

Dwang(reductie) in de psychiatrie

Drs. Yolande Voskes

Research Programme >

Quality of Care

Department of Medical Humanities



Separatie: problematisch?

- Traumatische en emotionele ervaring
- *Cliënten*: angst, machteloosheid, verveling, schaamte
- *Professionals*: schaamte, machteloosheid, stress
- Geen bewijs voor therapeutisch effect van separatie
- Kritiek vanuit buitenland: situatie in Nederland is onmenselijk

PSYCHIATRISCHE PATIËNT GESTIKT IN SEPARAERCEL



Moreel issue?

- **Principe ethiek:** autonomie vs. afwenden van gevaar
 - Prinsen & van Delden (2008): separatie kan ook de autonomie op langere termijn bevorderen
- **Zorgethiek:** betrokkenheid, verantwoordelijkheid, responsiviteit, openheid en respect
 - Separatie is problematisch: geen contact, gebrek aan aandacht, betrokkenheid, & responsiviteit
- **Morele dilemma's**
 - niet een principe is doorslaggevend/ niet een beslissing is de juiste. Belang van horen en begrijpen van waarden van alle betrokkenen

Tijdslijn

- 2001: kritiek vanuit binnen- en buitenland: ***kwaliteitscriteria dwang en drang***
- 2004: implementatie kwaliteitscriteria en boek met goede praktijken
- 2006: GGZ Nederland: 10% reductie per jaar:
 - Dwangreductie projecten
 - Argus
- 2011: drie rapporten (IGZ, ***Argus, Best practices***)
- 2012: start ***High en intensive care*** (HIC)

Kwaliteitscriteria Dwang en drang

- Wees je bewust van tegenstrijdige verplichtingen
- Schenk aandacht aan ambivalente emoties
- Beschouw dwang en drang in het kader van zorg als proces
- Besteed aandacht aan communicatie en bejegening
- Reflecteer op doelen en middelen
- Anticipeer en evalueer
- Streef naar adequate randvoorwaarden

Resultaten Argus

- Tussen 2009 en 2011: reductie aantal separaties 3,4%; reductie duur 9,2%
- Bij 12 instelling was een reductie te zien; bij 7 instellingen niet
- Kenmerken van succesvolle instellingen: breed gedragen project, stabiele projectleider, betrokken bij wetenschappelijk onderzoek

Best Practices

- Contact ('eerste vijf minuten', afschaffen van afdelingsregels)
- Preventie (signaleringsplan, crisiskaart)
- Feedback (Argus, evaluatie, Moreel Beraad)
- Participatie (ervaringsdeskundigen; inzet van naastbetrokkenen)
- Samenwerking (uitwisseling van verpleegkundigen, lerende netwerken)

Dwangreductie is geen kunstje...

- Verandering op drie niveaus:
 - Werkwijzen
 - Structuur (comfort rooms, open verpleegpost, terugkoppeling Argus)
 - Cultuur (van beheersen naar contact, van informeren naar participeren, van routine naar reflectie)
- Succesvolle instellingen staan open voor ervaringen van elders, kennen een breed gedragen beleid, een actieve rol van de psychiater, samenwerking met ambulant

Voorbeeld: de eerste vijf minuten

"Je krijgt nooit een tweede kans om een eerste indruk te maken!"

Protocol

- Verwelkoming (oogcontact, geruststelling)
- Iets te eten en te drinken aanbieden
- Controle van eigendommen
- Opname gesprek & nieuwe beoordeling
- Introductie op de afdeling en (indien mogelijk)
- Persoonlijke zaken regelen (familie, huisdieren)

Mijnheer A



- 71 jaar
- Manisch
- Slecht mobiel (loopt met een *stok*)
- Bij opname onrustig

Mijnheer A



- Opname was voorbereid: schone kamer, informatie was bekend
- Ontvangst in een prettige ruimte; nieuwe start
- Kop koffie werd aangeboden; opnamegesprek wordt gehouden; controle op contrabanden: stok inleveren
- Weigert stok in te leveren → spanningen → *separatie*

