

Dwangtoepassing in Europa; is Nederland voortrekker of achterloper?

Dr. Bert van der Werf

klinisch psycholoog en onderzoeker

BWBC

lid van de EViPRG

“Gesepareerde patiënten krijgen geen frisse lucht”, was zo ongeveer het meest kritische bericht dat bij mijn weten de afgelopen jaren de landelijke media haalde. Maar het feit dat langdurige separaties in ons land erg veel voorkomen, vormde geen onderdeel van deze kritiek. Het lijkt wel of wij Nederlanders dit feit voor lief nemen. Toen ik enige jaren geleden op een bijeenkomst van de EViPRG - een groep van ruim 40 onderzoekers uit 17 Europese landen - vertelde dat separatie in ons land inhoudt dat de patiënt alleen in een isoleercel wordt opgesloten, was men heel verbaasd. Dit sloeg om in verontwaardiging toen ik uitlegde dat langdurige separatie in ons land onderdeel vormt van het behandelplan en dat veel hulpverleners er nog steeds van overtuigd zijn dat separatie een therapeutisch effect heeft. “Schandelijk en schadelijk”, waren de reacties.*

Wie op zoek gaat naar eventueel minder ingrijpende alternatieven voor gedwongen separatie zal hier weinig alternatieven vinden. Noch in de nota's van het College van Ziekenhuisvoorzieningen, noch in de limitatief opgesomde dwangvormen van de nieuwe registratieformulieren melding dwangbehandeling aan de Inspectie voor de GGZ. Het houdt eigenlijk op met alternatieven als afzondering en fixatie.

De toekomst van separeergebruik

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

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. Maar hij mag daar in tijden van crisis nooit en te nimmer eenzaam worden opgesloten of alleen gelaten.

Onlangs was een Noorse verpleegkundige op werkbezoek in ons ziekenhuis. Juist op het moment dat ik hem de separeercellen liet zien, kwam er een patiënt de separeercel uit die daar, overigens op eigen verzoek, een uur in had gezeten. Onze Noor was zichtbaar onthutst door de aanblik. Hij vertelde dat, als hij in eigen land getuige zou zijn geweest van dit voorval, hij hiervan onmiddellijk officiële melding zou moeten maken, en dat de verpleegkundige die deze patiënt alleen zou hebben gelaten achter de gesloten deur van de separeercel, op staande voet zou zijn ontslagen. De patiënt alleen laten in een crisissituatie is daar een professionele doodzonde.

Dwangmiddelen elders

Als een Zweedse patiënt gevaarlijk agressief is, wordt deze in geval van nood gefixeerd. Dat mag maximaal 4 uren duren; intussen doet men er alles aan om de crisis te bezweren. In Zweden maakt men daartoe veelvuldig gebruik van benzodiazepines (angstdempers) terwijl men in Noorwegen liever kiest voor alleen neuroleptica (anti-psychosemiddelen) vanwege de angst voor de verslavende

werking van benzodiazepines. De Noren fixeren alleen in uiterste nood op een bed, de voorkeur gaat uit naar fixatiebanden waarmee de patiënt kan staan en lopen. De redenering is daar, net als in Noorwegen, dat de eerste uren na een uitbarsting cruciaal zijn om de crisis te bezweren. Hoe langer de crisis duurt, hoe groter het risico op langdurende schade aan de patiënt. De Zweden verlaten zich vooral op het kalmerende en sederende effect van de medicijnen, de Noren hechten erg veel waarde aan het herstel van de werkrelatie. Fixatie is overigens in de meeste landen het ultieme dwangmiddel, in combinatie met sederende en/of antipsychotische medicatie; ook elders dus geen rijke schakering aan keuzemogelijkheden.

Prikkelarm?

In Ierland spreekt men, net als in ons land, graag over de separeer als prikkelarme omgeving, maar de concrete invulling van dit begrip is daar veelal anders. In het APZ van Limerick bijvoorbeeld komt de deur van de seclusion room, de “green room” genaamd, uit op de huiskamer. De patiënt blijft oog- en oorcontact houden met zijn medepatiënten. Het prikkelarme komt tot uiting in de groene muren en het hoge raam waardoor de overprikkelde patiënt niet met alle indrukken van buitenaf wordt geconfronteerd, maar zich wel kan blijven orientieren doordat hij daglicht kan zien. En opnameafdelingen in Zweden zijn om deze reden oersaai en kale afdelingen, geen vriendelijk en kleurrijk aangeklede huiskamers of andere ruimtes, geen therapieën 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”.

