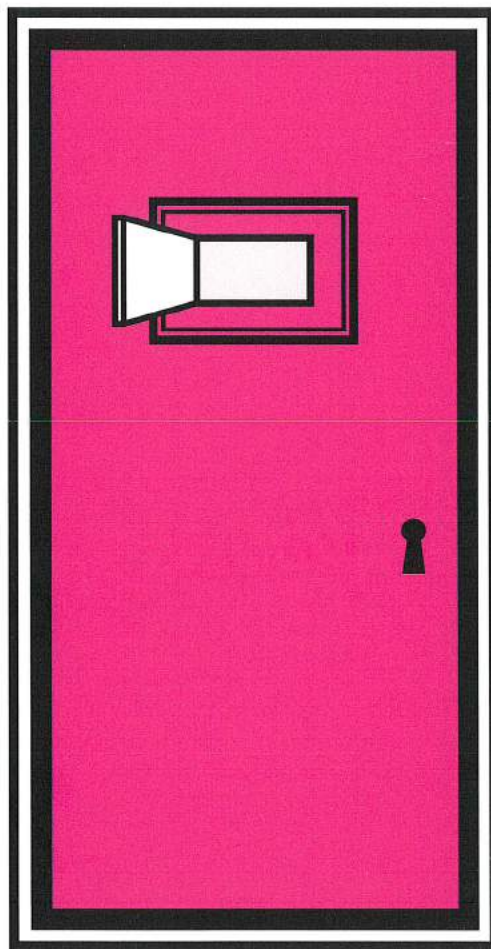


Open



de laatste deur

ruimtelijke alternatieven voor separeren

Open de laatste deur

ruimtelijke alternatieven voor separeren

'Ik had alle wetten gebroken en daarom was ik hier neergezet, voorbij de laatste deur' - Sam Gerrits

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding	6
Historie: van opsluiten naar separeren	8
Juridische en medisch-ethische kaders	12
De invloed van de media	16
De cultuuromslag: van beheersen naar voorkomen	18
Dwangtoepassing in de EU	22
Persoonlijke ervaringen	24
Ruimte en gedrag	28
Ruimtelijke alternatieven voor separeren: een inventarisatie	32
Open deuren: aanbevelingen en alternatieven	36

Facts & Figures

Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in Nederland?	44
Historie: van opsluiten naar separeren	59
De invloed van de media	60
De cultuuromslag: van beheersen naar voorkomen	61
Dwangtoepassing in de EU	62
Ruimte en gedrag	64
Ruimtelijke alternatieven voor separeren	70
Open deuren: aanbevelingen en alternatieven	78

Inhoudsopgave

Bronnen

Interviews:

- Minke Simonis en Ben Kemper, De Gelderse Roos, Wolfheze	82
- Erin Wagenaar, Ypsilon	84
- Eric Noorthoorn, GGNet, Warnsveld	86
- Bernadette van Gigch en Esther van der Leur, Parnassia Bavo-groep, Den Haag	87
- Meinte Vollema, Jan Willem van der Zee en Bas-Jan Stoute, GGZ Meerkanten, Ermelo	88
- Norman Kentie en Pim Beugelsdijk, Rivierduinen, GGZ Haagstreek, Leidschendam	90
- Henk Nijman, Radboud Universiteit, Nijmegen en OFP Altrecht, Utrecht	91

Samenvattingen:

- Alleen, berichten uit de isoleercel	92
- Dwang en drang in de psychiatrie, een verkenning	93
- Dwang en drang in de psychiatrie, kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies	94
- Op blote voeten, ervaringen in de isoleer	96
- Opsluiten is geen zorg, een verslag van vier jaar werkgroep Dwang & Drang	97
- Richtlijn Besluitvorming dwang: opname en behandeling	98
- 'Van beheersen naar voorkomen', stand van zaken rond het verminderen van separaties in de GGZ	99
- Zorgzame architectuur, humane zorg in een gesloten setting - Verslag van een prijsvraag	100

Verklaring afkortingen	102
Literatuurlijst	104
Websites	108
Beeldenverantwoording	108
Adressenlijst	109
Colofon	112

Voorwoord

In 2009 besloot de Stagg (Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg) om een literatuurstudie uit te voeren naar de ruimtelijke alternatieven voor separeren. Aanleiding hiervoor was de enorme golf van publiciteit rondom separeercellen in 2008. Studies wezen uit dat separeercellen te vaak en te lang gebruikt werden, ondanks programma's om het gebruik terug te dringen zoals 'Dwang en Drang'. Psychiatrische instellingen werken inmiddels hard aan dit probleem.

De Stagg wil door deze literatuurstudie daaraan meehelpen door met name de ruimtelijke alternatieven voor het separeren in kaart te brengen. Aan architectenbureaus in Nederland werd gevraagd om gerealiseerde en niet-gerealiseerde alternatieve ontwerpen voor separeren in te leveren. In de loop van het onderzoek heeft de Stagg-werkgroep versterking gekregen door samenwerking met TNO Centrum Zorg en Bouw. Hierdoor kon gebruik gemaakt worden van het grote netwerk en de ruime hoeveelheid data van TNO. De studie kan dan ook gezien worden als een gezamenlijk product.

De studie wordt gepresenteerd tijdens een studiemiddag in Museum 'Het Dolhuys' in Haarlem op 29 maart 2010 aan architecten en deskundigen uit het veld. Hopelijk zal ook hiermee weer een stapje gezet worden in de richting van een humanere opvang van psychiatrische patiënten.

Henk Nies, voorzitter Stagg

Inleiding

In de psychiatrie en de gehandicaptenzorg worden separeercellen gebruikt, 'prikkelarme', veilige, afgesloten kamers waar patiënten onder toezicht kunnen verblijven als ze een direct gevaar voor zichzelf of anderen vormen. De begrippen separeercel, separeerkamer (of kortweg separeer) en isoleercel worden in dit verband door elkaar gebruikt, maar betekenen eigenlijk allemaal hetzelfde. Binnen de psychiatrie is een sterke beweging gaande om het gebruik van de separeercel terug te dringen of zelfs helemaal af te schaffen. Voor de Stagg (Stichting architectenonderzoek gebouwen gezondheidszorg) is dit dan ook een dankbaar onderwerp om een literatuurstudie aan te wijden. Want voor architecten, die zijn opgeleid om mooie ruimtes te ontwerpen waar iemand zich fijn voelt, is het bijna tegennatuurlijk om een separeercel te ontwerpen. Hoe eerder ze daarom worden afgeschafd, hoe beter voor de bouwkunst! Het is tijd om de laatste deur in de psychiatrie open te zetten.

Een kleine werkgroep binnen de Stagg is in 2009 ondersteund door medewerkers van TNO Centrum Zorg en Bouw aan de slag gegaan om de bekende onderzoeken en literatuur over de ruimtelijke alternatieven van separeren te verzamelen in deze studie. Daarnaast zijn er interviews gehouden met deskundigen uit het veld en zijn architectenbureaus gevraagd om door hen ontworpen alternatieve oplossingen op te sturen.

