

Dwangreductie: naar nieuwe morele kaders en verantwoordelijkheden

De zorgverlener moet leren zich niet louter op regels te beroepen en de cliënt moet leren mede verantwoordelijkheid dragen voor de behandeling. Dat is wennen. 'Minder separeren, oké, maar soms weet je het als verpleegkundige ook niet meer.'

Op de gesloten opnameafdeling van Mondriaan, locatie Vijverdal, is men ruim tien jaar bezig met het verminderen van dwangtoepassingen. Voorheen werd beheersmatig en reactief gewerkt, waardoor er gemakkelijk en veel gebruik werd gemaakt van dwangtoepassingen, c.q. separaties. Bij escalaties kozen verpleegkundigen het zekere voor het onzekere. Artsen stelden zich vaak defensief op. Men wilde in kunnen staan voor de veiligheid van een cliënt, en richtte zich op de regels. Er was weinig aandacht voor wat een individuele cliënt nodig had.

Het doel van het dwang- en drangproject op de afdeling was om hier verandering in te brengen. Men moest zich meer bewust worden van redenen voor dwang en van alternatieve mogelijkheden om agressie en onveiligheid te hanteren. Uiteindelijk leidde dat tot een andere manier van werken en andere morele verantwoordelijkheden.

De principe-ethiek beschrijft dwangtoepassing vaak als moreel dilemma tussen de principes van respect voor autonomie enerzijds en weldoen en veiligheid anderzijds (o.a. Prinsen & Van Delden, 2009). Op basis van een afweging tussen principes in relatie tot de specifieke context formuleert men redenen waarom dwang wel of niet (achteraf) te rechtvaardigen is. De nadruk ligt daarbij op de argumentatie voor of tegen een concrete beslissing. De principe-ethiek biedt echter minder goede aanknopingspunten om

het proces voorafgaand aan dwangtoepassing te duiden. Ook wanneer een dwangtoepassing als legitiem kan worden beschouwd, blijft het een tragische kwestie waarin men tegenstrijdigheid ervaart (Abma e.a., 2005). Voor dwangreductie biedt de zorgethiek een passender theoretisch kader ter interpretatie van de normatieve betekenis van praktijkveranderingen in goede zorg.

In dit artikel analyseren en duiden we de ervaren cultuurverandering volgens het theoretische kader van de zorgethiek van Margaret Urban Walker (2007). We beschrijven wat er veranderd is door de nadruk te leggen op veranderingen 1) in de omgang met cliënten (relaties), 2) in de rol van zorgverleners en cliënten (identiteit), en 3) in de wijze waarop zorgverleners goede zorg interpreteren (waarden). We benadrukken in dit artikel dat het proces van dwangreductie gepaard gaat met nieuwe morele kaders en veran twoordelijkheden.

Theoretisch kader

Veranderingen op de gesloten opnameafdeling zijn te beschouwen als nieuwe invullingen van verantwoordelijkheden. In het boek *Moral understandings* (2007) beschrijft Walker de moraal als een tijdelijk evenwicht tussen mensen dat ontstaat in praktijken van verantwoordelijkheden. Deze theorie definieert verantwoordelijkheden niet eenzijdig (statisch) en juridisch in termen van aansprakelijkheden. Het gaat er eerder om hoe mensen vanuit hun zelfbeeld en relaties zorgen hebben om en voor anderen, en van daaruit verantwoordelijkheden op zich nemen of naast zich neerleggen.

In plaats van of een beslissing tot dwang wel of niet gerechtvaardigd is, staat de vraag centraal wie waarvoor verantwoordelijk wordt geacht bij zorgvragen en zorgbehoeften, en waarom (Verkerk & Widdershoven, 2005). Doordat de zorgethiek van Walker oog heeft voor het dynamische proces en de perspectieven van betrokkenen, leent dit model zich voor een diepteanalyse van de cultuurverandering op gesloten opnameafdeling.

