

Dwang en drang

Dwang en drang zijn vormen van beïnvloeding die beogen om iemand iets te laten ondergaan of iemand aan te zetten tot bepaald handelen, hetzij bepaald handelen juist na te laten. Daarmee wordt iemands keuzevrijheid beperkt of zelfs, bij toepassing van dwang, geheel weggenomen. Dit kan in Nederland volgens de Wet Bopz alleen om gevaar in het kader van een psychiatrische stoornis af te wenden - voor de patiënt zelf of voor anderen.

Bij dwang in de ggz wordt iemand tegen zijn of haar wil opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of krijgt deze een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd tijdens het proces van opnemen of tijdens het verblijf in de instelling. Dat kan bijvoorbeeld nodig zijn bij agressie jegens derden, suïcidaliteit of ernstige verwaarlozing.

Drang (bijvoorbeeld bemoeizorg) is minder ingrijpend dan dwang. Bij drang behoudt de patiënt keuzevrijheid, maar sommige keuzeropties worden aantrekkelijk of juist onaantrekkelijk gemaakt, of aan bepaalde voorwaarden verbonden. Vaak betekent dit een keuze tussen twee kwaden (bijvoorbeeld medicatie accepteren of een gedwongen opname). Drang beperkt net als dwang iemands vrijheid, maar laat de patiënt nog ruimte en vormt niet per se een inbreuk op de relatie met de hulpverlener.

De nadruk van de module ligt op het zoveel mogelijk voorkomen en beperken van dwang. Zorgverleners werken bij het voorkomen en uitvoeren van dwangmaatregelen onderling samen, en ook zoveel mogelijk samen met de patiënt, naasten en andere betrokkenen rondom de patiënt.

De module is een aanvulling op de Multidisciplinaire richtlijn Dwang en drang. Forensische psychiatrie, ouderenpsychiatrie of kinder- en jeugdpsychiatrie blijven buiten beschouwing in de module.

Modellen van zorg voor voorkomen van dwang

Bij het voorkomen van dwang wordt de (intensiteit van de) zorg afgestemd op de zorgbehoeften van de patiënt. De meeste zorg wordt ambulante in de thuissituatie verleend. Om een gedwongen opname te voorkomen, wordt de zorg in de ambulante setting versterkt en wordt eventueel gebruik gemaakt van drang (onderhandelen/overhalen). Zo nodig vindt intensivering plaats volgens of in aansluiting op de modellen (Flexible) Assertive Community Treatment ((F)ACT), Intensive Home Treatment (IHT) en High en Intensive Care (HIC) (zie ook de generieke module Acute psychiatrie).

Patiëntenperspectief

Patiënten en naasten ervaren dwangmaatregelen vaak als schokkend, ingrijpend en traumatiserend. Bij de beoordeling van een dwangmaatregel geëigend is in de hulpverlening gaat het zowel om de juridische als de ethische aanvaardbaarheid van toepassing. Het uitgangspunt dient te zijn dat dwang alleen kan plaatsvinden als voldaan is aan de criteria van de Wet Bopz, als dwang onvermijdelijk is en getoetst is aan drie principes:

- subsidiariteit (er is geen minder ingrijpend middel beschikbaar);
- proportionaliteit (het middel staat in verhouding tot het doel);
- doelmatigheid (het middel is effectief).

De behandelaar moet daarbij gevaar of ernstige schade voor patiënt of anderen afwenden respectievelijk voorkomen.

Dwang wordt als uiterste middel en inbreuk op iemands autonomie zoveel mogelijk vermeden, ook in het belang van het vertrouwen tussen patiënt en hulpverlener. Preventie van dwang is steeds het uitgangspunt. Waar het kan, sluiten zorgverleners met uitvoering, communicatie en bejegening aan bij de wensen en belevingswereld van de patiënt. Patiënten en zorgverleners werken samen aan crisis- en signaleringsplannen en aan de evaluatie van de (dwang) behandeling. Ervaringsdeskundigen brengen het perspectief van de patiënt in tijdens de dagelijkse zorgverlening en dragen ertoe bij dat de patiënt zich sneller en beter begrepen voelt.