Mevrouw B



- 55 jaar
- Paranoïde psychose
- Mw. verzet zich tegen opname en probeert de medewerker van de crisisdienst te slaan met haar *handtas*

Mevrouw B



- Opname was voorbereid: schone kamer, informatie bekend
- Ontvangst in een prettige ruimte, nieuwe start
- Kop koffie en iets te eten; opnamegesprek wordt uitgesteld; controle op contrabanden: tas mag patiënte houden
- Patiënt krijgt ruimte om te acclimatiseren → neemt na twee dagen onder lichte drang medicatie

Overeenkomsten

- Beide patiënten zijn onrustig, gespannen en licht dreigend en hebben contrabanden
- Bij beide patiënten wordt er gehandeld volgens de stappen in het protocol van 'de eerste vijf minuten bij opname'

Verschillen

- Bejegening mijnheer A:
 - Geen aandacht voor de waarde van de wandelstok als houvast in een situatie van onzekerheid
 - Volgen van protocol
- Bejegening mevrouw B:
 - Aandacht voor de waarde van de handtas als persoonlijk eigendom in een situatie van dreigend identiteitsverlies
 - Openheid voor ambivalenties en belang van zorg

Loving conversation

- Nussbaum (1986): *loving conversation* tussen regels en de bijzondere kenmerken van een situatie
- Dilemma: "*Mag mijnheer A. zijn wandelstok houden of niet?*"
- Situatie van meerdere kanten beoordelen om recht te doen aan de kwetsbaarheid van goede keuzes

Reflectie: Moreel beraad

- Gesprek tussen betrokkenen in de praktijk
- Over een reële casus, ingebracht door een van de deelnemers (retro- of prospectief)
- Focus op de morele vragen en ervaringen van de deelnemers
- Gezamenlijke reflectie
- 1 à 2 uur
- Volgens een gestructureerde methode
- Geleid door een facilitator (filosoof, getrainde zorgverlener of zorgontvanger)

Doel moreel beraad

- Erken de spanningen in jezelf en anderen
- Probeer te begrijpen welke waarden er achter die spanningen liggen
- Onderzoek met elkaar welke waarden in de gegeven situatie het meest van belang zijn
- Houdt rekening met waarden waar je niet aan kunt voldoen
- Zoek naar een gedeelde oplossing
- Kijk of oplossingen werken

Kritiek op verdere reductie

- Client is vaak al bij opname zodanig in crisis dat voorkomen van separatie niet meer mogelijk is
- Ambulantisering zal zorgen voor een grotere druk op de kliniek en cliënten in ernstige crises
- Bij sommige cliënten is het onmogelijk om (langdurige) separatie te voorkomen

Ontwikkeling van HIC

- Evidence based practices & best practices
- Consensus tussen professionals, cliëntvertegenwoordigers & familievertegenwoordigers

Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment

R. van de Sande, H. L. I. Nijman, E. O. Noorhoorn, A. I. Wierdsma, E. Hellendoorn, C. van der Staak and C. L. Mulder

Background

Short-term structured risk assessment is presumed to reduce incidents of aggression and seclusion on acute psychiatric wards. Controlled studies of this approach are scarce.

Aims

To evaluate the effect of risk assessment on the number of aggression incidents and time in seclusion for patients admitted to acute psychiatric wards.

Method

A cluster randomised controlled trial was conducted in four

Results

The numbers of aggressive incidents decreased by 68%, $P < 0.001$ and of patients spent in seclusion (RRR = 0.32, $P < 0.001$). Neither the number of aggression incidents nor the number of patients exposed to seclusion decreased.