Idealiter komen de cliënt en de zorgverlener vanuit eigen normatieve veronderstellingen tot een gezamenlijke invulling van goede zorg. Op gesloten afdelingen in de psychiatrie is er vaak een machtsongelijkheid tussen zorgverleners en cliënten. Verantwoordelijkheden van de cliënt worden (grotendeels) overgenomen. Als er sprake is van dwang, bepaalt de zorgverlener uiteindelijk wat goed handelen is. Deze eenzijdige invulling van goede zorg is niet ideaal. Het zou beter zijn wanneer de cliënt zou instemmen met de noodzakelijk geachte zorg en wanneer er sprake zou zijn van wederzijdse en gezamenlijke betekenisgeving aan goede zorg. Hoe

verantwoordelijkheden voorheen werden overgenomen van cliënten en hoe dat nu gebeurt, laat zien welke veranderingen in moreel opzicht hebben plaatsgevonden.

Methode

595

De gesloten opnameafdeling van Mondriaan, locatie Vijverdal werd ten tijde van de uitvoering van het dwangreductieproject 'Minder separeren' (D&DZ) gedurende twee jaar gevolgd met een responsief kwalitatief evaluatieonderzoek.¹ De betrokken partijen waren cliënten, psychiaters, verpleegkundigen en leidinggevenden. In drie periodes werden er semigestructureerde interviews (19) afgenomen, een groepsinterview (1) georganiseerd en homogene (3) en heterogene (2) focusgroepen georganiseerd. Daarnaast liep de uitvoerend onderzoeker (Landeweer) mee op de afdeling en woonde zij de maandelijkse projectgroepvergaderingen bij. Voor dit artikel zijn de data, verkregen uit de interviews en de focusgroepen, nader geanalyseerd in termen van verantwoordelijkheidstoedelingen volgens het theoretische model van Walker.

In het evaluatieonderzoek nam het perspectief van cliënten een belangrijke plaats in. Dit artikel richt zich op de ervaringen van zorgverleners. Cliënten hebben weinig zicht op de veranderingen in de tijd:

Je krijgt geen goed beeld van wat er is veranderd. Laten we zeggen, de volgende keer dat ik in een isoleercel zit, moet blijken of er iets verbeterd is. (cliënt)

Veranderingen in de praktijk

Al begin 2000 ontstond het besef dat er te veel dwang werd toegepast, en dat dat moest en kon veranderen. Dit leidde tot een cultuuromslag op de afdeling (Molewijk & Verhoeven, 2005). Algemeen geldende afdelingsregels werden tot een minimum beperkt. De keuken ging bijvoorbeeld niet langer op slot, waardoor cliënten 24 uur per dag de mogelijkheid hadden om een boterham te eten wanneer zij dat zelf wilden.

Verder kregen verpleegkundigen de ruimte van de arts om zelf (mede) te beslissen of een cliënt gedesepareerd kon worden, zodat (onnodig) wachten tot overleg met de arts had plaatsgevonden niet meer nodig was. Dat heeft als voordeel dat de verpleging niet alleen de zorg op zich neemt, maar ook kijkt in hoeverre de cliënt weer greep krijgt op het leven. Doordat zij intensief

contact hebben met de cliënt, kunnen zij dat vaak beter inschatten, aldus de psychiater:

Verpleegkundigen gaan elk uur naar de cliënt toe, dus als iemand kan zien hoe de situatie verandert, of de patiënt de controle terugkrijgt, dan zijn zij dat wel. (psychiater)

Hierdoor gingen verpleegkundigen zelf bewust nadenken over de mogelijkheden van een cliënt. Ze maakten contact met de cliënt om te kunnen inschatten of een cliënt weer op de afdeling kon zijn.

Een derde verandering was de afschaffing van mobilisatieprogramma's voor het desepareren. Voorheen werd een separatie afgebouwd door bijvoorbeeld eerst een cliënt nog 's nachts in de separeer te laten verblijven. Dat had tot gevolg dat de zorgverleners zich passief opstelden in de wetenschap dat de cliënt toch weer terugging naar de separeerruimte. Door de wijziging waren zorgverleners genoodzaakt om meer grenzen aan te geven en te onderhandelen met de cliënt. De afdelingspsychiater speelde hierin een belangrijke rol; hij motiveerde en ondersteunde andere zorgverleners bij het zoeken naar mogelijke alternatieven.

