertrouwt het echter niet en weigert. Hij weet zijn ouders steeds weer te overtuigen dat het ook niet nodig is, dat hij zijn leven zal beteren als zijn ouders hem maar wat meer ruimte zouden geven. Hij beschuldigt hen ervan dat ze hem niet vertrouwen en hem in een kwaad daglicht zetten waardoor iedereen tegen hem is. De ouders vertellen geen leven meer te hebben. Vader vraagt hulp om de jongen op een goede manier uit huis te krijgen, bijvoorbeeld naar een kamer, en werk dat hij prettig zou vinden. Moeder wil wel dat er iets gebeurt maar is bang dat men de zoon zal opsluiten. Eigenlijk valt het wel mee met hem, als maar iemand tot hem zou kunnen doordringen. Wat nu?

Vraag 1.

De werkelijke wereld: welke mogelijkheden zie je in de dagelijkse praktijk om deze casuïstiek aan te pakken?

Tessa van Nunnikhoven is werkzaam als verpleegkundige en maatschappelijk werkster bij Boumanggz, een instelling voor verslavingszorg. Zij zou als volgt te werk gaan: "Allereerst zou ik de problemen van de zoon inventariseren: hij rookt weed, is contactarm en er zijn concentratieproblemen. Hij is passief, want hij isoleert zich in zijn kamer en deze is wanordelijk. Hij heeft geen werk en geen eigen woonruimte.

Ook zou ik de problemen van de ouders inventariseren: zij voelen zich bedreigd en geïntimideerd door hun zoon. Ook zij zijn geïsoleerd geraakt. Bij de moeder zijn er ambivalente gevoelens ten opzichte van de zoon. Ik zou vervolgens gaan praten met de ouders. Hen trachten bewust te maken van wat er speelt. Deze jongen verstoort namelijk ernstig hun leven. Met elkaar houdt dit gezin deze problemen in stand. Ik zou de ouders adviseren duidelijk hun grenzen aan te geven, zodat de zoon wel in actie moet komen. Ik zou hen bijvoorbeeld stimuleren om eisen aan hun zoon te gaan stellen, in de trant van: "Je stelt je onder behandeling of je gaat het huis uit". Ik zou aan de ouders trachten duidelijk te maken dat de zoon, ondanks zijn problemen, een bepaalde verantwoording *kan* dragen. Mogelijk kan de zoon zelfstandig wonen, gebruik maken van de sociale opvang. Indien nodig kan ik hem aanmelden een vorm van beschermd dan wel begeleid wonen. Er lijken, voor wat de problemen van de jongen betreft, geen gevaarscriteria te zijn, zodat dwang uit den boze is. Alles zal dus op vrijwillige basis moeten gebeuren. Als hulpverleenster kan ik in deze situatie dus pas iets doen als er vanuit dit gezin een hulpvraag komt."

Een ongewenst fenomeen in de huidige werkelijke wereld is het *moeten produceren*, vind Tessa. "Als hulpverlener wordt je afgerekend op je gescoorde contacten. Soms voel je je een robot. Hierbij wordt voorbijgegaan aan de idee dat hulpverlening soms veel tijd, maar zeker inspiratie vergt."

Jaap van Vliet is SPV en werkzaam als teamleider van een afdeling Psychiatische Thuiszorg binnen Bavo Europort, een grote GGZ instelling. "Ik tracht langzaam het vertrouwen van de patiënt te winnen. Hiertoe gebruik ik methodieken zoals die mij uit het casemanagement bekend zijn.

Ik denk dat het hier om een schizofrenievormige stoornis gaat. Daarom neem ik een psychiater mee op huisbezoek. Vervolgens tracht ik met de ouders een plan te maken. Ik ga hierbij uit van de vraag van de ouders. Ik wil hen bewust maken van hun eigen belangen. Zij moeten immers ook hun leven kunnen leiden. Ik zou hen kunnen verwijzen naar een lotgenoten groep. Ik zou ze hoe dan ook steun blijven aanbieden. Indien deze jongen ertoe te bewegen is in actie te komen, kan er een vorm van rehabilitatie worden ingezet. Een bepaalde vorm van woonbegeleiding is onontbeerlijk. Als de zoon niets wil en de ouders doen verder niets aan de situatie, dan zit er niets anders op om te wachten tot het misgaat"

Linda van Gameren is als SPV i.o. eveneens werkzaam binnen de afdeling voor psychiatrische Thuiszorg van Bavo Europort. Linda zou er mee starten om met de jongen contact te maken om te trachten zijn vertrouwen te winnen. "Ik zou met hem gaan bespreken dat de situatie voor zijn ouders onleefbaar is. Daarnaast zal ik hem naar zijn eigen wensen vragen. Ik ga trachten hem te activeren. Ik ga proberen hem uit zijn kamer te krijgen om te kijken hoe hij zich buiten gedraagt. Ik schakel Psychiatrische Thuiszorg in. Aan mijn collega van de Psychiatrische Thuiszorg vraag ik deze jongen te observeren. Is hij vaak agressief? Wat doet hij dan? Hoe reageren de ouders? Ook zal ik een psychiater meenemen. Goede diagnostiek vind ik belangrijk. De ouders tracht ik te steunen onder andere door hen psycho-educatie te geven. Als deze jongen zelf geen wens tot verandering heeft zal ik de ouders trachten te motiveren om met hun zoon afspraken te gaan maken: of medicatie innemen of het huis uit. Met het echtpaar zou ik bespreken dat het belangrijk is om een gezamenlijk standpunt ten opzichte van hun zoon in te nemen. Ik wil hen ervan doordringen dat zij hun eigen leven hebben. Maar ik ben natuurlijk afhankelijk van de wens van de gezinsleden.

