

TINEKE ABMA, YOLANDE VOSKES, ELLEKE LANDEWEER, ROLAND EMMANEEL,

571

MONICA SCHOLTEN, ERIK KUIJPERS, BENJAMIN RICHARTZ, LAURANT BIJNENS,
GRACE HERRMANN & GUY WIDDERSHOVEN

Lerende netwerken*

Uitdagingen en oplossingen voor dwangreductie in de praktijk

Hoe verander je werk- en denkculturen in instellingen? Een interregionaal dwangreductieproject in zes instellingen legt het accent op het delen van ervaringen over cultuurverandering en attitudeontwikkeling.

De afgelopen twee jaar is in Nederland een aantal GGZ-instellingen gestart met projecten om het aantal separaties te reduceren en te bekorten. De kwaliteitscriteria voor dwang en drang in de psychiatrie (Berghmans e.a., 2001; Abma e.a., 2005) vormden een startpunt voor het ontwikkelen van een nieuwe cultuur, structuur en werkwijze. Zes zuidelijke instellingen (Mondriaan, locatie Vijverdal; Mondriaan, locatie JFK; GGZ Eindhoven [GGzE]; GGZ Midden Brabant [GGZ MB]; GGZ Noord- en Midden Limburg [GGZ NML] en de Reinier van Arkel groep) besloten de handen ineen te slaan en vormden een 'lerend netwerk'. De projectleiders van de instellingen kwamen geregeld bijeen om elkaar feedback te geven, te leren van elkaar, te discussiëren en ervaringen uit te wisselen.

De projecten op de zes locaties kregen elk een eigen invulling om recht te doen aan de karakteristieken van de instelling. Er werden expliciete, soms kwantitatieve doelstellingen geformuleerd, plannen gemaakt en uitgevoerd. De systematische aandacht voor dwangreductie kreeg organisatorisch vorm door het opzetten van een projectstructuur met stuur-, project- en werkgroepen, en het aanwijzen van een of meer verantwoordelijke projectleiders per instelling. Voorts vond wetenschappelijk onderzoek plaats door medewerkers van het VUmc. Zij stelden betrokkenen in de instellingen

vragen, zetten hen aan het denken, hielden hen spiegels voor en voorzagen hen van bevindingen om tussentijdse aanpassingen mogelijk te maken.

Dit artikel doet verslag van de bevindingen, met uitzondering van die van de Reinier van Arkel groep (zie daarvoor Herrmann & Van de Rest in dit nummer). Wij beschrijven vooral de kwalitatieve effecten van de dwangreductieprojecten en het implementatieproces. Onder kwalitatieve effecten wordt verstaan de effecten van de dwangreductie zoals ervaren en waargenomen door de verschillende belanghebbenden (cliënten, familie, verpleegkundigen, psychiaters, projectleiders en management). Het implementatieproces verwijst naar de ervaringen met de invoering van de dwangreductie, en de knelpunten en barrières die zich daarbij voordeden.

De projecten en het lerend netwerk

De dwangreductieprojecten richten zich over het algemeen op het terugdringen of vermijden van separaties en soms ook fixaties. Alle instellingen hebben de ambitie om het aantal en de duur van de separaties verder te verminderen dan de voorwaarde van 10% per jaar die door de subsidieverstrekker werd gesteld. De GGzE streeft er bijvoorbeeld naar het aantal separaties terug te brengen met 50% in de reguliere kliniek en met 30% in de forensische kliniek en de intensieve zorg. GGZ NML streeft naar een reductie van het aantal separaties met 30% en het verkorten van de duur van separaties met 45%. In GGZ MB is bewust gekozen voor uitwerking van globale plannen door zes afdelingen van onderaf, waarbij het accent ligt op cultuurverandering en attitudeontwikkeling, vanuit de gedachte dat alleen dan een verankering kan ontstaan voor nieuwe manieren van werken.

