

## OMGAAN MET MOEILIJK GEDRAG...

Naar minder vrijheidsbeperkende maatregelen in een psychiatrische behandel eenheid voor mensen met een verstandelijke beperking

Willem DE MUER<sup>1</sup>

*De Knoop<sup>2</sup> is een observatie- en behandel eenheid voor mensen met een licht tot matig verstandelijke beperking en een bijkomende psychiatrische problematiek. De laatste jaren zien we een sterke verjonging van de aangemelde patiënten. De psychiatrische problematiek bij aanmelding is uiterst divers en er wordt zowat uit het hele scala van de DSM-IV geput. Eén ding valt echter op: er is bij aanmelding vaak sprake van agressief gedrag. Dit kan zowel naar zichzelf gericht zijn, als naar anderen of naar materialen. De zorgvisie is de voorbije tien jaar geëvolueerd van een sterk gedragstherapeutische traditie naar een eerder holistische en integratieve ortho-agogische invalshoek.*

*Een aantal gebeurtenissen in de periode 2009-2010 vormden de basis voor een verandering in de visie ten aanzien van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo was er een schrikbarend hoog aantal afzonderingen in 2009: na onderzoek stelden we vast dat er*

*926 keer een patiënt in een afzonderingsruimte werd gebracht. Verder was er het hoge aantal arbeidsongevallen bij personeelsleden als gevolg van agressie. En als laatste, maar daarom niet de minst belangrijke reden, waren er de nefaste gevolgen op psychisch vlak na een dergelijke afzondering voor de patiënt. Dit resulteerde in de oprichting van een werkgroep 'agressiebeheersingsbeleid' (ABB), waarin zowel mensen van de basiszorg als mensen van het beleid aan participeerden. Deze werkgroep had als voornaamste taak een nieuwe visie uit te werken met als doel: het aantal afzonderingen gevoelig terug te dringen; alternatieven te zoeken voor de vele afzonderingen; de kwaliteit van de afzonderingen te verhogen; en het leef-en behandelklimaat bij te sturen.*

*Verwacht in dit artikel geen pasklare recepten om hieraan te werken, het is eerder de neerslag van een moeilijke zoektocht met een toch wel verrassend resultaat.*

1 De auteur is coördinator van zorgeenheid De Knoop, afdeling van P.C. Sint-Amedeus ([www.amedeus.be](http://www.amedeus.be)), contact: [willem.de.muer@fracarita.org](mailto:willem.de.muer@fracarita.org).

2 De Knoop situeert zich binnen het psychiatrisch centrum Sint-Amedeus en bestaat uit drie leefeenheden: Knoop 1 is een gesloten opname-eenheid, Knoop 2 heeft een heropname-functie en Knoop 3 is een open opname- en behandel eenheid. Zie ook het vorige artikel in dit Tijdschrift.

## Kwalitatief onderzoek

Begin 2010 zijn we gestart met op een kwalitatieve en kwantitatieve manier onderzoek te verrichten naar het hele afzonderingsgebeuren. Het kwalitatief onderzoek moest peilen naar de beleving van zowel patiënten als begeleiders. Hierbij werd in verschillende gesprekken (zowel individueel als in groep) gepeild naar de beleving van de patiënten. Daarnaast werden alle personeelsleden individueel bevraagd door middel van vragenlijsten.

Het ondergaan van afzondering en fixatie is voor veel **patiënten** met een psychiatrische stoornis een traumatische ervaring. (*"Uiteindelijk was ik gekalmeerd en voelde me eenzaam..."*) De ervaringen van patiënten die een gedwongen afzondering ondergingen zijn vergelijkbaar met de verhalen van mensen die gegijzeld worden. Dit is op zich niet zo verwonderlijk daar er maar weinig krachtiger negatieve prikkels te bedenken zijn dan buitengesloten worden en nergens bij horen. Opvallend is dat een aantal patiënten er toch positieve zaken uit halen. We kregen hierbij sterk de indruk dat het afzonderen en fixeren bij patiënten als gewoon wordt ervaren. Het is de norm. In die zin wordt hun creativiteit om zelf mee naar oplossingen en alternatieven te zoeken niet gestimuleerd.