Ter inleiding op het onderwerp is de geschiedenis van de separeercel in vogelvlucht weergegeven. Ook de juridische en medisch-ethische kaders worden heel in het kort aangegeven. Belangrijk in dit verband is ons grondrecht van de integriteit van ons lichaam dat moet worden gerespecteerd. Dit kan simpelweg worden uitgelegd als het verbod om een injectienaald in iemand te steken zonder dat hij daarvoor toestemming heeft gegeven. Het alternatief bij direct gevaar is dan het separeren van een patiënt in een separeercel totdat de crisis voorbij is. Echter langdurig separeren leidt tot aantasting van de menselijke waardigheid. Patiënten die gesepareerd zijn geweest houden er gevoelens van uitstoting, versterking van angst, schending van vertrouwen en privacy aan over. De lichamelijke integriteit alleen is niet voldoende rechtvaardiging voor het gebruik van de separeer als dat andere grondrecht, namelijk het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer, niet kan worden gegarandeerd. Grondrechtelijke vrijheden kunnen op dit terrein met elkaar in de verdrukking komen. Sinds Isaiah Berlin kennen we verschillende vormen van vrijheid, zo kunnen we op passieve wijze vrij zijn van behandeling maar ook op actieve wijze vrij zijn tot handelen. De slinger tussen de vrijheid van het individu en de verantwoordelijkheid vóór het individu gaat telkens langzaam heen en weer. Verantwoordelijkheid houdt niet automatisch in dat de behandelaar wel weet wat het beste is voor de patiënt. Maar ook hier is er een verschil tussen het passieve zorgen vóór en het actieve stimuleren van de patiënt.

Deze korte studie gaat dan ook in sommige opzichten verder dan de separeer zelf. Het onderwerp heeft zich in de loop van de tijd verbreed tot de structuur van de gesloten afdeling. Dit komt omdat de alternatieven voor de separeer altijd ook tot ingrepen in de rest van de afdeling leiden. De omgevingspsychologie komt dan om de hoek kijken. Wat kunnen we zeggen over de wisselwerking tussen mens, groep en ruimte? Er wordt in het kort ingegaan op de onderzoeken die hiernaar plaatsvinden. Met name in de VS en het Verenigd Koninkrijk zijn diverse onderzoeksinstituten intensief met dit onderwerp bezig, in Nederland is onderzoek veel dunner gezaaid. Ondanks alle onderzoek is weinig met zekerheid te zeggen. Meten is weten, maar dat wat we het belangrijkste vinden in het leven is moeilijk objectief vast te stellen. Ook al heeft een ruimte de optimale temperatuur, ventilatie, lichtniveau en geluidsisolatie, dat wil niet zeggen dat het daarmee ook een ruimte is die iedereen prettig vindt. Bouwkosten, oppervlaktes, inhouden zijn allemaal ondubbelzinnig vast te stellen maar of een gebouw daarmee het juiste karakter heeft is niet te zeggen.

Als er in dit verband gezegd wordt dat een separeer gewenst is, omdat er ook patiënten zijn die zelf om het verblijf in een separeer vragen, dan fronst menig een wenkbrauw. Er wordt dan verondersteld dat iemand om het verblijf in een separeer vraagt *omdat hij het daar blijkbaar prettig vindt!* Maar wat is er prettig aan het opgesloten zitten in een kale lege ruimte achter een stalen deur en driedubbel onbreekbaar glas zonder contact met de buitenwereld? Je zou beter kunnen veronderstellen dat iemand om het verblijf in een separeer vraagt *omdat hij het op de afdeling zelf nog véél ónprettiger vindt!* En dan kan dit natuurlijk niet als argument gebruikt worden om separeers te handhaven, dan moet dit als argument gebruikt worden om de hele structuur en inrichting van de afdeling volledig opnieuw te bekijken. Want dáár is duidelijk iets mis!

Deze studie is dan ook bedoeld om een brug te slaan tussen de architecten en het veld. Architecten willen graag meewerken om humane gebouwen te ontwerpen. Ze willen uiteraard niet op de stoel van de behandelaar gaan zitten. Maar deze studie is ook wel degelijk bedoeld om het onderwerp voor architecten inzichtelijk te maken, zodat ze beter op de vragen vanuit de instellingen kunnen reageren.

Want als er iets naar voren komt uit deze studie, dan is het wel het feit dat het eigenlijk ontzettend simpel is om psychiatrische klinieken humaner en leefbaarder te maken. Kijk maar naar de aanbevelingen die gedaan worden. De meeste daarvan zijn zo vanzelfsprekend dat men zich af zou kunnen vragen waarom ze nog opgeschreven moeten worden. Toch worden ze nog te weinig opgevolgd. Ze zijn daarom niet voor niets 'open deuren' genoemd, in de dubbele betekenis van het openzetten van de deur van de separeer én de metaforische open deur die misschien wel te vanzelfsprekend is om genoemd te worden. Hoe is te verklaren dat ogenschijnlijk simpele oplossingen nog zo weinig worden toegepast? Tussen de architectuur en de psychiatrie staat een muur. Architecten en psychiaters spreken niet dezelfde taal. Er is geen gezamenlijk onderzoek, iedereen benadert het onderwerp van de gesloten kliniek vanuit en binnen zijn eigen vakgebied. En dit terwijl zowel architecten als psychiaters zich bezighouden met ondermeer de zintuiglijke waarneming, de geestelijke perceptie en de sociale omgeving van de mens. Alleen de architect doet dit vanuit een positief mensbeeld waarin gezonde mensen die geestelijk volwaardig zijn hun eigen keuzes kunnen en mogen maken. De psychiater doet dit daarentegen vanuit een pathologisch mensbeeld met een scala aan stoornissen die ertoe leiden dat mensen niet hun eigen keuzes kunnen en mogen maken. Gezamenlijk zijn zij verantwoordelijk voor ontwerp en inrichting van psychiatrische klinieken. Daarom wordt het tijd om ook in de muur tussen de architectuur en de psychiatrie een open deur te maken. En dit kan nu ook. Tot voor kort waren in Nederland de bouwmaatstaven van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz) de richtsnoer waarlangs zorggebouwen tot stand kwamen. De bouwmaatstaven omschreven de minimale kwaliteit die voor het maximale budget moest worden gerealiseerd. Het Cbz is opgeheven en er is niet langer een landelijke toetsende instantie voor de nieuwbouwplannen. Toch worden bij gebrek aan beter de bouwmaatstaven van het Cbz nog vaak als basis voor het programma van eisen gebruikt. Dat is zeker voor de psychiatrie, met de snelle ontwikkeling van de laatste jaren, niet langer houdbaar. Daarom willen wij eindigen met de oproep om samen met architecten, psychiaters, verpleegkundigen, patiënten en familieleden een nieuwe ruimtelijk-bouwkundige norm te ontwikkelen die meer recht doet aan de nieuwe inzichten. Een ruimtelijk-bouwkundige norm waarin voor de patiënten een omgeving wordt omschreven waarin ze zich veilig kunnen voelen, waar ze zich kunnen ontwikkelen en ontplooiën, maar waar ze zich ook kunnen terugtrekken als ze dat willen. (figuur 1 t/m 14)

Noot: ter wille van de leesbaarheid zijn in deze publicatie doorgaans de woorden 'hij' en 'patiënt' gebruikt, waar ook 'zij' en 'cliënt' gelezen kan worden.