Margo Hondenbrink, werkzaam als psychiatrisch verpleegkundige bij GGZ Midden-Holland, handelt als volgt: "Ik ondersteun de ouders en probeer afspraken te maken met hun zoon. Samen onderzoek ik de mogelijkheden. Ik bespreek de consequenties. Ook geef ik psycho-educatie. Alle gezinsleden nodig ik uit voor een gesprek over de situatie. Wat vinden zij wenselijk? Hoe kunnen zij dit gezamenlijk bereiken? Onderwerpen die ik ter sprake zou brengen zijn: huisvesting, zelfstandig wonen, werk en daginvulling. Dit vergt wel bereidheid van zoon. Dus is het belangrijk om hem duidelijk te maken dat het hem ook winst kan opleveren, namelijk minder gezeur van zijn ouders. Ik ben ook benieuwd naar wat er met de zoon aan de hand is. Is hij psychotisch? Is er een indicatie voor opname. Kortom, is er iets psychiatrisch aan de hand?"

Gerdien Korfker is SPV i.o bij GGZ Midden-Holland. Zij is kort en duidelijk: " de onderzoeksfase dient bij voorkeur op een poli plaats te vinden, de kans is zeer groot dat hij niet komt en er niets van de grond komt totdat er een crisissituatie ontstaat en wellicht zelfs een gedwongen opname volgt"

Willem van Dijk is SPV en werkzaam bij GGZ Midden-Holland. Hij zegt: "Het zou nu de Acute Dienst zijn die contact opneemt. De nadruk zal liggen op verkenning van de problematiek, er gaat dus veel tijd zitten in het opstarten van een behandelrelatie. Daar zal het voorlopig bij blijven." Hier is Gerdien Hoekerswever, SPV en teamleider bij GGZ Midden-Holland het mee eens. Een band proberen te krijgen met de jongen en vooral proberen enige duidelijkheid te krijgen over wat er nu precies aan de hand is. Van belang is dus om de ouders bij het geheel te betrekken, hun tijd te geven om erover te kunnen praten en hen informatie te geven over mogelijke redenen van zijn gedrag.

Vraag 2.

De virtuele wereld: hoe zou je deze casus idealiter willen aanpakken, als geld, tijd of mankracht bijvoorbeeld geen rol speelt?

Tessa van Nunnikhoven. "De gedachte ontstaat bij mij om van dwang gebruik te maken: indien deze zoon geen medicatie zou gaan gebruiken moet hij op korte termijn het huis uit. Indien er sprake is van een psychotische stoornis, zou kunnen worden overwogen om deze jongen stiekem zijn medicatie te geven. Het lastige bij een onderwerp als dwang of een ethisch probleem zoals het stiekem geven van medicatie is dat dit de hulpverlener in een zeer lastig parket zou kunnen brengen, indien er geen, vanuit bijvoorbeeld de beroepsgroep of overheid, opgelegde beperkingen of voorwaarden zouden zijn. De hulpverlener heeft dan immers alleen zijn eigen geweten om bij te rade te gaan. Eigenlijk ben ik niet ontevreden met de in de reële wereld gestelde kaders omtrent dwang of ethische kwesties. Mogelijk kan ik de intensiteit van de geboden hulp verhogen. Bijvoorbeeld een hulpverlener een periode in het huis stationeren. Diagnostiek zou hierdoor zuiverder zijn en in het gezin kun je on-the-spot interventies doen. Deze hulpverlener zal intensief worden bijgestaan middels supervisie en coaching."

Jaap van Vliet zou ermee starten deze jongen onder drang of dwang medicatie te geven. "Natuurlijk zou ik hier niet allereerst mee beginnen. Eerst probeer ik de zoon hier op vrijwillige basis toe te bewegen, als dit niet lukt zal ik drang of dwang moeten toepassen." Alhoewel de kans bestaat dat hij de zoon dan 'kwijtraakt'. Het tot het uiterste respecteren van de integriteit van het lichaam, gaat teveel voorbij aan het aanwezige leed, meent Jaap. "Het nuchtere verstand in deze casus zegt: 'oppakken en aanpakken'." In de virtuele wereld zou hij de zorg minder bureaucratisch organiseren. Vaak zijn er in de werkelijke wereld wachtlijsten of duurt een aanmeldprocedure voor een voorziening te lang. Hulp zou snellen opgestart moeten kunnen worden.