In de uitspraken van de **begeleiders** zien we vooral een zoeken naar een legitimatie tot het gebruik van een afzonderingsruimte. Steeds meer stellen we echter vast dat de als pedagogisch bedoelde maatregel vooral voortkomt uit machteloosheid en handelingsverlegenheid. (*"We weten het ook niet meer."*)

Het zorg bieden aan (jong)volwassenen met ernstige gedragsproblemen en een licht verstandelijke beperking vergt een leefklimaat waarin er duidelijkheid en voorspelbaarheid moet zijn. Althans, dit is wat we vroeger hanteerden. We

zagen immers een leefklimaat ontstaan met veel regels, strijd en agressie. Wanneer het onrustig was op de zorgenheid, was controle belangrijk, waardoor er tussengekomen werd met nog meer regels. Die aanleiding gaven tot nog meer strijd en het aantal afzonderingen schrikbarend de hoogte injoegen. Het zoeken naar alternatieven verliep moeizaam. Was het immers geen kenmerk eigen aan de pathologie van de patiënt dat er zoveel sprake was van afzonderen? (*"Mensen met een verstandelijke beperking kunnen het verbaal niet zo goed brengen, dus komt er meer agressie voor, en daaruit voortvloeiend ook meer afzonderingen..."*)

“**We zagen een leefklimaat ontstaan met veel regels, strijd en agressie.**”

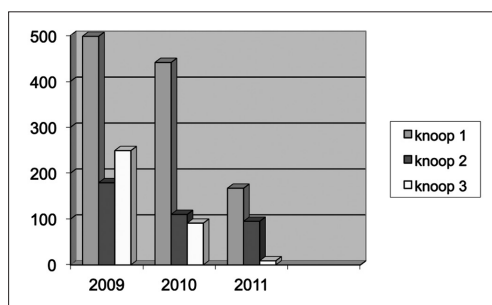
In de uitspraken van de begeleiders bleek ook dat het niet meer gebruiken van een afzonderingsruimte gelijkgesteld wordt met het wegnemen van een noodzakelijk instrument. (*"We hebben niks meer achter de hand."*) Verder viel het op dat enkel het bevragen op zich al leidde tot een bredere kijk: begeleiders gaan linken leggen met het dagelijks leven en hun eigen handelen in vraag stellen. (*"Is mensen vastleggen nog van deze tijd?"*)

## Kwantitatief onderzoek

Iedere afzondering dient genoteerd te worden in een specifiek afzonderingsregister. Op deze manier konden we naast het aantal afzonderingen per jaar ook nog andere parameters in kaart brengen, zoals de reden van de afzondering, de duur, geslacht, met of zonder fixatie, al dan niet op eigen vraag, ... Het in kaart brengen van al deze gegevens maakte dat we een aantal zaken die we 'aanvoelden' ook in cijfers konden weergeven en gaf ons ook de toch wel nood-

zakelijke 'nulmeting' in ons veranderingsproces. Alle tabellen en grafieken weergeven, zou ons te ver leiden binnen het bestek van dit artikel, maar we willen toch de opvallendste resultaten weergeven.

**Het aantal** afzonderingen was schrikbarend hoog: er waren 926 afzonderingen in 2009. Opvallend in onderstaande tabel is de daling in het jaar dat er gestart is met het agressiebeheersingsbeleid (2011).



Met betrekking tot **de duur** van de afzondering kunnen we stellen dat de meeste afzonderingen van relatief korte duur zijn (tussen de 1 en de 3 uur). Afzonderingen waarbij mensen langer dan 5 uur in een afzonderingsruimte dienen te verblijven, zijn eerder uitzondering dan regel. Dit is een positieve evolutie.