De genoemde ontwikkelingen hebben gemeen dat zij meer verantwoordelijkheden neerleggen bij zorgverleners. Niet langer zijn regels of protocollen richtinggevend voor het handelen:

Hoe meer regels je laat vallen, hoe meer jij zelf met een oplossing moet komen. (verpleegkundige)

Zorgverleners worden uitgedaagd om per situatie en per cliënt afwegingen te maken (Landeweer & Widdershoven, 2008). Een voorbeeld:

Vroeger was separeren aan de orde van de dag. Als iemand een glas kapot gooide tegen de muur, werd dat gewoon gezien als onacceptabel gedrag. Men werd opgepakt zonder iets te vragen en in de separeer gezet. (...) Dat is nu heel anders, als iemand een glas kapot gooit, dan gaje vragen, waarom doeje dat? Je gaat meer kijken waar die agressie vandaan komt. (verpleegkundige)

Het hebben van verantwoordelijkheden doet een appèl op zorgverleners om open te staan voor de zorgvraag en behoeften van de cliënt.

De verpleegkundigen van de gesloten opnameafdeling zijn in eerste instantie zo enthousiast over het verminderen van dwangtoepassingen, dat zij de verantwoordelijkheid voor het dwangreductieproject volledig naar zich toe

trekken. Al snel wordt duidelijk dat hiermee de oude beheerscultuur wordt voorgezet, nu met een andere visie op dwang en separeren. Zorgverleners voelen zich zodanig verantwoordelijk voor het verminderen van dwang, dat zij conflicten en confrontaties met cliënten uit de weg gaan. Dit heeft een averechts effect, en levert opnieuw dwang op:

597

Wat je zag was dat het team helemaal op hun tenen ging lopen, van 'wij mogen niet meer separeren en er moet te allen tijden voorkomen worden dat mensen gesepareerd worden'. Waardoor er gewoon onveilige situaties ontstonden. Minder separeren, oké, maar soms weet je het gewoon als verpleegkundige ook niet meer. (verpleegkundige)

Niet door meer dwang, maar door elkaar aan te spreken en mogelijke confrontaties niet bij voorbaat uit de weg te gaan, wordt de regie herwonnen. Zorgverleners spreken cliënten en elkaar aan op gedragsregels en fatsoensnormen. Zij betrekken cliënten in de verantwoordelijkheid voor de omgangsnormen en het klimaat op de afdeling. Een cliënt zijn verantwoordelijkheid (deels) laten behouden betekent bijvoorbeeld dat bij opname niet meer direct wordt gesepareerd. De zorgverleners van de afdeling willen voor de beslissing tot separeren zelf verantwoordelijkheid dragen en ook de cliënt de mogelijkheid geven eigen verantwoordelijkheid te nemen. De cliënt verantwoordelijkheden toedelen betekent dat veel meer van de capaciteiten wordt uitgegaan:

Je refereert veel meer aan het gezonde gedrag van mensen en stuit in die zin ook wat minder op verzet. (afdelingshoofd)

Door het delen van verantwoordelijkheden ontstaat meer gelijkwaardigheid in de relatie met de cliënt:

Je kunt met mensen op basis van een stukje gelijkwaardigheid opereren, terwijl je toch ongelijk bent en de sleutels van de afdeling hebt. (...) Ik laat de patiënt een stukje vrijheid, maar tot een bepaalde grens. Op het moment dat hij daar is, neem ik het wel over. (verpleegkundige)

Het delen van verantwoordelijkheid en de toegenomen gelijkwaardigheid uit zich ook in de samenwerking met ervaringswerkers op de afdeling. Zorgverleners doen niet alleen vaker een beroep op cliënten, ook vragen zij sneller hulp aan elkaar.