Van de onderzochte instellingen is Vijverdal de enige met een geschiedenis van dwangreductie. Al meer dan tien jaar wordt daar op systematische wijze aan gewerkt. Door middel van scholing en trainingen zijn medewerkers meer stil gaan staan bij wat dwang en drang betekent voor de cliënt en het therapeutische klimaat van de afdeling (Molewijk & Verhoeven, 2005). Uiteindelijk hief Vijverdal de oude crisisafdeling op en was er een doorstart op een nieuwe afdeling, in een nieuw gebouw met een gemotiveerd team.

Gedurende de projectperiode vormden de zes instellingen een lerend netwerk (Bood & Coenders, 2004). Projectleiders hadden behoefte aan een platform om regelmatig actief kennis en ervaringen te delen. De gedachte was dat het interne cultuurveranderingsproces gebaat was bij een kritisch-constructieve inbreng vanuit de omgeving. Eerder onderzoek liet zien dat lerende netwerken in de psychiatrie kunnen bijdragen aan dwangreductie

(Abma, 2007) en de kwaliteit van zorg in het algemeen (Le May, 2008). Gemiddeld kwam men drie keer per jaar bijeen onder leiding van de VUmc-medewerkers. De agenda werd bepaald door de deelnemers. Voorbeelden van onderwerpen die aan de orde kwamen: belang van het eerste contact, langdurige separaties, het sluiten van separeercellen en afstemming met de ambulante zorg.

De responsieve methode

Het registratiesysteem ARGUS legt de kwantitatieve effecten van dwangreductieprojecten vast (zie Janssen e.a. in dit nummer). Wij wilden complementair hieraan de implementatie en de kwalitatieve effecten van de projecten in kaart brengen. Op de locaties zijn steeds twee (GGzE en GGZ NML) of drie metingen verricht. Hierbij werd een 'responsieve aanpak' gevolgd (Abma & Widdershoven, 2006). Dat houdt in dat verschillende partijen via een interactief proces reflecteren op de praktijk. Er vindt eerst een consultatie van alle partijen plaats via interviews en focusgroepen. Vervolgens wordt een dialoog tussen partijen georganiseerd om te komen tot verbeteringen.

De metingen werden uitgevoerd door vier van de auteurs, die allen werkzaam zijn bij de vakgroep Metamedica van het VU Medisch Centrum. Op elke locatie bestond het onderzoeksteam uit minimaal twee personen. De nul- of eerste meting beoogde verwachtingen te inventariseren over de dwangreductie bij de verschillende belanghebbenden en vertegenwoordigers. Daartoe vonden semigestructureerde interviews plaats met vertegenwoordigers van de Raad van Bestuur, stuurgroep, projectgroep, cliëntenraad en familieraad. Soms vond aanvullend een focus groep plaats met verpleegkundigen.

De tweede meting beoogde op het niveau van de werkvloer in gesprek te raken met cliënten, familieleden, verpleegkundigen en psychiaters over ervaren knelpunten en barrières in het proces van verandering. Daartoe werden homogeen samengestelde focus groepen georganiseerd (groepen van verpleegkundigen en groepen van cliënten) rond thema's die uit de eerste meting naar voren kwamen, bijvoorbeeld omgaan met veiligheid, het inschatten van risico's, betrekken van familie, samenwerking met ambulante hulpverlening en intensieve psychiatrie.

De derde meting was gericht op kwalitatieve effecten in vergelijking met de verwachtingen, en het duiden van de effecten met behulp van de resultaten van de eerdere metingen en kwantitatieve uitkomsten. Nagegaan werd hoe de sterke en zwakke punten in de implementatie de gevonden effecten konden verklaren. Er werd gebruikgemaakt van interviews en expertmeetings om eerdere data te vergelijken en te duiden.

In totaal zijn tot nu toe circa 70 interviews (met cliënten, familieleden, verpleegkundigen, psychiaters, managers en projectleiders), 16 focusgroepen (met verpleegkundigen en cliënten) en 3 heterogeen samengestelde expertmeetings georganiseerd. Aanvullend is literatuuronderzoek gedaan en zijn participerende observaties op de afdelingen en documentenanalyse verricht. Analyses van de interviews verliepen in eerste instantie inductief, waarbij werd gezocht naar terugkerende thema's. Steeds vond terugkoppeling plaats van analyses naar respondenten om de herkenbaarheid te verifiëren (*member check*). Door een gecombineerd gebruik van methoden en bronnen ontstond een rijkgeschakeerd beeld en kon bias worden geminimaliseerd. Elke meting werd afgesloten met een rapport per instelling; conceptversies werden besproken in de projectgroepen.