Conclusions

Routine application of structured risk assessment



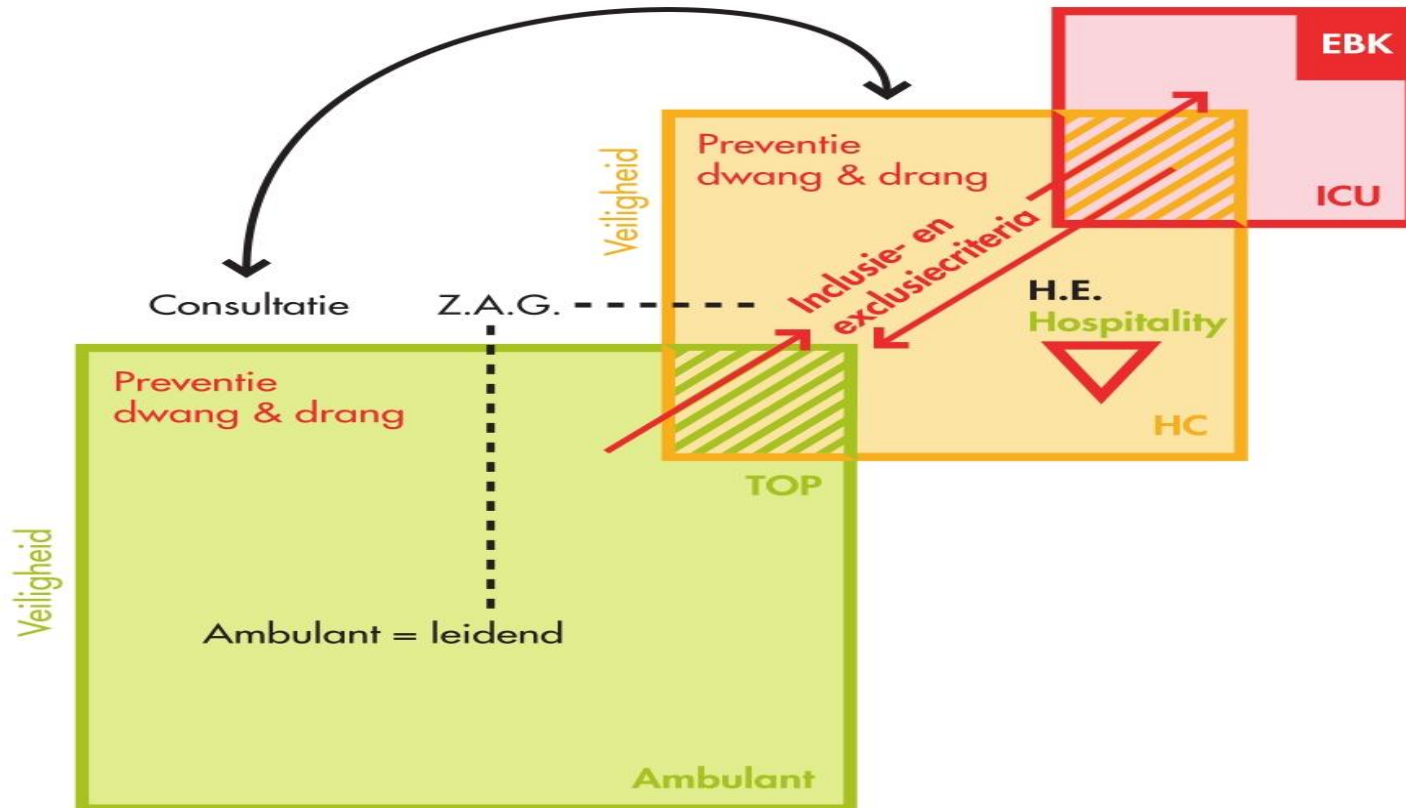
Uitgewerkte visie



Doel HIC

- Verdere reductie van dwang & afbouw van bedden
- Herwinnen en versterken van de regie over het eigen functioneren
- Herstel mogelijk maken