Gewoon hulp vragen aan elkaar: 'Ik zit vast met iemand, ik heb dit en dit geprobeerd, kun jij het niet eens proberen?' Gewoon echt zoeken, samen zoeken naar mogelijkheden die er zouden zijn.

Analyse

Vanuit de morele en sociale constructie van praktijken begrijpen we waarom en waarvoor we verantwoordelijkheden geven en nemen (Walker, 2007).

We identificeren onszelf met verschillende achtergronden en contexten (narratieven) die dynamisch van karakter zijn. De veranderingen in de praktijk van de psychiatrie laten zien dat de verhoudingen tussen zorgverleners en cliënten (relaties), opvattingen over verschillende rollen (identiteiten) en de betekenis van goede zorg (waarden) zijn veranderd. De cultuurverandering die heeft plaatsgevonden als het gaat om dwangtoepassingen kan dan ook begrepen worden als een verandering in waarden die zich mede vertaalt in hoe zorgverleners met cliënten omgaan en hoe zij hun verantwoordelijkheden ervaren. De drie noties 'relaties', 'identiteiten' en 'waarden' hangen met elkaar samen, maar worden hieronder apart uitgelicht.

Relaties

Zorgverleners definiëren de relatie met de cliënt anders dan voorheen. Niet langer staat de stoornis centraal die aanleiding was voor een gedwongen opname. Men wil in contact komen met de cliënt en gezamenlijk zoeken op welke wijze de cliënt het beste geholpen is. De cliënt wordt serieuzer genomen als mens en als gesprekspartner bij het bepalen van goede zorg voor hem of haar.

Bij de verantwoordelijkheidstoedeling is het de bedoeling meer open te staan voor elkaars perspectief. De relatie tussen zorgverlener en cliënt wordt niet langer eenzijdig ingevuld vanuit een zorgverlenersperspectief. Het streven is een zo veel mogelijk gezamenlijke invulling van goede zorg. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat als een cliënt agressief is, het van belang is om te begrijpen waarom. Wat is de oorzaak en hoe kan die worden weggenomen? Ook gaat het erom, elkaar aan te kunnen spreken op verantwoordelijkheden en verwachtingen uit te spreken. Dat betekent dat zorgverleners elkaar, maar ook cliënten, moeten durven aanspreken op hun gedrag (verantwoordelijkheden geven) en hun grenzen moeten aangeven (verantwoordelijkheden nemen). Dat wordt niet als gemakkelijk ervaren. Niet door beheersmatig en repressief te reageren, maar door de ander uit te nodigen tot nadenken over verantwoordelijkheden, ontstaat een context van wederzijds respect en vertrouwen. Cliënten ervaren dit ook vaak als een belangrijk onderdeel van hun herstelproces (Landeweer e.a., 2008).

Identiteiten

De morele identiteit van zorgverleners laat zien waar zij zich verantwoordelijk voor voelen en wat zij als hun taken ervaren. Afhankelijk van hoe zorgverleners hun relaties met cliënten zien, ervaren ze de eigen verantwoordelijkheden vanuit hun functie anders. Men ziet zichzelf niet langer meer primair als beheerser van de veiligheid op de afdeling (en in de samenleving), maar als 'zorg'verlener die rekening tracht te houden met het perspectief en de ervaringen van de cliënt. De zorgverlenersrol wordt niet op een paternalistische wijze ingevuld (door verantwoordelijkheden over te nemen), maar krijgt een hernieuwde invulling vanuit het erkennen van de capaciteiten van cliënten. Cliënten krijgen verantwoordelijkheden toebedeeld en worden betrokken bij beslissingen.