Patiënten benadrukken dat dwang pas een optie moet zijn als alle alternatieven (motiverende gespreksvoering, intensief contact en desnoods drang) onvoldoende effect hebben. Samenwerking en communicatie (met patiënten en naasten en tussen deskundige professionals in de keten) vinden zij essentieel om de kwaliteit van zorg tijdens dwang te waarborgen. Zij hechten aan toetsbare rapportage en registratie van het proces (preventie, indicatie en uitvoering) met ketenpartners en aan zorgvuldige evaluatie achteraf met alle betrokkenen.

Kernelementen van goede zorg

Preventie

Onder preventie vallen in de ambulante en de klinische setting behandelingen, behandel- en bejegeningwijzen, maatregelen en beleid gericht op het voorkomen van dwangopname of dwangtoepassingen tijdens een opname. Patiënt en naasten participeren daarin zoveel mogelijk. De focus ligt op een respectvolle en herstelgerichte bejegening, het maken of aanpassen van een (crisis)signaleringsplan en risicotaxatie.

Indicatie en besluitvorming

De Wet BOPZ beschrijft de indicatie voor toepassing van dwang, de te doorlopen procedures en de rechten van de patiënt bij dwangbehandeling. Het gevaarscriterium staat centraal, de vaststelling van een psychische stoornis in het kader van gevaar is de expertise van de psychiater. Gevaar is het risico dat een bepaald onheil zich voordoet. Bij de beoordeling wordt gelet op de mate van waarschijnlijkheid en op de ernst van de gevolgen als het onheil zich voor zou doen.

Tijdens de dwangopname kunnen drie typen dwangmaatregelen toegepast worden:

- dwangbehandelingen waarbij altijd sprake moet zijn van een behandelingsplan;
- middelen of maatregelen niet gericht op behandeling maar in geval van een noodsituatie gericht op het direct wegnemen van gevaar;
- enkele specifieke omschreven vrijheidsbeperkingen, zoals maatregelen gericht op het beperken van de bewegingsvrijheid van de patiënt om schade aan de gezondheid of verstoring van orde in het ziekenhuis te voorkomen. Voorbeelden: fixatie, separatie of afzondering, het toedienen van vocht of voeding en het toedienen van medicatie, of onder dwang uitvoeren van interventies zoals verzorging, controle (van persoon of de kamer) op alcohol, drugs of scherpe voorwerpen, medische controle en het beperken van bezoek.

Bij de indicatie en uitvoering van dwangtoepassingen tijdens een opname worden de wensen en voorkeuren van de patiënt waar mogelijk gevolgd, tenzij deze niet effectief zijn om het gevaar af te wenden. Daarnaast moet de behandelaar doen wat in de gegeven situatie het best toepasbaar en meest effectief geacht wordt.

Behandeling en begeleiding

De dwang wordt zorgvuldig uitgevoerd: volgens het behandelingsplan en zoveel mogelijk volgens de voorkeuren van de patiënt, onder maximale veiligheid voor alle betrokkenen en met actief informeren en betrekken van naasten, mits de patiënt hierin toestemt.

Monitoring, evaluatie en terugvalpreventie

Dwangtoepassingen zijn tijdelijk. Er wordt beargumenteerd een termijn afgesproken waarop getoetst wordt of de maatregel kan worden beëindigd, in relatie tot de doelen per individuele patiënt. Maatregelen als separatie, afzondering en fixatie worden dagelijks getoetst. Om hernieuwde toepassing van dwang te voorkomen, is het essentieel om de uitvoering met de patiënt en naasten en met betrokken zorgverleners (team) onderling te evalueren. Aan de hand van rapportages, evaluaties en reflectie op het eigen handelen kunnen behandelingsplannen en (crisis)signaleringsplannen worden aangepast om dwangtoepassingen in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen.

Herstel, participatie en re-integratie

Klinische behandeling vormt in principe een intermezzo in een ambulante behandeling. Het voorkomen van dwang - of ernstiger vormen van dwang - begint tijdens de ambulante behandeling, door te reageren op risicosignalen en tijdig zo licht mogelijk doelmatig in te grijpen. Drang verdient daarbij de voorkeur boven dwang.