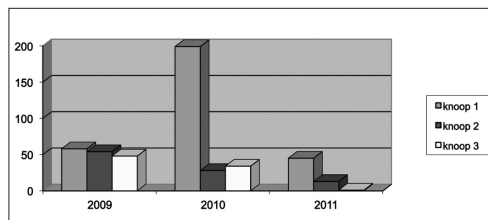
Als we **het tijdstip** van de afzondering bekijken zien we dat de meeste afzonderingen plaatsvinden tussen 17 en 21.30 uur. Het gebrek aan kwalitatieve tijdsinvulling in die tijdspanne en de vermindering van de draagkracht van de patiënt zijn mogelijks een verklaring voor dit hoge aantal.

Bij turving van het **geslacht** valt het hoge aandeel van vrouwelijke patiënten, die in afzondering worden gebracht, sterk op. Zeker als we weten dat er steeds een hoger percentage mannelijke patiënten is opgenomen op de Knoop en

agressie vaker geassocieerd wordt met mannen dan met vrouwen. Nadere analyse maakt duidelijk dat dit vooral komt door een handelingsverlegenheid van de teams in het omgaan met extreem automutilatief gedrag. (*"We weten het ook niet meer, en het laatste wat we kunnen doen is de patiënt gefixeerd in afzondering brengen."*)

Naast het totale aantal afzonderingen werden ook het aantal **afzonderingen tijdens de eerste maand** van de opname gemeten. We gaan er dikwijls vanuit dat het gebruik van een afzonderingsruimte frequenter zal voorvallen bij de start van een opname omwille van het acute karakter van de problematiek. De metingen bevestigen dit niet (minder dan 10%). Er zou echter wel eens een omgekeerd effect kunnen spelen. Het aantal agressie-incidenten en afzonderingen stijgt net bij die patiënten die uitzichtloos lang op de zorgenheid verblijven, zonder toekomstperspectief op mogelijke doorverwijzing.

Een afzondering van een patiënt hoeft niet steeds gepaard te gaan met een **fixatie** op een afzonderingsbed. Aangezien het gefixeerd worden door de patiënten als bijzonder traumatisch wordt ervaren, is onderstaande grafiek van groot belang.



Als we kijken naar de jaren 2009 en 2010 ligt het aantal fixaties te hoog. Met een uitschieter op Knoop 1 in 2010. In dat jaar werden we geconfronteerd met enkele patiënten met extreme automutilatie. De machteloosheid en handelingsverlegenheid, waar we het al over hadden,

verklaart dit cijfer. De evolutie in 2011 is dan ook uitermate positief.

### Op weg naar verandering...

Na de metingen en het verzamelen van heel wat informatie werd begin 2011 op een intensieve wijze gestart met de werkgroep Agressie-beheersingsbeleid (ABB). Doorheen 2011 werden er heel wat vormingen georganiseerd met als doel de manier van kijken, de visie op agressie en hoe er mee om te gaan, geleidelijk aan te veranderen. Externe sprekers werden uitgenodigd, intervisie en supervisie werd georganiseerd, teamoverstijgend werd gezocht naar een gemeenschappelijke visie...

Gelijktijdig werden er op architecturaal gebied ook aanpassingen uitgevoerd. Zo werden de verschillende afzonderingsruimtes op de zorgeenheden gesloten en werd er centraal in het gebouw een eenheid voor intensieve psychiatrische zorg opgericht met als doel een verhoging van de veiligheid en van het comfort, en een vermindering van het aantal afzonderingen. Belangrijk bij deze aanpassingen was de communicatie tussen patiënt en begeleider, het niet meer werken met prikkelarme ruimtes (geen gebruik van Tava<sup>3</sup>), maar met prikkels op maat en het creëren van meer behandel mogelijkheden. In deze nieuwe eenheid bevinden zich twee individuele kamers, twee beveiligde kamers en twee afzonderingsruimtes. Deze werden uiteindelijk in maart 2012 in gebruik genomen.