Zorgverleners hebben door deze andere invulling van hun identiteit andere vaardigheden nodig. Verantwoordelijkheden nemen in plaats van het opvolgen van regels of afspraken betekent dat men eigen onzekerheden en grenzen moet kunnen onderkennen. Uit angst zijn zorgverleners soms krampachtig en behoedzaam bij het maken van inschattingen van risico's. Het is dan gemakkelijker om regels en protocollen te volgen en zich erachter te verschuilen, dan te erkennen dat men twijfelt over wat het goede is om te doen. Om verantwoordelijkheden te nemen in plaats van af te dekken, moet iemand zijn of haar eigen functioneren kritisch durven te bekijken en bij twijfel hulp durven te vragen.

Hiermee verandert ook de morele identiteit van cliënten. Ze worden niet meer alleen in termen van ziekte of stoornis beschouwd, maar als medemensen die (tijdelijk) op bepaalde vlakken ondersteuning vragen. Zorgverleners hebben meer aandacht voor de achtergrond van de cliënt, waar hij of zij vandaan komt en wie zijn of haar familie, dan wel belangrijke naasten zijn. Het beperkte beeld van de cliënt als psychiatrisch patiënt heeft plaatsgemaakt voor meer gelijkwaardigheid. De zorgverlener neemt de cliënt serieus als mens door niet automatisch al diens uitingen in termen van de stoornis te begrijpen. Daartegenover staat dat de cliënt meer eigen verantwoordelijkheden krijgt. Ook van cliënten worden dus andere vaardigheden verwacht. De cliënt dient zo veel mogelijk eigen verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar herstelproces. Een voorbeeld hiervan is het werken met signaleringsplannen en crisisprotocollen opgesteld in overleg met en door de cliënt.

Waarden

Waarden laten zien wat mensen in een sociale en morele praktijk als belangrijk ervaren. Bij dwangtoepassingen is gebleken dat het alleen laten van een cliënt in psychische nood door alle betrokkenen als onjuist wordt

gezien, en dwang als een falen dat zo veel mogelijk voorkomen dient te worden. Daarom tracht men uit elke dwangtoepassing lering te trekken om een volgende keer dwang te kunnen voorkomen. Als veiligheid in het geding is, ontstaat de vraag wie welke verantwoordelijkheid op zich moet nemen. Of dwangtoepassingen daadwerkelijk meer veiligheid opleveren, komt daarbij ook aan de orde.

Om te kunnen spreken van goede zorg voor de cliënt, zijn naast veiligheid ook zorg op maat, het maken van contact en vertrouwen en erkenning van belang. Centraal staat nu een samenspel van waarden dat zich vertaalt in goede zorg voor de cliënt, waarbij veiligheid niet meer leidend is als vaststaande norm voor het handelen van de professionals. Zorgverleners trachten gezamenlijk, met de cliënt, vast te stellen wat veiligheid concreet inhoudt.

Conclusies

Waar het om gaat is het samen met de cliënt tot stand brengen van goede zorg. Dwang maakt daarvan niet langer deel uit, omdat er dan geen sprake is van gezamenlijkheid. Evaringen met veranderingen in de praktijk laten zien dat er mogelijkheden zijn om gezamenlijk vorm te geven aan goede zorg en dat juist een gezamenlijke invulling ruimte biedt om dwang te voorkomen. Dit uit zich in veranderingen in de verhouding tussen zorgverlener en cliënt, in hun beider (morele) identiteiten en ten slotte in de waarden die zij van belang achten.

Het nemen van verantwoordelijkheden vergt een gezamenlijke inspanning van alle betrokkenen; zorgverlener, cliënt en leidinggevenden. Het accent dient te liggen op het maken van contact en het samen overleggen over goede zorg. Hoewel dit het werken moeilijker maakt, is het tevens motiverender en inspirerender voor zorgverleners, zowel door het vinden van een nieuwe manier om samen te werken als door het geboekte resultaat. Het vraagt meer professionaliteit en creativiteit.