Veranderingen

In alle zes instellingen is een reductie van het aantal separaties en bekorting van de duur vastgesteld via ARGUS of een ander registratiesysteem (GGZ MB). Daar vergelijking tussen instellingen niet voorop stond, vormden verschillen tussen de instellingen geen probleem. De kwantitatieve bevindingen worden ondersteund vanuit de kwalitatieve evaluaties. We presenteren bevindingen naar veranderingen in 1) de cultuur (denken), 2) de werkwijzen (doen) en 3) de structuur (organisatie). Deze indeling is mede geïnspireerd door theorieën over transitie van complexe systemen (Loorbach, 2007). De idee is dat complexe systemen, zoals de psychiatrie, in stand worden gehouden ten eerste door een coherente cultuur met breed gedeelde waarden en normen die het denken structureren, ten tweede door vaste, gedeelde werkwijzen en routines die het handelen aansturen, en ten derde door een structuur die de werkwijzen en cultuur organisatorisch bestendigt. Werkelijke veranderingen van complexe systemen dienen op alle drie niveaus plaats te vinden, wil er sprake zijn van een breed gedragen en goed verankerde transformatie.

Cultuur (denken)

Separatie was in de onderzochte instellingen vóór de start van de projecten vaak een dagelijkse, routinematige handeling. Er werd onderling nauwelijks over gesproken en men had weinig besef van de impact die dwang heeft op de cliënt. Separatie werd gezien als een noodzakelijke, onvermijdelijke interventie die rust biedt en therapeutisch effectief is (prikkelarme omgeving). In de loop van de tijd ontstaat er meer besef van de ingrijpendheid van dwang.

Ik heb een cliënt meegemaakt, die was echt aan het huilen toen die spuit ingebracht werd. Dat gaat dan wel door merg en been. Dan besef je wel even dat het niet niets is. (verpleegkundige)

Ook ontstaat meer openheid en is een bewustwordingsproces op gang gekomen. Zo zijn verpleegkundigen meer doordrongen van de invloed van hun handelen op het welzijn van cliënten:

575

Als verpleegkundigen zijn wij ons er meer van bewust dat wij soms ook agressie opwekken bij cliënten. (verpleegkundige)

Cliënten wijzen ook op het averechtse effect van een kleinerende, paternalistische houding:

Niets is zo vervelend als een verpleegkundige of een psychiater die uit de hoogte tegen je gaat zitten doen. Alsof hij het wel weet en jij een klein kind bent. (cliëntenraadslid)

Betrokkenen worden kritischer ten aanzien van het eigen handelen. Men stelt vragen aan elkaar. Separatie is meer onderwerp van discussie, en moet beter verantwoord worden. Met vage termen, zoals dat de cliënt 'oninvoelbaar' zou zijn, nemen betrokkenen geen genoegen meer. Dat betekent niet dat dwang of separeren per definitie problematisch is. Het gaat erom per situatie te bezien wat goede zorg is:

Dat [wenselijkheid van separatie] ligt ook aan de casus en aan de populatie die je op de afdeling hebt. (arts-assistent)

De verpleging heeft meer behoefte aan evaluatie van separaties, staat meer open voor de erkenning van fouten. Mede door de evaluaties ontstaat meer inzicht in het proces van separeren, wat eraan voorafgaat en welke alternatieven er zijn. Bij de start van het project was veiligheid een belangrijke motivator voor het handelen:

Momenteel moet het eerst veilig zijn en dan kun je pas in contact met de cliënt. Terwijl ik denk dat het soms andersom zou moeten. (cliëntenraadslid)

Nu is er meer besef dat je angst creëert door de nadruk op veiligheid te leggen en dat je daarmee meer afstand krijgt tussen cliënt en zorgverlener.