Als geld en mankracht geen rol spelen start **Linda van Gameren** er mee de zorg te intensiveren. "Ik ga er bijvoorbeeld dagelijks naar toe. Dit met als doel het vertrouwen van deze jongen te winnen. Ook nu zal ik trachten begrip te kweken bij deze jongen voor de situatie van zijn ouders. Als niets helpt, dan moet hij het huis uit, zonodig met dwang. De diagnostiek blijft het uitgangspunt. Ik zou onder dwang medicatie geven. Ik vind het onmenselijk om iemand behandeling te onthouden." De BOPZ zou Linda versoepelen. "Ik zou een mogelijkheid creëren om eerder in te kunnen grijpen. De beslissing tot ingrijpen zou ik niet leggen bij een anonieme wethouder of rechter, maar bij een multidisciplinair behandelteam in samenwerking met de ouders."

Margo Hondenbrink kiest voor een therapeut die verschillende keren per week in het gezin meedraait om te kijken wat ouders en zoon ervaren om op basis hiervan een voorstel voor behandeling te doen. "Door observatie kan veel duidelijk worden over

ziektebeeld, communicatie en patronen in dit gezin.

Ook nu ben ik weer afhankelijk van de bereidheid van de zoon tot medewerking maar door veel aanwezig te zijn is het denk ik makkelijker om vertrouwen te krijgen. Ook krijg je dan beter zicht op escalaties." Afhankelijk van de uitkomst van de observatie zet Margo de volgende zorg in:

1. Coaching van de ouders, gericht op de omgang met hun zoon.
2. Met de zoon doelen stellen en praktisch aan de slag gaan.

Gerdien Korfker verlegt de onderzoeksfase naar de thuissituatie. "Ik ga contact leggen met de zoon. Ik maak daarbij gebruik van methodieken als invoegen,

de tijd nemen om hem zijn verhaal te laten vertellen op welke manier dan ook. Belangrijk vind ik het om het gedrag positief te labelen. Verder geef ik psycho-educatie aan ouders."

Willem van Dijk verhoogt de intensiviteit van de hulpverlening. "Ik ga dit gezin vaker bezoeken. Daarbij zal ik meer direct in gaan op de wensen van de ouders. Meer tijd, daar gaat het altijd om! De kamer voor hem zal natuurlijk zo geregeld zijn. Geld speelt immers geen rol. Een groot contrast met de realiteit. Gelukkig is er geen grote verantwoording meer naar die eindeloze bureaucratie!!

Gerdien Hoekerswever kiest ook voor een meer intensievere benadering. Zij noemt het een voorbeeld van ambulante werken en actief zijn, tegen bemoeizorg aan. Als tijd en geld geen rol speelt vallen deze mensen niet meer tussen wal en schip! Zij noemt ook de wetgeving. Vooral direct in kunnen grijpen met medicatie is belangrijk ook voor de toekomst en het verdere beloop van het beeld.

Samenvatting en nawoord

Aan een aantal ervaren hulpverleners legden wij een casus voor. De casus handelt over een mogelijk psychotische zoon die zijn ouders terroriseert. Wij stelden twee vragen:

1. Welke mogelijkheden zie je in de dagelijkse praktijk van de werkelijke wereld om deze casuïstiek aan te pakken?
2. Hoe zou je deze casus idealiter willen aanpakken, als geld, tijd of mankracht geen rol speelt?

In de werkelijke wereld gaan de ondervraagden actief op zoek naar een vrijwillig aanknopingspunt voor hulpverlening. In de gegeven casus worden geen redenen voor het toepassen van dwang gevonden, alhoewel de problematiek ernstig is. De ouders van de zoon worden gestimuleerd duidelijk te zijn in het stellen van hun grenzen. Men zet casemanagement methodieken in. De zoon wordt voor de keus gesteld: behandelen of het huis uit. De ouders moeten immers in staat zijn ook hun eigen leven te kunnen leiden. Eerst zal de zaak uit de hand moeten lopen voordat er werkelijk kan worden ingegrepen.

Een casus uit de praktijk. Maar ook de dilemma's, tegengestelde belangen en beperkingen uit de praktijk. Zo zitten SPV-en maar al te vaak in een spagaatpositie. Enerzijds de bureaucratie, DBC's, tijd, kosten, caseload en anderzijds het goed hulpverlenerschap. Bevrijdend om in een virtuele wereld los te kunnen komen van alle belemmeringen en beperkingen want in de virtuele wereld, als geld en tijd geen rol meer spelen, mag alles. Medicatie wordt door de collegae onder dwang of mogelijk zelfs stiekem gegeven. Er wordt een hulpverlener in het huis gestationeerd. Echter, een keerzijde van 'alles mag' is dat de hulpverlener voor lastige keuzes komt te staan met slechts zijn geweten om op terug te vallen.

Het mooie van een virtuele hulpverleningswereld, zo meent **Willem van Dijk**, is dat alles mogelijk is. "Zo kun je bijvoorbeeld voldoende geld genereren, net zoals in spelletjes en daarmee eindeloos doorbouwen of doorvechten. Maar het mooiste is dat er in zo'n virtuele wereld natuurlijk helemaal geen psychiatrische problemen bestaan. Veel nerds zitten achter hun computer, je ziet ze niet, niemand is meer gestoord."