Historie: van opsluiten naar separeren

Johannes van Duuren werd op 4 september 1837 benoemd tot 'opzigter' van het krankzinnigengesticht in het Cellebroederenhuis te Nijmegen. De 'opzigter' was het hoofd van de 'oppassers', die voor de in kleine hokken vastgebonden krankzinnigen moesten zorgen. In zekere zin zijn zij de voorlopers van de latere psychiatrisch verpleegkundigen. Johannes van Duuren had het hart op de goede plaats en voerde al snel na zijn aanstelling belangrijke verbeteringen in: hij liet de hokken openzetten, hij liet de kettingen losmaken en hij liet de patiënten weer leren lopen (Psy, september 2007).

Ver daarvoor, in de middeleeuwen, werden mensen met een psychiatrische stoornis gezien als een soort zondebokken. Hun stoornis zou een straf van God zijn of zou worden veroorzaakt door duivelse bezetenheid. Er waren nog geen adequate behandelingen, of men zou daaronder moeten verstaan het geloof dat men door de zieke te laten schrikken de bezetenheid kon laten verdwijnen. Lukt dat niet, dan kon ook nog worden overgegaan op geseling om de duivel uit te drijven. Patiënten werden vaak bestempeld als ketters of als duivels en eindigden veelal onafhankelijk van deze diagnose jammerlijk op de brandstapel. In de late middeleeuwen begon de humanisering. Mensen als Johannes Wier, 1515–1588, psychiater avant la lettre vond dat geesteszieken in de eerste plaats een medische behandeling dienden te krijgen. Tegen die tijd waren ook de eerste dolhuizen voor de opvang van 'zinnelozen' ontstaan. De eerste in Nederland werd gesticht in 1442 in Den Bosch. Een inwoner van deze stad, Reinier van Arkel, had in 1439 bij testament een deel van zijn vermogen bestemd voor de verpleging van 'arme sinneloze mensen'. Het huis werd gevestigd aan het Hinthamereinde en bestuurd door de blokmeesters van deze straat. In 1461 volgde het Willem Arntsz Huis in Utrecht. Ook hier was de aanzet de erfenis van een rijke burger, Willem Arntsz, die zijn legaat ten behoeve van geesteszieke medemensen liet beheren door de broeders van de Sint Barbara en Sint Bartholomeus gasthuizen. Zij konden met het geld een nieuw gasthuis bouwen aan het Nicolaaskerkhof waar zinnelozen ook voor 1461 al in een paar panden gehuisvest waren. Het nieuwe gebouw bestond uit een hoofdbouw met daaraan gebouwd een aantal dolhuisjes. De bewoners van deze dolhuisjes waren op hoogtijdagen tegen betaling te bezichtigen!

De psychiatrie veranderde in de 17de eeuw, er werd nu voor het eerst gesproken over geestesziekten. De geneeskunde kreeg steeds meer invloed en krankzinnigen werden nu ook onderzocht in plaats van alleen te worden afgezonderd van de maatschappij. Het verband tussen religie - de geesteszieke als bezeten door de duivel - en psychiatrie loste langzamerhand op.

In de eerste helft van de negentiende eeuw kwam er een belangrijke verbetering in de woonomstandigheden van de in gestichten verblijvende krankzinnigen. In Nederland werd daartoe de aanzet gegeven door prof. dr. J.L.C. Schroeder van der Kolk. Hij was in 1827 benoemd tot hoogleraar aan de Medische Faculteit van de universiteit van Utrecht en tot regent van de Willem Arntsz Stichting. Al snel kwam hij met een plan voor een ingrijpende reorganisatie van het krankzinnigenhuis. Verpleging moest in zijn visie tot doel hebben om de patiënt te genezen van zijn stoornis. Niet alleen was hiervoor een betere huisvesting noodzakelijk, ook moesten er werkruimtes komen zodat werken als therapie kon worden ingezet en sanitaire ruimtes zodat therapeutisch baden mogelijk werd. Schroeder van der Kolk gaf met rapporten, redes en voorstellen aan het Rijk de aanzet tot de eerste Krankzinnigenwet van 1841 en werd daarop samen met C.J. Feith benoemd tot de eerste twee inspecteurs van het nieuwe staatstoezicht op de krankzinnigen. Bovendien werd zijn eigen Willem Arntsz Stichting de eerste instelling die op grond van de nieuwe wet het predikaat 'Geneeskundig gesticht voor krankzinnigen' verkreeg. Op hun inspectierondes kwamen Schroeder van der Kolk en Feith natuurlijk ook in Nijmegen, in het Cellebroederenhuis, waar Johannes van Duuren en zijn vrouw Maria



Historie: van opsluiten naar separeren

van Vulpen geheel in de geest van deze nieuwe inzichten werkten. In het Cellebroederenhuis mochten patiënten vrij rondlopen, kregen normale kleren en een zinvolle dagbesteding. De kersverse inspecteurs waren zo enthousiast dat ze Van Duuren in 1842 voordroegen voor een ridderorde.

In de loop van de 19de eeuw bracht het toenemende onderzoek steeds meer inzicht in de psychiatrie. De stoornissen werden geordend volgens een classificatiesysteem. Daar vielen overigens nog tot laat in de twintigste eeuw ook verstandelijke handicaps en homoseksualiteit onder! Er kwam meer aandacht voor de kwaliteit van de zorg en er ontstond een specifieke tak binnen de geneeskunde gericht op het onderzoeken, behandelen en genezen van ziekten van de geest. Psychiatrische patiënten werden nu als 'hersenslijder' beschouwd en dienden daarom in bed te worden verpleegd. Door lichamelijke rust zouden ook de hersenen tot rust komen. Bij zeer onrustige patiënten werd badverpleging toegepast, waarbij een patiënt meerdere uren per dag, soms wel tien uur, in bad werd verpleegd. De baden werden bedekt met hout of met een gespannen zeil. Hierin bevond zich een gat, waar het hoofd van de patiënt doorheen stak.

In 1884 werd er een nieuwe Krankzinnigenwet ingevoerd. Dit was noodzakelijk omdat de oude wet veel moeizame en omslachtige procedures kende rondom de opname van patiënten. Door de nieuwe wet werd opname vergemakkelijkt en werden provincies verantwoordelijk gesteld voor voldoende capaciteit aan verpleegplaatsen. Het Rijk vervulde de toezichthoudende taak. Een verzoek tot opname kon door de lijder zelf of door zijn familie via de kantonrechter worden geregeld. Bovendien kregen de burgemeesters de bevoegdheid om iemand in bewaring te stellen als hij als gevolg van zijn krankzinnigheid een dreigend gevaar voor zichzelf of zijn omgeving opleverde. De wet bevorderde de geneeskundige behandeling en leidde tot een verdere verbetering van de zorg. Wel werd de 'geesteszieke' volledig wils- en handelingsonbekwaam beschouwd en verloor hij zijn burgerrechten (Henskens, 2009).