Gedwongen opgenomen patiënten verkeren vaak in een crisissituatie met een groot risico op gevaar (en schade) voor zichzelf en/of voor anderen. Toepassing van de presentiebenadering en samenwerking met ervaringsdeskundigen en naasten zijn belangrijk voor een herstelgericht behandelklimaat. Hervinden van veiligheid, stabilisatie en autonomie zijn belangrijke doelen die bijdragen aan participatie en re-integratie, net als een zoveel mogelijk naadloze aansluiting tussen de klinische en ambulante setting. Bijvoorbeeld door het voortzetten van een (crisis)signaleringsplan of het nu klinisch of ambulant is opgezet.

Organisatie van zorg

Samenwerking en behandelklimaat

De bij dwangtoepassingen betrokken zorgverleners zijn de geneesheer-directeur, de regiebehandelaar, de psychiater, de verpleegkundige, de GZ-psycholoog of klinisch psycholoog, de verpleegkundig specialist ggz, de vaktherapeut / activiteitenbegeleider, de ervaringsdeskundige, de patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon. Hun verantwoordelijkheden zijn per instelling geregeld in het kwaliteitsstatuut (zie www.ggzkwaliteitsstatuut.nl).

Goede organisatie van zorg tijdens dwang en drang vraagt allereerst om goede samenwerking tussen alle betrokkenen, waarbij de zorgverlener die daartoe het best is uitgerust en de meest doelmatige zorg kan bieden, de zorg levert. Het behandelteam werkt in een herstelgericht behandelklimaat nauw samen met patiënt en diens naasten. Met regels, afspraken en regelmatig overleg biedt het team goede zorg, met aandacht voor bescherming en veiligheid van zowel patiënt als medewerkers. De regels mogen daarbij niet de overhand hebben, het contact tussen zorgverlener en patiënt is het belangrijkste.

Competenties

Goede, humane en veilige zorg bij dwang vraagt verschillende competenties van het team van betrokken zorgverleners. Behalve om de relevante evidence-based en practice-based kennis rond dwang en drang (juridisch, moreel) gaat het ook om contact leggen, bejegening vanuit een gelijkwaardige, respectvolle en gastvrije houding en vaardigheden rond risicotaxatie, de-escalatie, stresshantering, rapportage en reflectie. Zorgverleners kennen de grenzen van hun deskundigheid en vullen elkaars expertise aan om tot een geïntegreerde en doelmatige behandeling te komen.

Ketensamenwerking

Preventie van dwangtoepassingen door vroegsignalering en de-escalatie vraagt om sterke ambulante teams (FACT, IHT) en een ambulante crisisdienst die gericht werkt om opname te voorkomen. Zo nodig moet intensivering snel mogelijk zijn (ACT-zorg bij FACT, IHT bij kortdurende zorg, deeltijdbehandeling, time-out of respijthuis). De opbouw van een soepele ketensamenwerking vraagt om goede relaties en werkafspraken met opvang- en welzijnswerk, politie en andere (derde maatschappelijke) organisaties vanuit de ambulante teams. Binnen de keten is het bieden van continuïteit van zorg het doel. Tijdens een opname blijft de ambulante behandelaar leidend.

Bij opname vindt binnen 24 uur een zorgafstemminggesprek plaats tussen de patiënt, diens naasten, de ambulante behandelaar en de klinische behandelaar.

Evaluatie van kwaliteit van zorg

Door periodiek de landelijk verzamelde cijfers (Argus) over toepassen van dwangmaatregelen te bespreken, ontstaat er bewustzijn op een afdeling over hoe vaak men wat voor soort dwangmaatregelen toepast. Dit kan aanleiding zijn om het beleid tegen het licht te houden of te reflecteren op de cultuur rond het toepassen van dwang. Met name door reflectie op het eigen handelen kunnen professionals leren van de ervaringen van de patiënt en van de eigen ervaringen. Dat vraagt wel om een teamcultuur en een attitude die waarde hechten aan evalueren en het leren van fouten; om een verankering van evaluatie in het dagelijks handelen.