Essentieel voor het verbeteren van de toedeling van verantwoordelijkheden, waarbij de cliënt uitgenodigd wordt zijn of haar verantwoordelijkheid te nemen, zijn het voortdurend verbeteren van communicatieve vaardigheden en het (leren) reflecteren door zorgverleners. De veranderingen bieden meer mogelijkheden om met elkaar in gesprek te gaan en stimuleren dit. Van belang is dat het wederzijds vormgeven aan goede zorg gecontinueerd blijft. Van zorgverleners wordt veel gevraagd als het gaat om goede zorg en preventie van dwang. Niet alleen moet men zich flexibel en creatief kunnen opstellen, ook moeten ze onmacht en angst

kunnen onderkennen, grenzen kunnen aangeven, en het eigen functioneren en dat van anderen kritisch durven te bekijken. Tact, respect en empathie zijn hierbij van belang, verder het tonen van begrip, geduld kunnen opbrengen en doorzettingsvermogen. Belangrijk is dat de zorgverleners zelf aangeven dat dankzij het feit dat er meer vaardigheden van ze gevraagd worden, het werken leuker is geworden. Ze ervaren daadwerkelijk mogelijkheden om bij te kunnen dragen aan het tot stand brengen van goede zorg, waarin dwangtoepassingen kunnen worden gereduceerd .

601



Noot

- 1 In het artikel 'Lerende netwerken. Uitdagingen en oplossingen voor dwangreductie in de praktijk' van Tineke Abma wordt de responsieve methode diek uitgebreid beschreven.

Literatuur

Abma, T. Widdershoven, G., & Lendemeijer, B. (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Lemma: Utrecht.

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

Landeweer, E., Abma, T., Santegoeds, J., & Widdershoven, G. (2009). Psychiatry in the age of neuroscience: the impact on clinical practice and lives of patients. *poiesis & Praxis*, 6, 43-55.

Landeweer, E., & Widdershoven, G. (2008). *Verder met dwangreductie. Verslaglegging van de eerste meting in het kader van het evaluatieonderzoek van het project 'Minder separeren' (D&D2)*. Universiteit Maastricht, onderzoeksinstituut Caphri.

Prinsen, E.J.D., & Delden, J.J.M. (2009). Can we justify

eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35, 69-73.

Verkerk, M., & Widdershoven, G. (red.) (2005). *Over zorg gesproken. Wiens verantwoordelijkheid?* Groningen: UMCG, sectie Metamedica.

Walker, M.U. (2007). *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethic*. Routledge: New York.

Samenvatting

E. Landeweer, T. Abma, B. Richartz, P. Vervoort & G. Widdershoven

'Dwangreductie: naar nieuwe morele kaders en verantwoordelijkheden'

► Dit artikel beschouwt de reductie van dwangmaatregelen op de gesloten psychiatrische opnameafdeling van Mondriaan, locatie Vijverdal, vanuit het perspectief van de *zorgethiek*. De auteurs betogen dat goede zorg tot stand komt in samenspraak met de cliënt, en dat dwangmaatregelen daarin niet thuishoren vanwege hun eenzijdige karakter. De benodigde cultuuromslag behelst het toedelen en nemen van morele verantwoordelijkheden: de zorgverlener beroept zich niet louter op regels of wetgeving en de cliënt, actief betrokken in zijn of haar eigen zorg, wordt medeverantwoordelijk voor de situatie. De onderlinge communicatie en afstemming tussen zorgverlener en cliënt is daarbij essentieel en soms lastig, maar uiteindelijk varen beide partijen er wel bij.

Personalia

E. Landeweer is junior onderzoeker aan de vakgroep

Metamedica, EMGO en VU Medisch Centrum,

Amsterdam.

e.landeweer@vumc.nl

T. Abma is UHD en onderzoekskoördinator aan de vak-

groep Metamedica, VU Medisch Centrum, Amsterdam.

B. Richartz is projectleider dwangreductie bij

Mondriaan, locatie Vijverdal, Maastricht

P. Vervoort is afdelingshoofd van de gesloten opname-

afdeling Mondriaan, locatie Vijverdal te Maastricht en lid

van de projectgroep 'Minder Separeren' (D&D).

G. Widdershoven is hoogleraar medische ethiek

aan de vakgroep Metamedica, VU Medisch Centrum,

Amsterdam.