**“Belangrijk bij deze aanpassingen was de communicatie tussen patiënt en begeleider, het niet meer werken met prikkelarme ruimtes, maar met prikkels op maat en het creëren van meer behandel mogelijkheden.”**

Het vele vergaderen, samen nadenken en discussiëren, leidde in 2011 tot een nota, die opgebouwd werd door vier grote delen: preventie, communicatie, afzonderen als een vorm van intensieve behandeling, en aandacht voor het herstel na afzondering. Deze nota is trouwens meer een werkdocument, waar tot op heden nog steeds wordt aan veranderd. We geven hieronder enkele voor ons belangrijke principes binnen ons veranderingsproces mee.

### *Van rigiditeit naar creativiteit*

Binnen de verschillende teams zagen we dat er in crisissituaties (die vrij veel voorvallen) zeer sterk werd teruggегреpen naar structuur en regels. Tijdens het veranderingsproces hebben we gepoogd om de creativiteit van de begeleiders aan te wakkeren en hen niet terug te laten vallen op regels en afspraken. Daarnaast hebben we het “poldermodel” (naar het idee van de rivier die buiten haar oevers treedt en de polder die opvang biedt) geïntroduceerd in onze werking. Bij de start van een opname gaan we met de patiënt in overleg om na te gaan wie wat

3 Tava staat voor Totale Afzondering van Aandacht. Binnen de minderjarigenzorg wordt de term Tava geregeld gebruikt om afzonderingsruimtes of time-out kamers te benoemen. De benaming houdt een streven in dat naar onze ervaring niet wenselijk is.

gaat doen bij een eventueel conflict of bij agressie. Dit zorgt ervoor dat we meer verantwoordelijkheid bij de patiënt leggen en we wensen op die manier ook te komen tot een verschuiving van het begrenzen van gedrag naar eerder een samenwerking.

### ***Cultuurverandering: fluwelen revolutie***

Uit onderzoek van Fischer blijkt dat het aantal afzonderingen niet direct bepaald wordt door klinische factoren zoals leeftijd, diagnose, mentale beperking, en andere, maar vooral door de cultuur binnen de voorziening, de waarneming van de hulpverleners en de houding van de voorziening. In 2011 legden we de focus op het doorbreken van automatismen. Je zou er verstoeld van staan hoeveel automatismen er in onze zorg insluipen, die uiteindelijk de kwaliteit er niet beter op maken! Dit zorgde er wel voor dat we in het proces heel wat weerstand tegenkwamen, die na verloop van tijd overging in irritatie en onzekerheid, om uiteindelijk plaats te maken voor vertrouwen en trots.

### ***Afzonderen: goed of fout?***

Op bovenstaande vraag is geen eenduidig antwoord te formuleren. Het is wel zo dat er weinig wetenschappelijk bewijs te vinden is dat het afzonderen van een patiënt therapeutisch zou werken. Afzonderen is een dwangmiddel (je houdt een risico onder controle) en geen therapeutisch middel in de zin dat je iemand geneest. Je beperkt de mogelijke schade. Daarnaast is de wijze van afzonderen wel cruciaal. Vandaar dat we afzonderen zien als een vorm van intensieve behandeling, waarin interactie centraal staat en waar een degelijke nazorg aanwezig is, in een ruimte waar prikkels op maat kunnen worden aangeboden. Dit is een fundamenteel ander uitgangspunt dan: "Deur dicht en probleem opgelost!"

“ **We zien afzonderen als een vorm van intensieve behandeling, waarin interactie centraal staat en waar een degelijke nazorg aanwezig is, in een ruimte waar prikkels op maat kunnen worden aangeboden.** ”

### ***Agressief gedrag***

Als we het over afzonderen en vrijheidsbeperkende maatregelen hebben, moeten we ook iets zeggen over agressief gedrag. De kijk en visie van begeleiders op agressief gedrag heeft een direct gevolg op hun handelen. We hebben uiteindelijk twee belangrijke pijlers weerhouden: we zien dat agressie vaak een gevolg is van een slecht contact en een verstoorde werkrelatie en we merken dat agressie vaak voortvloeit uit de onmacht van een patiënt die beperkt is om gevoelens te uiten.