Aan het einde van de negentiende eeuw werden nieuwe gestichten in de vorm van paviljoens gebouwd op het platteland en in de natuur, omdat men uitging van de heilzame werking van boslucht en veldarbeid. Maar daarnaast konden behandelingen ook nog steeds bestaan uit griezelige methodes zoals badverpleging, insuline- of comatherapie, elektroshocks of zelfs lobotomie. Ook vrijheidsbeperkende maatregelen zoals separatie en fixatie werden beschouwd als gangbare behandelmethoden. Aan de andere kant waren er ook altijd vernieuwers, zoals de psychiater prof. Van der Scheer. Hij begon in 1925 in het Provinciaal Ziekenhuis bij Santpoort met de invoering van dagactiviteiten en dagverblijven om de verveling tegen te gaan en verbetering in de geestelijke toestand van de patiënt te bewerkstelligen.

De roerige jaren zestig betekenden ook voor de psychiatrie een enorme verandering. Rond 1970 ontstond er in Nederland een levendige discussie over de beheerscultuur in de psychiatrie in het algemeen en over separeren in het bijzonder. Er kwam een sterke antipsychiatrie beweging op gang en de psychiatrie werd overspoeld met democratiseringsgolven. Er werden cliëntenorganisaties opgericht die actie voerden en de maatschappelijke discussie op gang wilden brengen over het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen (Schermer, 2003). Cliëntenbewegingen wilden het separeren verminderen of afschaffen onder het motto: "separeren is geen zorg!" De cliëntenbonden wezen op de negatieve gevolgen van separatie: versterking van angst, vernedering en veroorzaker van een vertrouwensbreuk tussen patiënt en behandelaar.



Fig. 66. Een patiënt in een bad, waarvan het hoofd door een gat in het dek heen steekt.



Fig. 67. Patiënt van een lijf- en spijwazlar, benevens van dwanghandschoenen voorzien.



Historie: van opsluiten naar separeren

Veel psychiaters gingen mee in deze gedachte. Zoals bijvoorbeeld psychiater Frank van Ree die felle kritiek had op het opsluiten van patiënten. “Wie hier geen democratie wil, die dondert maar op!”, riep hij toen hij begin jaren ‘70 de afdeling Zuideroord van het psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang onder zijn hoede kreeg. Daarbij sloeg hij, naar verluid, zo hard met de deuren dat de kalk van het plafond viel. Volgens hem en gelijkgezinden was het dagenlang opsluiten van de patiënt in een separeercel als behandelmethode en als methode om de patiënt tot rust te laten komen, een veroorzaker van veel stress. Actiegroepen zoals de Cliëntenbond en de Werkgroep Krankzinnigenwet verzetten veel werk om de rechtspositie van de patiënt te verbeteren. Dit leidde ertoe dat enkele psychiatrische ziekenhuizen het initiatief namen tot het aanstellen van een ombudsman. Hun taak was om de patiënten te helpen bij het vinden van een oplossing voor hun klachten. Er ontstond behoefte om een uniforme taakomschrijving te ontwerpen voor de ombudsman in de psychiatrie. Dit resulteerde in 1981 in de oprichting van de Stichting patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg (Stichting PVP) (Henskens, 2008).

De discussie over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen speelt zich af rond het spanningsveld tussen autonomie van de patiënt en de plicht van verplegend personeel om patiënten, die een gevaar voor zichzelf of anderen vormen, te helpen. De maatschappelijke slinger bewoog in deze jaren van verantwoordelijkheid naar autonomie. In 1982 stapte de Hoge Raad over van het ‘bestwilcriterium’ bij dwangtoepassingen (“doctor knows best”) over naar het ‘gevaarscriterium’ (alleen dwang als er gevaar dreigt). Door deze wijziging van de criteria werd het minder eenvoudig om een patiënt een vrijheidsbeperkende maatregel op te leggen. In de jaren ‘80 kwam ook de vermaatschappelijking op gang. De instellingen in bosrijke en landelijke omgevingen hadden de ‘hospitalisatie’ van psychiatrische patiënten ongewild bevorderd doordat er weinig prikkels waren om terug te keren naar de maatschappij. Kleinschalige voorzieningen in de steden, zogenaamde MFE’s (multifunctionele eenheden) moesten ervoor zorgen dat de opnameduur werd beperkt en de psychiatrische patiënt onderdeel bleef van zijn sociale omgeving. Gemeenten en medeburgers werden onder het credo ‘erbij horen’ meer betrokken bij de zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening (Henskens, 2009). (figuur 15)

In 1994 werd tenslotte na een voorbereiding van twintig jaar de Krankzinnigenwet uit 1884 vervangen door de Wet Bopz (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen). De Wet Bopz regelt de gedwongen opname van personen die door een psychiatrische aandoening een gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen. In de wet wordt het zelfbeschikkingsrecht een belangrijk criterium. Daarnaast wordt het bij gedwongen opname middels het klachtenrecht de interne rechtspositie van patiënten versterkt (Kusters, 2007, pag. 140).

Van separeren naar isoleren

Met de ontwikkeling van dolhuizen via krankzinnigengestichten naar psychiatrische ziekenhuizen is ook de dolcel veranderd in een separeerkamer. Waar het in de middeleeuwen nog een geaccepteerd volksvermaak was om door een raampje aan de straat ‘dolle mensen’ te bekijken, is de huidige separeerkamer een volledig van de buitenwereld geïsoleerde prikkelarme ruimte. Nog rond 1970 was er in een hoek van de zogenaamde dagzaal van de gesloten afdeling, direct naast de verpleegpost, een afgesloten kleine ruimte waar een patiënt kort gesepareerd kon worden. De deur kwam uit in de dagzaal of zijgang. De gesepareerde kon op deze manier contact houden met verpleegkundigen en medepatiënten. Hierdoor was hij gescheiden van anderen maar niet geïsoleerd. Dit om de patiënt niet angstiger en verwarder maken dan hij op het moment van crisis al was.

Historie: van opsluiten naar separeren

Gedragsproblemen en agressie werden gezien als ziektesymptomen. Een gesepareerde patiënt was ernstig ziek. Er werd waarde gehecht aan continu contact tussen patiënt en verpleegkundige. Door het plaatsen van de isoleercel in de dagzaal waren medepatiënten getuige en betrokken. Dit gaf natuurlijk ook onrust op de afdeling en daarnaast kon de patiënt in crisis zich niet terugtrekken. De verpleging in de separeercel kostte veel tijd, doordat er intensief direct contact was met de gesepareerde patiënt.

Later werden de separeercellen op enige afstand van de dagzaal geplaatst. Dit had als voordeel dat de cellen rustiger waren. Hierdoor ontstond minder contact tussen patiënt en verpleging. De camera werd geïntroduceerd in de separeercel. Goedkeuring hiervoor werd door de Inspectie gegeven onder de voorwaarde dat het plaatsen van de camera niet mocht leiden tot minder contact of verwaarlozing van de patiënt.

Eind jaren '70 werden separeercellen steeds vaker op grotere afstand van de verpleegpost gebouwd. Kale hoge cellen gescheiden van een voorruimte door een zware deur met een klein raampje. De sanitaire ruimtes lagen aan de voorruimte. Later werd ook een buitenruimte verplicht gesteld, die ook via de voorruimte te bereiken was. Steeds vaker werden camera's toegepast. Het criterium 'in contact blijven' verdween, in plaats daarvan komt het personeel om de zoveel tijd kijken hoe het gaat. Er werd een 'prikkelarme omgeving' voor de patiënt geïntroduceerd met alleen een matras, een klok, een bel en een raam. Het therapeutisch doel werd het tot rust brengen van het overprikkelde brein. Door stappenplannen of faseplannen werd de patiënt bij 'goed gedrag' langzamerhand teruggebracht op de afdeling.