Naast de bewustwording en problematisering van separaties blijkt dat betrokkenen meer waarde gaan hechten aan interactie, communicatie en onderhandeling met de cliënt. Ook de visie verandert op wat als een normale duur van separatie geldt. Voorheen sprak men van langdurig als het ging om een separatie van weken. Nu spreekt men al van langdurig als het gaat om enkele dagen.

Drie jaar geleden had je het nog over weken en nu heb je het dus over een paar dagen dat we al zeggen: 'ik vind dat hij er eigenlijk allang op zit.'
(verpleegkundige)

De cultuur (het denken) schuift van repressie en beheersing in de richting van onderhandeling, hetgeen zich uit in de werkwijze.

Werkwijzen (doen)

Gingen cliënten vroeger vaak meteen na opname naar de separeer, nu wordt getracht dit te vermijden. De agressie die zich buiten de afdeling heeft voorgedaan, is niet langer meer vanzelfsprekend een reden om de cliënt bij binnenkomst te separeren. Er wordt een eigen inschatting gemaakt, in plaats van het automatisch volgen van de informatie van de politie. Verpleegkundigen en behandelaren kunnen dan vanaf het begin van de opname een werkrelatie opbouwen en afspraken maken met de cliënt.

Je haalt die man van de brancard en zegt: 'Loop maar mee, dan gaan we daar even zitten voor een praatje, wil je koffie?' Vaak werkt dat heel goed. (verpleegkundige)

Op de afdelingen wordt meer gewerkt vanuit de behoeften van individuele cliënten, en minder volgens rigide regels. Soms schaft men letterlijk de huisregels af.

Vroeger had je zoiets, je deed dat omdat we dat al zolang zo doen. Bijvoorbeeld als iemand 's nachts steeds opkomt, dan was het na een derde keer: 'Nog één keer en je gaat naar de separeer.' Nu ga je daar anders mee om, bewuster. Je past je gedrag meer aan.
(verpleegkundige)

En wat wij toen bedacht hebben is om de huisregels af te schaffen. Want mensen ageerden tegen de drang die wij in de dagelijkse praktijk oplegden. Om acht uur opstaan, om half negen ontbijten, om negen uur naar de therapie of ze nou wilden of niet. En wij zagen dat daar conflicten ontstonden. (verpleegkundige)

Cliënten krijgen meer verantwoordelijkheden en er wordt meer gewerkt met afspraken, die men samen met de cliënt opstelt. Het werken is ook meer cliëntgericht:

Als we elke keer zelf oplossingen gaan verzinnen, dan krijg je een hoop weerstand en de cliënten komen dan vaak uit waar ze eigenlijk helemaal niet willen zijn. (verpleegkundige)

577

Voorts ontwikkelt zich een meer proactieve houding, bijvoorbeeld door na te gaan hoe crisissen ontstaan en tijdig afgewend kunnen worden:

Op tijd zaken signaleren, meer op de groep zitten, op tijd aan de bel trekken, zeggen watje bij mensen ziet, medicatie aanbieden, een wandeling aanbieden, rust op de kamer aanbieden. Ja, eigenlijk al dat wat hoort en wat je doet voordat het oploopt. Daar is het meeste te halen. (verpleegkundige)

Evaluaties van incidenten en crisis interventie plannen kunnen ook behulpzaam zijn bij het voorkomen van escalaties op een later moment (Kuijpers,2005).

Wat je merkt bij de intervisie over een situatie die uit de hand liep, was dat er goed teruggekeken werd. Had de late dienst al iets moeten doen? Liep de spanning toen al op en had er al ingegrepen moeten worden? Er worden kritische vragen aan elkaar gesteld. (afdelingshoofd en projectleider)

Het betrekken van de familie en sociale context bij de zorg, vanuit de gedachte dat de zorg daar straks weer overgenomen moet worden, is in een aantal instellingen ook voorzichtig op gang gekomen. Men is tegenwoordig minder terughoudend in het betrekken van familie:

Op het moment dat onduidelijk is wat de cliënt vindt, dan schromen we minder om de familie in te schakelen als we denken dat dit het genezingsproces bevordert.