HIC ≠ alleen een afdeling



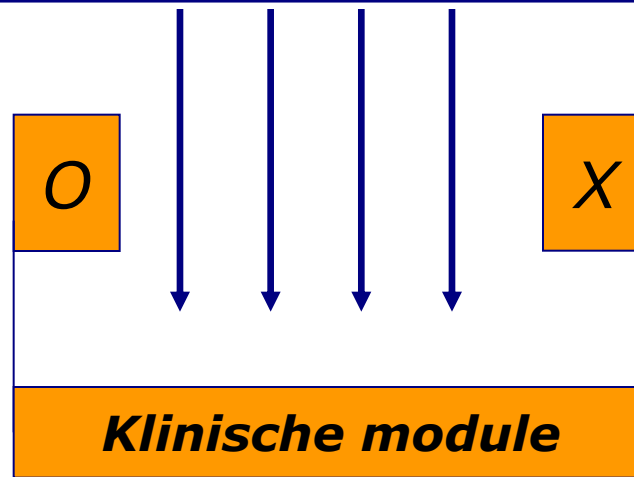
Hervinden van regie = **doel** = wegnemen van gevaar

Contact = middel



In de triade

Ambulant = leidend



*Ambulant
ingezette
behandeling
blijft
doorgaan
in de kliniek*

HIC	
High care afdeling	Intensive care units individuele ruimte en 1 extra beveiligde kamer

HIC: de essenties

- Herstelondersteunende zorg & medisch model
- Contact
- Samenwerking
- Een gezonde omgeving
- Organisatie breed werken aan preventie van crisis en de-escalatie
- De ICU is een onbemande unit: *'De beste ICU is een lege ICU'*

HIC monitor

HIC monitor, modelgetrouwheid High & Intensive Care



leidinggevend en zijn op de afdeling gestationeerd.					
<p>16. Attitude/bejegening Bejegening is gebaseerd op evidence en experience based theoretische modellen. Het team heeft besef van het persoonlijke herstelproces van de patiënt en hanteert de kenmerken van herstel ondersteunende zorg. Het team is voortdurend gericht op zoeken van aansluiting bij het gezonde deel en de mogelijkheden en capaciteiten van de patiënt. Het team benut de opname als een onderdeel van een veelomvattender proces van de patiënt.</p>	<p>Teamleden zijn niet bekend met gangbare theoretische modellen en HOZ.</p>	<p>De bejegening is afhankelijk van elk individueel teamlid. Er is hierover geen gezamenlijke visie op basis van theoretische modellen en HOZ.</p>	<p>Het team is bekend met gangbare theoretische modellen en HOZ maar in de bejegening wordt dit niet consequent toegepast.</p>	<p>Het team is bekend met gangbare theoretische modellen en HOZ, en in de bejegening geven teamleden er ook blijk van deze te kunnen toepassen.</p>	<p>Er is een consequente bejegening zichtbaar gebaseerd op gangbare theoretische modellen en HOZ. Het team bespreekt bejegeningsvraagstukken en heeft een zelf-reflecterend vermogen.</p>
<p>17. Zorgafstemmingsgesprek (ZAG) Er vinden regelmatig ZAG's plaats waarin behandeldoelen worden vast/bijgesteld. Het ZAG voldoet aan de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Het ambulante behandelperspectief is leidend. Het ambulante behandelplan is uitgangspunt en hieraan worden 	<p>Er vindt geen ZAG plaats.</p>	<p>Er is een ZAG maar deze voldoet niet aan de criteria.</p>	<p>Het ZAG voldoet aan een van de criteria.</p>	<p>Het ZAG voldoet aan twee van de criteria.</p>	<p>Het ZAG voldoet aan alle criteria.</p>

Hoe verder?

- Implementatie
 - Werkwijze (ZAG, één op één begeleiding)
 - Structuur (opzetten van ICU's/ EBK's)
 - Cultuur (*"herstellen doe je thuis"*)
- Veranderingen in de dagelijkse praktijk verder vorm geven
- Van elkaar leren
- Onderzoeken

Conclusies

- Dwangreductie: een zaak van lange adem
- Dwangreductie is geen kunstje: kwaliteitscriteria blijven actueel
- Dwangreductie vereist verandering in werkwijzen, structuur en cultuur
- Moreel beraad (reflectie) kan helpen bij (verdere) implementatie
- Er dient meer aandacht uit te gaan naar preventie in de ambulante zorg (HIC)

Dank voor de aandacht!