Aan het einde van de vorige eeuw begint de opkomst van de 'gestripte' kamer en de afzonderingskamer als alternatief voor de separeerruimtes. Ook worden deze kamers ingezet om de rust en de structuur op de afdeling te waarborgen, waar met steeds minder personeel gewerkt moet worden.

De toename van aantal en duur van separaties werd natuurlijk door niemand wenselijk geacht. In 2004 startte GGZ Nederland dan ook het project 'Dwang en Drang' om deze ontwikkeling te keren. Het in gang zetten van een cultuurverandering rond het toepassen van dwang- en drangmaatregelen is de belangrijkste doelstelling van het project. Het gaat daarbij om een verandering van het beheersen van situaties naar het voorkomen van escalaties. Uitgangspunt is om separaties in de GGZ met 10% per jaar te verminderen (Henskens, 2009, pag. 442).

Juridische en medisch-ethische kaders

De wet

Op welke juridische gronden kan aan een patiënt zijn vrijheid worden ontnomen en kan hij gedwongen worden een behandeling te ondergaan? Om dit in een overzichtelijk kader te schetsen is het noodzakelijk eerst stil te staan bij de grondrechten van de burger. De Grondwet gaat namelijk in principe gelukkig van het omgekeerde uit, namelijk dat de wet onze vrijheid, zelfbeschikking en lichamelijke integriteit dient te beschermen. In de Nederlandse Grondwet zijn in dat verband de artikelen 10, 11 en 15 van belang (Raad voor de Volksgezondheid, 1997, pag. 65).

Artikel 10 lid 1: Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer.

Artikel 11: Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam.

Artikel 15 lid 1: Buiten de gevallen bij of krachtens de wet bepaald mag niemand zijn vrijheid worden ontnomen.

De Gezondheidsraad (1996, pag. 36) leidt hieruit af dat uit deze grondrechten voortvloeit dat in de eerste plaats vrijheidsbeneming op een wet moet steunen, dat in de tweede plaats de privacy van het individu gerespecteerd dient te worden en in de derde plaats dat voor geneeskundig onderzoek of behandeling de toestemming van de patiënt een vereiste is.

De Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) uit 1995 sluit hierop aan. Het is een algemene wet waarin het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt tot uitgangspunt is genomen. Er mag in principe geen behandeling plaatsvinden zonder de toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger. De regeling gaat ervan uit dat er een behandelingsovereenkomst wordt gesloten tussen behandelaar en patiënt en dat de behandelaar vooraf de patiënt duidelijk informeert over de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling (Raad voor de Volksgezondheid, 1997, pag. 65). Uitzonderingen hierop zijn in wettelijke regels vastgelegd voor bijvoorbeeld minderjarigen, wilsonbekwamen (Wet Bopz, zie hierna), mensen met infectieziekten, mensen die een bloedproef hebben ondergaan in het kader van de Wegenverkeerswet, etc. (Van Tilburg, 2008).

Dit brengt ons naar de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) uit 1994. Hierin is in de eerste plaats de onvrijwillige opname geregeld (Raad voor de Volksgezondheid, 1997, pag. 65). Hiervoor zijn in het algemeen een rechterlijke machtiging door een rechter of in spoedgevallen een inbewaringstelling door een burgemeester vereist. Een rechterlijke machtiging wordt afgegeven voor een periode van zes maanden. De vier criteria waaraan moet worden voldaan bij een onvrijwillige opname zijn: er moet sprake zijn van een stoornis, er moet sprake zijn van ernstig gevaar (voor zichzelf of voor anderen), er is geen bereidheid vrijwillig mee te werken én het moet het 'ultimum remedium' (uiterste redmiddel) zijn. Er moet een behandelingsplan worden opgesteld dat gericht is op een zodanige verbetering van de stoornis dat het gevaar waardoor de opname noodzakelijk werd, wordt weggenomen. Zolang er nog geen overeenstemming is met de patiënt of diens vertegenwoordiger over het behandelingsplan, is onder bepaalde voorwaarden dwangbehandeling mogelijk. In noodsituaties kunnen daarnaast ook gedurende maximaal zeven dagen andere middelen en maatregelen worden ingezet dan in het behandelingsplan waren aangegeven, zoals afzondering, separatie, fixatie, medicatie en toediening van vocht en voeding. Binnen deze periode van zeven dagen moet het behandelingsplan worden bijgesteld. Dwangbehandeling en het toepassen van middelen en maatregelen moeten worden gemeld bij de Inspectie.

De Wet Bopz was totstandgekomen na een voorbereidingsperiode van twintig jaar nadat begin jaren zeventig was besloten tot een vervanging van de Krankzinnigenwet. In de Wet Bopz werd met name de rechtspositie van de gedwongen opgenomen patiënt geregeld. Deze rechtspositie kon ertoe leiden dat op grond van het zelfbeschikkingsrecht de gedwongen opgenomen patiënt verder niet behandeld kon



Juridische en medisch-ethische kaders

worden, omdat hij zelf niet met de behandeling instemde en verder na opname ook geen ernstig gevaar meer opleverde. Ook was het moeilijker geworden om zwerfende psychiatrische patiënten op te nemen. Zij die 'verkommerden en verloederden' konden, als ze dat niet zelf wilden en niet direct gevaar opleverden, niet gedwongen worden behandeld.

In de loop van de jaren werd dan ook steeds duidelijker dat het zelfbeschikkingsrecht zoals dat was vastgelegd in de Wet Bopz, leidde tot een toename van patiënten die elke behandeling weigerden, op straat rondzwierven of regelmatig in de separeercel belandden. Daarom is de afgelopen tien jaar door de wetgever gewerkt om de mogelijkheden voor dwangopname en dwangbehandeling in de Wet Bopz stapsgewijs te verruimen. De discussie zowel in het parlement als in de maatschappij werd daarbij jarenlang beheerst door het dilemma tussen enerzijds het recht op vrijheid van ieder individu en anderzijds de verantwoordelijkheid van de overheid voor het bieden van de noodzakelijke zorg. De laatste jaren is de roep om meer maatschappelijke veiligheid daarbij gekomen. De 'zorgwekkende zorgmijders' zorgden namelijk ook nog wel eens voor maatschappelijke overlast die steeds minder getolereerd werd. Daarbij verschoof het 'gevaarscriterium' (iemand opnemen of behandelen die een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving oplevert) weer wat op naar het 'bestwilcriterium' (ook al wil men niet, 'doctor knows best').

Beroepsorganisaties en familieverenigingen hielden daarnaast druk op de politiek, omdat de juridische beperking van de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt te vaak leidde tot een situatie waarin er niet kon worden behandeld, terwijl dat wél noodzakelijk was. Zo werd in 2002 een wetwijziging aangenomen om behandeling gemakkelijker af te kunnen dwingen zonder gedwongen opname in de kliniek en om 'verkommerden en verloederden' met een stoornis tegen hun wil op te kunnen nemen ter observatie. Aan de Wet Bopz werden daartoe een voorwaardelijke machtiging en een observatiemachtiging toegevoegd. Het gevaarscriterium werd verruimd door 'ernstig gevaar' te reduceren tot 'gevaar'. Maar voorop bleef staan dat de lichamelijke integriteit moest worden gerespecteerd, en dat dwangopname als minder ingrijpend werd gezien dan dwangbehandeling.