Gedwongen opname en gedwongen behandeling

Dwangopname leidt in bijna alle landen tot het instellen van medicamenteuze behandeling, al dan niet onder dwang. Gedwongen opname is in ons land primair bedoeld om gevaar, voortkomend uit de stoornis of ziekte af te wenden. Aan het gebruik van dwangmiddelen als de separeercel werden tot voor kort minder hoge

gevaarseisen gesteld dan aan gedwongen medicamenteuze behandeling. Daarin is Nederland steeds meer een uitzondering binnen Europa. De Zweden moeten ingrijpen middels behandeling als de psychiater plus een collega vinden dat de patiënt behandeling echt nodig heeft om het psychisch, psychiatrisch lijden te verminderen. Pas als de behandeling een maand na opname in de ogen van de psychiater nog steeds echt hard nodig is, zonder instemming van de patiënt, komt er een rechter aan te pas. Daarentegen moet de psychiater in Zweden die eerste maand wel erg veel formulieren invullen, terwijl de Griekse psychiater zijn behandelingsplan gewoon opschrijft in het medisch dossier zonder dit verder aan externe instanties als de inspectie te melden.

Alternatieven voor dwang

Alhoewel de gehanteerde kernbegrippen onderling sterk verschillen (overprikkeld, crisis, verstoorde werkrelatie), is het scala aan alternatieve dwangmiddelen elders in Europa ook erg beperkt. Fixatie in combinatie met het toedienen van (gedwongen) medicatie vormen bijna overal 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 aan de orde vanuit enige psychiatrische klinieken uit Finland en Zwitserland, waar met denkt en werkt en behandelt vanuit het begrip ontreddeering.

De eerste behandeling richt zich in eerste instantie op het verminderen van die ontreddeering, 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 stilteruimte. 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 anti-depressiva aan. Eerste prioriteit is dus niet het zo snel mogelijk inzetten van de behandeling. 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 anti-psychotische medicijnen.

Zijn rapporteerden dat zij op deze manier in meer dan 30% van de gevallen geen neuroleptica meer hoefden voor te schrijven, en dat het percentage psychose-
recidiven niet hoger is dan voorheen, toen men nog direct na opname met antipsychotische medicijnen startte en aandrang 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 dan voorheen onttrokken aan vervolgbehandeling.

Discussie

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 alle gangbare dwangmiddelen in Europa zijn langer in gebruik dan de huidige psychofarmaca.

Conclusie

Psychiatrische intensive care staat nog in de kinderschoenen en loopt daarin tientallen jaren achter bij de somatische geneeskunde.

* EViPRG= European Violence in Psychiatry Research Group
www.city.ac.uk/barts/eviprg

Signal Symposia verzorgt symposia over thema's in de psychiatrie.

Thema's die behandeld worden zijn signaleringsplannen, agressie en geweld, Dwangmiddelengebruik, acute psychiatrie, crisisinterventie en preventie, afdelingsklimaat en agressie, diagnostiek van gedragsproblemen en meer...
Kijk voor het actuele aanbod op de website; www.signalsymposia.com

Men is vrij dit document voor persoonlijk gebruik te printen en, al dan niet elektronisch, voor privédoeleinden te verspreiden mits er niets aan deze tekst wordt gewijzigd. Te allen tijde dient in geval van citeren, overnemen, samenvatten of anderszins reproduceren elders, de auteur "dr. L.J. van der Werf" en verspreider "Signal Symposia" vermeld te worden.

In geen enkel geval is het toegestaan bij het printen, het kopiëren of het verspreiden in welke vorm dan ook, hier een, in welke wijze dan ook, vergoeding voor te vragen.
In geval men wenst dit document op te nemen, uit te geven of te publiceren in een reader, syllabus, boek, tijdschrift of ander medium, neem dan contact op met

Signal Symposia
Postbus 84
5480 AB Schijndel
info@signalsymposia.com