Cliënten zien ook vooruitgang, maar blijven in bepaalde gevallen kritisch over de werkwijze:

Voorheen kwam men eerder in de cel. Dat idee heb ik. Dat het minder snel gaat dan eerst, maar ik kan niet zeggen dat het heel veel scheelt. Want in sommige gevallen heb ik nog steeds zoiets van, is dat nou nodig? (cliëntenraadslid)

Structuur (organisatie)

De cultuurverandering vertaalt zich niet alleen in andere werkwijzen maar tevens in de structuur (organisatie). Zoals aangegeven staan regels minder centraal, en zijn op een aantal afdelingen de huisregels zelfs afgeschaft. Vroeger bepaalden verpleegkundigen veel op eigen kracht. De familie werd nauwelijks betrokken bij de zorg, tot grote onvrede van betrokken familieleden.

Familie wordt niet automatisch uitgenodigd om hun kant van het verhaal te doen, terwijl dat in mijn ogen gewoon gratis informatie is. (familieraadslid)

Tegenwoordig wordt er meer samengewerkt met de familie, maar ook met ervaringswerkers, de ambulante zorg, de patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) en de psychiater.

Nu is het, als we de kans hebben, veel meer vanzelfsprekend dat we er een arts bijhalen voordat we separeren. Dat maakt ook dat het wat multidisciplinairder is geworden. (verpleegkundige)

Psychiaters kunnen een belangrijke rol vervullen voor het team. Vanuit een gedeelde visie, vertrouwen en gezamenlijke verantwoordelijkheid kan het team moeilijke situaties beter aan.

Je moet achter je team staan. Dus bij een separatie geef ik vaak aan de cliënt aan dat ik het besluit heb genomen. (psychiater)

Beschikbaarheid van de psychiater is een voorwaarde om snel te kunnen overleggen:

Ik heb altijd een mobiele telefoon bij me, dus als er iets urgents is, maakt het niet uit waar ik zit, ik kan gebeld worden. En ik weet: ze bellen ook niet zomaar. (psychiater)

In een aantal instellingen zijn er separeercellen gesloten vanuit de idee dat de beschikbaarheid ervan de toepassing van dwang vergemakkelijkt.

Projectleiders van die instellingen signaleren dat dit werkt; er wordt vanzelf meer geanticipeerd op crisissituaties. Een andere verbetering is dat verpleegkundigen vaker op de afdeling aanwezig zijn doordat steeds meer kantoorposten worden bemenst door administratief medewerkers in plaats van door verpleegkundigen, of doordat verpleegkundigen de administratie op de afdeling doen, in plaats van in een aparte ruimte.

579

Instellingen en betrokkenen ervaren tegelijkertijd belemmeringen om veranderingen door te voeren en breder te verankeren in de organisatie. Deze liggen vooral in de randvoorwaardelijke sfeer, zoals een gebrek aan voldoende vast gekwalificeerd personeel.

Met vast personeel kun je makkelijker een bepaalde lijn vasthouden, waardoor er minder schommelingen zijn in het zorgaanbod. Met invalkrachten is het toch wat meer behelpen. (leidinggevende)

In meerdere instellingen ervaart men problemen met het plaatsen en doorstromen van cliënten. Cliënten komen op afdelingen waar ze niet de juiste zorg (kunnen) ontvangen, en vaak neemt daarmee ook de kans op dwang toe.