"Met het schrappen van het woordje "ernstig" is een baken van betekenis verzet. Het staat op zichzelf buiten twijfel dat dwangopname nog geen vrijbrief betekent voor dwangbehandeling en dat dwangbehandeling als zodanig nog steeds dieper ingrijpt op de lichamelijke integriteit dan dwangopname en dus met een grotere mate van zorgvuldigheid omgeven dient te zijn." (Eerste Kamerlid Hessing, D66, 2 juli 2002)

Met name vanuit de patiëntenverenigingen zoals Stichting Pandora was er verzet tegen de observatiemachtiging (PandoraNieuws, april 2004). Zij waren van mening dat het niet aan de Wet Bopz lag dat mensen in crisissituaties onvoldoende geholpen konden worden, maar juist het ontbreken van adequaat zorgaanbod. Zij stonden op het standpunt dat dwang bij hulpverlening aan mensen in een crisis in veel gevallen traumatiserend werkte en ertoe zou kunnen leiden dat mensen in de toekomst nog meer de zorg zouden proberen te mijden. Ook veel politici waren zich terdege hiervan bewust: *"Hier zal het middel vaak erger dan de kwaal zijn. Als men weer ontslagen wordt van die observatiemachtiging heeft men vaak een nog grotere agressie tegen alle hulpverleners."* (Eerste Kamerlid Van Leeuwen, CDA, 2 juli 2002). Bij amendement van D66 werd besloten de invoering van de observatiemachtiging uit te stellen en eerst een jaar lang te registreren in welke gevallen deze machtiging soelaas had kunnen bieden. Nog enkele jaren lang werd er aan de voorwaardelijke machtiging en de observatiemachtiging geschaafd. De laatste wijziging van de voorwaardelijke machtiging is in 2008 door de Eerste Kamer aangenomen. Hierbij werd de strikte eis dat de patiënt zelf moet instemmen met de voorwaarden ter voor-koming van dwangopname vervangen door het veel ruimere begrip dat de voorwaardelijke machtiging ook kan gelden voor patiënten waarvan de rechter mag aannemen dat zij met de voorwaarden zullen instemmen, ook al hebben ze daartoe de bereidheid niet uitgesproken.

In 2006 werd het begrip 'zelfbinding' geïntroduceerd in de wet. Zelfbinding wil zeggen dat de patiënt in een verklaring zelf aangeeft onder welke omstandigheden mag worden overgegaan tot dwangbehandeling. Nog in 1997 had de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de

Juridische en medisch-ethische kaders

minister van VWS geadviseerd dat de tijd nog niet rijp was voor het juridisch mogelijk maken van zelfbinding, omdat een dergelijke bepaling indruiste tegen de gangbare juridische praktijk dat een eenmaal gegeven toestemming altijd herroepbaar moest zijn (Raad voor de Volksgezondheid, 1997, pag. 3). Bijna tien jaar later werd de mogelijkheid tot dwangopname of dwangbehandeling van psychiatrische patiënten als zij zich daartoe eerder in een wilsbekwame periode bereid hadden verklaard, dus wel in de wet opgenomen.

In 2007 gaf de derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz aan de minister 41 aanbevelingen mee ter verbetering. Eén van die aanbevelingen betrof de wilsbekwaamheid, deze werd steeds belangrijker nu de wet steeds meer opschoof in de richting van dwangbehandeling: *“Een belangrijke aanbeveling is dat wij van mening zijn dat de wilsbekwaamheid een veel grotere rol moet spelen in de Wet Bopz. Wilsbekwame weigering van behandeling dient gerespecteerd te worden.”* Aldus mr. dr. R.B.M. Keurentjes, voorzitter van de evaluatiecommissie bij de aanbieding van het evaluatierapport ‘Voortschrijdende inzichten’ aan de ministers Hirsch Ballin en Klink (VWS) op 25 mei 2007. Zo zien we de slinger tussen vrijheid van de patiënt en verantwoordelijkheid vóór de patiënt langzaam heen en weer gaan. Ook adviseerde de evaluatiecommissie om een onafhankelijke commissie psychiatrische zorg in te stellen, bestaande uit een psychiater, een jurist en een deskundige die de belangen van de patiënt, familie en/of maatschappij vertegenwoordigt, om per patiënt passende zorg vast te stellen. Eerder al in 2005 had GGZ Nederland samen met de NVvP en de KNMG gepleit voor het instellen van adviescommissies voor een zorgvuldige besluitvorming inzake dwangbehandeling. In 2008 beloofden de ministers Klink en Hirsch Ballin dat deze commissies er in enkele regio's zouden komen. De adviescommissies komen weer terug in de voorstellen die moeten leiden tot een wet die de Wet Bopz gaat vervangen. In de brief van 23 september 2008 aan het parlement schreef minister Hirsch Ballin over het concept van deze nieuwe wet. Als nadeel van de oude wet noemde hij hierin het feit dat er binnen de Wet Bopz inmiddels zeven verschillende soorten machtigingen bestonden die allemaal hun eigen ingewikkelde procedures kennen. Hiervoor in de plaats moet één zorgmachtiging gaan komen, die door de rechter wordt afgegeven op verzoek en na advies door een multidisciplinaire commissie die de psychiatrische problematiek vanuit de verschillende perspectieven van patiënt, familie, zorgverlener en maatschappij moet belichten. Dit zou dan in de plaats moeten komen van de monodisciplinaire benadering die nu vanuit de Wet Bopz wordt gehanteerd.

De ethiek

De ethiek is vooral verbonden met de rol van de psychiater. De psychiater kan in drie rollen optreden binnen de Wet Bopz: als behandelaar, als deskundige die een verklaring afgeeft aan de rechter over een dwangopname of als geneesheer-directeur die verantwoordelijk is voor de medische zorg binnen zijn instelling.

De Nederlandse psychiaters zijn verenigd in de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie). Deze beroepsorganisatie is in 2008 gekomen met de Richtlijn besluitvorming dwang waarin dwangmedicatie als goed alternatief voor separeren werd gepresenteerd (van Delft, 2009). De NVvP stelde hierin dat van het separeren zelf nauwelijks therapeutische werking uitgaat en zelfs tot post-traumatische stressstoornissen kan leiden (van Kerkhof, 2009). In de Richtlijn gaat de NVvP uiteraard ook in op de medisch-ethische achtergronden van dwangtoepassingen. In de eerste plaats moet de psychiater de dwangtoepassing toetsen aan drie algemeen-juridische principes die - hoewel niet expliciet wel impliciet - in de wetgeving terug te vinden zijn: het subsidiariteits-, het proportionaliteits- en het doelmatigheidsprincipe. Het subsidiariteitsprincipe wil zeggen dat een ingrijpende maatregel alleen mag als een lichtere maatregel niet volstaat. Het proportionaliteitsprincipe houdt in dat een maatregel in verhouding moet staan met het te voorkomen gevaar. En het doelmatigheidsprincipe wil zeggen dat een maatregel effectief moet zijn in het afwenden van het gevaar (van Tilburg, 2008, pag. 37). Het ethische kader waarbinnen dit dient te geschieden wordt