### ***Hoe hoger je klimt, hoe harder je valt***

Afzonderingen, agressie-incidenten, conflicten... Ondanks alle mooie modellen, preventie, visies, het zal blijven voorvallen. De ervaring leert echter dat het belangrijk is om incidenten snel te de-escaleren. Als er te veel tijd over gaat tussen incident en terug contactnemen, dan zien we de twijfels en de spanning bij de begeleiding toenemen. Dit is vaak nog erger dan de directe gevolgen van het incident. Wetende dat dit niet evident is, hebben we binnen onze visie hier heel wat aandacht aan besteed.

### ***Er is nog een lange weg te gaan***

We hadden nooit gedacht dat een verandering in cultuur een dermate grote impact zou hebben

op het aantal afzonderingen: van 926 in 2009 naar 271 in 2011. We gingen er immers vanuit dat vooral klinische kenmerken van de patiënt, of de infrastructuur, of de personeelsbezetting cruciale factoren waren. In 2011 werden dezelfde patiënten opgenomen, binnen dezelfde infrastructuur en met eenzelfde personeelsbezetting.

In die zin dient er steeds zorgvuldig te worden afgewogen of vrijheidsbeperkende maatregelen op z'n plaats zijn. Het zoeken naar alternatieven verloopt dikwijls moeizaam, maar is op lange termijn de beste investering. De relatie tussen patiënt-verpleging of cliënt-begeleider komt im-

mers enorm onder druk te staan wanneer één partij dwang gaat toepassen. Het creëren van afzonderingsruimtes, time-out kamers en dergelijke in woonvoorzieningen voor mensen met verstandelijke beperking, en bij uitbreiding naar de ganse zorgsector, dient dan ook met de nodige voorzichtigheid te gebeuren.

Het in 2011 ingezette veranderingsproces is een start. Het is zowel voor patiënten als begeleiding wennen, en het vergt een grotere inspanning om naar alternatieven te zoeken. De eerste reacties zijn positief, maar er is nog een lange weg af te leggen. Maar: goed begonnen, is half...

#### Bibliografie

ABEN, B., GOUW, C., DE KAM, H., (2008), Dwang en drang in Noorwegen: verslag van een werkbezoek, *Psychopraxis*, 10

BOESJES, R., (2008), Minder separeren, het kan! Ervaringen vanuit de groepsleiding, *Tijdschrift Kind en Adolescent Praktijk*

DE STOOP, K., (2008), Steeds meer dwang in de Vlaamse psychiatrie, *Knack*

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (2007), Technische commissie voor verpleegkunde, werkgroep: fixatie en isolatie

FISCHER, A., (1994), Restraint and seclusion: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 151

KOK, H.T. en BERGHOUT, K. (2011), Separatie en afzondering, *EmergenPSY*

LENDEMEIJER, B., JANSSEN, W., VAN IINGE, R., (2003), Separatie en de invloed van personele factoren, *Psychopraxis*, 05

THEUNISSEN, J., en HESTA, H., (2008), Op weg naar intensieve psychiatrische zorg,

THOMAS, B., (2010), Vrijheidsbeperkende maatregelen: afzondering, fixatie, en andere (dwang)maatregelen in de geestelijke gezondheidszorg en andere sectoren, handboek werken met patiënten – specifieke thema's

VAN DER WERF, B., (2004-2009), De separeer- en de prikkelarme omgeving, *Sociale Psychiatrie*

VAN DER WERF, B., (2002), Ervaringen in Noorwegen: hoezo gedwongen separatie?, *Psychopraxis*, 4

VORSELMAN, A., (2004), Het gebruik van dwang internationaal vergeleken, *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*