Er spelen veel factoren een rol waar wij geen invloed op hebben. We hebben mensen gehad die hier meer dan een jaar opgenomen waren, gewoon omdat er geen geschikte plek werd gevonden. (leidinggevende)

Wanneer afdelingen geïsoleerd, buiten het terrein liggen, voelen verpleegkundigen zich minder veilig en wordt er meer beheersmatig gewerkt. Het werken met beveiligingsdiensten vindt men geen uitkomst:

Ik vind het niet echt een oplossing eerlijk gezegd. Het blijven beveiligers. Ik bedoel: je kunt de verpleegkundige niet inwisselen voor een beveiligiger, dan ondergraaf je je eigen professie. (verpleegkundige)

Algemeen wordt gewezen op het ontwrichtende gebruik van drugs. Een systematische inventarisatie in een instelling laat zien dat bijna 80% van de separaties drugsgerelateerd is. Een klein deel hiervan is erg problematisch, onder andere omdat medeciënten worden lastiggevallen. Het betreft dan vaak amfetaminegebruik. Op dat moment is geen enkele ingang te vinden en lijkt separatie de enige oplossing. Het team beseft dat dit sterk beheersmatig is, maar weet niet hoe hier anders mee om kan worden gegaan.

Verankeren van dwangreductie

In de onderzochte instellingen, waar dwangreductie op systematische wijze werd aangepakt, vond geleidelijk een omslag plaats in het denken, het handelen en de organisatie. Interactie, communicatie en onderhandeling zijn nu centrale waarden en normen worden bijgesteld. Passende werkwijzen omvatten cliëntgericht werken, proactief met de cliënt opstellen van een crisissignaleringsplan en evalueren van incidenten. Qua organisatie is het aanwezig zijn op de afdeling, sluiten van separeercellen en interdisciplinaire samenwerking gewenst om de onderhandelingscultuur te bestendigen. Deze omslag is bewerkstelligd door de medewerkers zelf. Projectleiders coördineerden de verandering en hebben daarbij steun gehad aan elkaar. Het lerende netwerk wordt in de toekomst gecontinueerd, met ontwikkeling van en onderzoek naar *high care* ofwel *intensive care* psychiatrie als speerpunt.

In dit artikel zijn we niet ingegaan op verschillen tussen instellingen, terwijl die wel zichtbaar zijn. De instellingen waar al langer wordt gewerkt aan dwangreductie zijn duidelijk verder in het denken en zij bereiken betere resultaten in het terugdringen van het aantal en de duur van separaties. Voorts valt op dat in de projecten waar de projectleider tevens lijnverantwoordelijkheden heeft, het minder moeite kost om de dwangreductie te verankeren in de organisatie. Dit heeft voordelen, want als het project wordt beëindigd moet het management verantwoordelijkheid nemen voor de dwangreductie. Daar waar de psychiater een groot commitment heeft, bereikt men meer door een gedeelde visie, vertrouwen en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Een kleinschalige aanpak lijkt ook voordelen te bieden; men zit dicht op de werkvloer waar de veranderingen moeten plaatsvinden. Een instellingsbrede, top-downaanpak stuit zeker aanvankelijk op weerstanden die lastig zijn te overwinnen.

Barrières bij de implementatie hebben te maken met onvoldoende gekwalificeerd vast personeel, drugs, doorstroming van cliënten en de geïsoleerde ligging van bepaalde afdelingen, waardoor men meer onveiligheid ervaart. Reorganisaties zijn natuurlijk ook niet bevorderlijk voor het opzetten van grote veranderingsprojecten.

Al met al hebben de zes instellingen een belangrijke start gemaakt om te komen tot dwangreductie. Er heeft zich niet alleen een cultuuromslag voltrokken, ook zijn de werkwijzen en organisatie aangepast. Dat laatste is belangrijk wil de nieuwe onderhandelingscultuur zich ook bestendigen. Nu veel mensen door dwangreductieprojecten en media-aandacht doordrongen zijn van de noodzaak dat het anders moet en kan, is het tijd voor concrete, verdergaande maatregelen. Aan de ene kant moet het bewustzijns- en leerproces voortdurend gevoed worden zodat direct betrokkenen op de

werkvloer toegerust en gemotiveerd zijn verbeteracties voor (high care psychiatrie, implementatie kwaliteitscriteria, lerende netwerken). Daarnaast vraagt het reduceren van separaties ook verdergaande organisatorische en financiële maatregelen zoals kleinschaliger opvang, sluiten van separeercellen, betere afstemming en opvang in de ambulante sector, en betere randvoorwaarden en toezicht, wil de creativiteit van professionals voldoende ruimte krijgen .