Juridische en medisch-ethische kaders

geschetst in hoofdstuk 4 aan de hand van de 'vier-principes-ethiek' van Beauchamp en Childress (1994): respect voor autonomie, niet schaden, weldoen en het toepassen van rechtvaardigheid. Deze medisch-ethische principes kunnen bij dwangtoepassing gemakkelijk met elkaar botsen. Het respecteren van de autonomie kan ertoe leiden dat de patiënt ernstig nadeel ondervindt, omdat hij de noodzakelijke behandeling weigert. In hun artikel 'Autonomie in de psychiatrie' in het Tijdschrift voor psychiatrie (2000-6) gaan Widdershoven, Berghmans en Molewijk hier verder op in. Zij stellen dat het ethische beginsel van respect voor de autonomie van de patiënt een te eenzijdige invulling heeft gekregen vanuit een 'negatief' vrijheidsconcept. De verschillende vrijheidsconcepten die zij hanteren zijn ontleend aan de filosoof Isaiah Berlin (1969). Een negatief vrijheidsconcept houdt in dat iemand 'vrij is van...', een positief vrijheidsconcept houdt in dat iemand 'vrij is tot...'. Bij een negatief vrijheidsconcept hoort het juridische begrip van zelfbeschikking, zoals bijvoorbeeld het 'recht om met rust gelaten te worden'. Bij een positief vrijheidsconcept hoort zelfontplooiing, het vermogen van een persoon om een leven te leiden overeenkomstig de eigen redenen, doelen en plannen.

Centraal staat de vraag of de patiënt volledig geïnformeerd is, wilsbekwaam is én toestemt in de behandeling. Stel een patiënt wil voortdurend in bed blijven liggen en nooit aan de dagactiviteiten deelnemen. Als er verder geen gevaar dreigt en als de patiënt wilsbekwaam is, moet dit dan gerespecteerd worden, omdat het zijn uitdrukkelijke wens is en hij er zelf voor gekozen heeft om zo de dag door te brengen? Of moet dit gezien worden als het aan zijn lot overlaten van de patiënt zonder hem voldoende te stimuleren zijn eigen mogelijkheden te vergroten? Met andere woorden: autonomie van de patiënt is niet beperkt tot het zelfstandig kunnen beslissen over wat hij wel of niet wil, deze zelfstandigheid moet ook nog eens ondersteund worden door de kennis van en beschikking over voldoende mogelijkheden. Een hongerlijdende inwoner van de Sahel kun je ook niet verwijten dat hij te weinig eet. Widdershoven e.a. waarschuwen wel voor paternalisme (het bestwilprincipe). De behandelaar moet in hun visie alle mogelijkheden onderzoeken zónder vooraf te weten wat goed is voor de patiënt. En alleen door het te onderzoeken, kan hij erachter komen.

Toezicht en inspectie

Toezicht wordt gehouden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In psychiatrische instellingen wordt elke separatie geregistreerd en geëvalueerd. Dwang- en noodseparaties worden gemeld aan de Inspectie. Alleen in gevangenissen is dat nog niet het geval. De Inspectie heeft er in een rapport op gewezen dat dit medische risico's kan inhouden (Weeda, 2010).

Het toezicht onder leiding van een eigen Hoofdinspecteur Geestelijke Volksgezondheid is er sinds enige jaren niet meer. De vroegere scheiding tussen de reguliere gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg is daarmee vervallen. Daarnaast moet wel worden geconstateerd dat de capaciteit van de toezichthoudende organisatie is afgenomen doordat het aantal als psychiaters opgeleide inspecteurs teruggelopen is van negen naar drie. (Trouw, 10 februari 2006) De Inspectie kan met gefaseerde, oplopende maatregelen een instelling dwingen om de zorg te verbeteren. Als een instelling geen verbetering laat zien, kan de Inspectie verscherpt toezicht instellen en haar bevindingen openbaar maken (van Delft, 2009). Helpt dit niet, dan kan de Inspectie een bevel geven, zoals een bevel tot sluiting. Een dergelijk bevel is zeven dagen geldig waarna de minister van VWS het bevel moet overnemen. Ook kan de Inspectie de minister adviseren om een aanwijzing te geven, die meestal gepaard gaat met een last onder dwangsom.

Klachtencommissie en patiëntenvertrouwenspersonen

Binnen de Wet Bopz is geregeld dat patiënten hun klachten kunnen voorleggen aan de klachtencommissie van de instelling waar zij verblijven. Veel patiënten laten zich hierbij begeleiden door een patiëntenvertrouwenspersoon. In 1981 werd de Stichting PVP opgericht om de rechtspositie van patiënten te ondersteunen. In heel Nederland werken ruim vijftig onafhankelijke patiëntenvertrouwenspersonen die zich bezighouden met klachten en vragen van patiënten.

Invloed van de media

Media kunnen een belangrijke rol spelen in het aan de kaak stellen van misstanden in de zorg. Een voorbeeld hiervan zijn de foto's van de naakte en vastgebonden verstandelijk beperkte Jolanda Venema die in 1988 op verzoek van haar radeloze ouders in de kranten geplaatst werden. Het land werd geconfronteerd met de beklemmende keuzes die gemaakt moesten worden in de gehandicaptenzorg. In een neergaande spiraal was de behandeling van Jolanda Venema uitgelopen op een mensonterende situatie. Uit onmacht werd ze geïsoleerd. De foto van haar situatie toonde onomwonden aan hoe zwaar de zorg het had met zeer moeilijk behandelbare cliënten. NRC Handelsblad en de Volkskrant noemen haar achtereenvolgens 'symbool van vooruitgang' en 'de aanleiding tot omslag in de zwakzinnigenzorg'. Daarvoor was de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap een gesloten bolwerk: politiek noch publiek waren zich bewust van de misstanden. In de gehandicaptenzorg is sindsdien belangrijke vooruitgang geboekt. Twintig jaar later deed zich iets soortgelijks voor ten aanzien van de psychiatrie. Op 2 september 2008 overleed de 47-jarige schizofrene patiënt Wim Maljaars in de separeerkamer van het SPDC Oost in Amsterdam. Eerst werd gedacht aan een natuurlijke dood, maar na autopsie bleek dat hij was gestikt in een stukje brood. Hij was urenlang alleen gelaten zonder adequaat toezicht. De dood van Maljaars zorgde voor een schokgolf van publiciteit over de separeer die nog een jaar lang in kleinere golfjes zou voortdeinen.

Jeroen Muller, bestuursvoorzitter van Arkin, de overkoepelende zorginstelling waar het SPDC Oost onderdeel van was, vertelde in actualiteitenrubriek Nova dat hij pas op 18 september hoorde van het incident dat zich twee weken eerder had afgespeeld. Ook de Inspectie was pas tien dagen na het overlijden van Maljaars op de hoogte gesteld, omdat in eerste instantie was uitgegaan van een natuurlijke doodsoorzaak en men er onterecht van uitging dat het incident dan niet gemeld hoefde te worden (NRC, 20 september 2008). Het verantwoordelijk lid van de Raad van Bestuur trad terug, de directeur zorg werd per direct ontslagen en drie personeelsleden van het SPDC Oost werden op non-actief gesteld. Nadat een andere patiënte van het SPDC Oost nog in diezelfde maand een geslaagde zelfmoordpoging had gedaan, besloot Arkin de kliniek per direct te sluiten. De Inspectie had al eerder aangetoond dat het personeel overbelast en te laag gekwalificeerd was, dat patiënten vaak direct bij opname in de separeer belandden en dat de ruimtes in het separeerblok er verwaarloosd uitzagen (Trouw en NRC, 23 september 2008).