■
Noot

- * Met dank aan alle betrokkenen uit de projecten voor de openhartigheid en bereidwilligheid om mee te doen aan interviews, focusgroepen en andere bijeenkomsten. De evaluatiestudies zijn financieel mogelijk gemaakt dankzij steun uit de afzonderlijke instellingen

Literatuur

- Abma, TA. (2007). Evaluation and communities as practice. Psychiatry as a case example. *Evaluation*, 13, 1,32-48.
- Abma, TA, & Widdershoven, G.A.M. (2006). *Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk*. Den Haag: Lemma.
- Abma, TA, Widdershoven, G.A.M., & Lendemeijer, B. (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie. De kwaliteit van vrijheidsbepurende maatregelen*. Utrecht: Lemma.
- Berghmans, R., Elfahmi, D., Goldsteen, M. & Widdershoven, G.A.M. (2001). *Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie*. Utrecht/Maastricht: GGZ Nederland/Universiteit Maastricht.
- Bood, R., & Coenders, M. (2004). *Communities of practice. Bronnen van inspiratie*. Utrecht: Lemma.
- Kuijpers, E. (2005). Signaleringsplannen ter voorkoming van agressie. *Psychopraxis*, 7, 4, 155-161.
- Le May, A. (2008). *Communities of practice in health and social care*, Chichester: Wiley-Blackwell.

Loorbach, D. (2007). *Transition Management: new mode of governance for sustainable development*. Doctoral thesis Erasmus University Rotterdam.

Molewijk, B., & Verhoeven, M. (2005). Een cultuur omslag krijg je niet zomaar! In T.A. Abma, G.A.M. Widdershoven & B. Lendemeijer (eds.), *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbepurende interventies*. Utrecht: Lemma, 169-181.

Samenvatting

T. Abma, Y. Voskes, E. Landeweer, R. Emmaneel, M. Scholten, E. Kuijpers, B. Richartz, L. Bijnens, G. Herrmann & G. Widdershoven

'Lerende netwerken. Uitdagingen en oplossingen voor dwangreductie in de praktijk'

► Zes zuidelijke GGZ-instellingen voerden in de periode 2006-2008 dwangreductieprojecten uit en vormden een lerend netwerk. Ervaringen van belanghebbenden (cliënten, familie, verpleegkundigen, psychiaters en managers) zijn per instelling via kwalitatieve onderzoeksmethoden in kaart gebracht en vergeleken met kwantitatieve uitkomsten. In de instellingen is een reductie van het aantal separaties en bekorting van de separatieduur waarneembaar. Veranderingen in de cultuur (denken over dwang) zijn overal zichtbaar, evenals veranderingen in de werkwijzen (doen) en de structuur (organisatie). Verdere dwangreductie vereist verdergaande organisatorische en financiële maatregelen zoals kleinschaliger opvang, het sluiten van separeercellen,

intensieve samenwerking met de ambulante hulp-
verlening, verbeterde randvoorwaarden en verbeterd
toezicht.

Personalia

T. Abma is UHD en onderzoekscoördinator aan de vak-
groep Metamedica, VU Medisch Centrum, Amsterdam.
t.abma@vumc.nl

Y. Voskes en E. Landweer zijn junioronderzoekers
aan de vakgroep Metamedica, VU Medisch Centrum,
Amsterdam.

R. Emmaneel is projectleider dwangreductie bij GGZ
Midden Brabant, Tilburg.

M. Scholten is projectleider dwangreductie bij GGZ
Noord Midden Limburg, Venray.

E. Kuijpers is projectleider dwangreductie bij GGZ
Eindhoven, Eindhoven.

B. Richartz is projectleider dwangreductie bij
Mondriaan, locatie Vijverdal, Maastricht.

L. Bijnens is projectleider dwangreductie bij
Mondriaan, locatie JFK, Heerlen.

G. Herrmann is projectleider dwangreductie bij de
Reinier van Arkel groep, Den Bosch.

G. Widdershoven is hoogleraar medische ethiek
aan de vakgroep Metamedica, VU Medisch Centrum,
Amsterdam.