In de Tweede Kamer werd naar aanleiding van het incident in Amsterdam op 1 oktober 2008 een spoeddebat gehouden over fixatie- en separeerbeleid in zorginstellingen. Er werden ook vragen gesteld over het functioneren van de toezichthoudende rol van de Inspectie, nadat de dag daarvoor de Stichting PVP in een eigen inventarisatie had gesteld dat er nog minstens 10 instellingen net zo slecht presteerden als het SPDC Oost (Psy, januari 2009). Ook familievereniging Ypsilon reageerde op het incident door het houden van een meldweek separeerpraktijk om erachter te komen of het drama in Amsterdam ook elders in het land zou kunnen voorkomen (persbericht Ypsilon, december 2008). Op basis van 150 ervaringen was dat wel de conclusie van voorzitter Marja Hasert: *"Al te snel wordt separeren gezien als iets technisch, iets afstandelijks. maar separeren is mensenwerk, net als gesepareerd worden. Alles staat of valt bij het houden van contact: steeds vaker een schaars goed in de zorg. Wie daarin faalt, kan erop wachten dat er ongelukken gebeuren."* Naast deze zorg, kwam de vereniging ook met suggesties: noodknoppen moeten werken, personeel moet voldoende geschoold zijn, medicatie moet goed worden gecontroleerd én alternatieven moeten onderzocht worden.

Invloed van de media

Op de tv was de separatie in de periode hierna een dankbaar onderwerp van indringende documentaires en bezorgde actualiteitenprogramma's. Een greep hieruit:

- Op 25 september 2008 toonde Netwerk videobeelden van een autistische jongen die al drie maanden lang in de isoleercel van de Kliniek voor Intensieve Behandeling van AMC De Meren zat. Zijn familie maakte de opnamen van de naakte en geautomutileerde jongen, omdat hij al die tijd niet werd behandeld en ze bang was dat hij het niet zou redden.
- Op 14 december 2008 vertoonde Zembla een documentaire over de beveiligde afdeling van gehandicapteninstelling Abrona waar 24 sterk gedragsgestoorde en licht verstandelijk gehandicapte bewoners door gebrek aan personeel soms uren op hun kamer moesten blijven of zelfs maandenlang in de isoleercel verbleven. Abrona werkte zelf mee aan deze documentaire om te laten zien dat de zorg tekortschoot door de beperkte budgetten (Trouw, 13 december 2008).
- Op 7 april 2009, aan de vooravond van een Algemeen Overleg over dwang en drang in de Tweede Kamer, presenteerde de actualiteitenrubriek Nova nieuwe cijfers over het aantal separaties. Volgens de Inspectie zouden 151 patiënten langer dan een jaar gesepareerd zijn, terwijl eerder door de Inspectie was aangegeven dat er dit 29 waren. Minister Klink legde de volgende dag in de kamer uit hoe die verschillen geïnterpreteerd moesten worden doordat in het getal van 151 ook de langdurige afzonderingen waren meegeteld en dat het aantal langdurige separaties toch echt duidelijk afnam. Wel drongen verschillende politieke partijen aan op een nog snellere afname in de komende jaren. Hieraan werd door het veld ook al jarenlang gewerkt, zoals in het hoofdstuk cultuuromslag hierna wordt aangegeven. (figuur 16)

De cultuuromslag: van beheersen naar voorkomen

De afgelopen tien jaar heeft er een cultuuromslag plaatsgevonden in Nederland. Werd tien jaar geleden de separeer nog gezien als een onmisbaar onderdeel in de reeks van middelen en maatregelen die de psychiatrie ten dienste stonden in de behandeling van een patiënt in crisis, nu, anno 2010 is dat allang niet meer vanzelfsprekend. Zonder uitpuittend te zijn geeft dit hoofdstuk een zeer kort overzicht van deze cultuuromslag.

Eerst iets over het denken ten aanzien van separeren tegen het einde van de vorige eeuw. Separeren werd gezien als te prefereren boven dwangmedicatie, omdat bij separeren de lichamelijke integriteit niet zou worden aangetast. Daarnaast zag men in separeren een therapeutisch doel, namelijk het tot rust komen van de patiënt en het herstellen van rust en structuur op de afdeling.

Drs. Bert Lendemeijer schrijft in 1999 in Psychopraxis (01-1999, p. 18-22) over een onderzoek onder verpleegkundigen ten aanzien van separeren. Hij schrijft daarin over de doelen van separatie: *“De geïnterviewde verpleegkundigen ervaren separatie als een effectieve interventie met een tweeledige doelstelling. Primair doel is het hanteren van patiëntengedrag, zodat een ‘therapeutisch milieu’ met rust, veiligheid en structuur op de afdeling wordt hersteld of gehandhaafd. Secundair doel is het creëren van een situatie met mogelijkheden voor therapeutische activiteiten voor de individuele patiënt. Een patiënt in crisis wordt veelal beschouwd als iemand met gebrek aan mogelijkheden om tot rust te komen. Dit laatste zou een belangrijke voorwaarde zijn voor herstel en daarbij is separatie een belangrijk hulpmiddel.”* In de aanhef schrijft hij nog: *“Iedereen zal erkennen dat met de toepassing van separatie een therapeutisch doel gediend moet zijn. In een studie naar de motieven van verpleegkundigen om tot separatie over te gaan en de factoren die hierbij een rol spelen, blijkt echter dat onvoldoende duidelijk is vanuit welke visie of motief men separatie toepast”*. Dit laatste wordt in de jaren daarna door veel deskundigen en niet-deskundigen steeds vaker in twijfel getrokken, al heel vroeg door bijvoorbeeld dr. Bert van der Werf. Vanaf het begin van het decennium worden deze twijfels steeds sterker geuit. Er is sprake van een cultuuromslag binnen de geestelijke gezondheidszorg van de nadruk op beheersing naar meer betrokkenheid bij patiënten (Henskens, 2009, pag. 441). In tien jaar tijd is er een heel andere wind gaan waaien in de psychiatrie.

In die periode werd door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen een bouwmaatstaf voor de bouw van separeerkamers uitgebracht. Deze bouwmaatstaf werd door alle instellingen keurig gevolgd. Voor afzonderingskamers bestond zo'n norm niet en die kamers waren dan ook diverser van aard. In januari 2004 concludeerde de Inspectie in haar evaluatierapport over de Wet Bopz (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2004) dat in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten de afzonderingskamers lang niet allemaal voldeden aan de gestelde eisen ten aanzien van het oppervlak en de veiligheid. De onderzochte separeerkamers voldeden wel in ruime mate aan de eisen zoals die zijn geformuleerd in de maatstaf van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Wel constateerde de Inspectie dat er nog vooruitgang te boeken is op het gebied van hygiëne en sanitair (pag. 58).

In december 2005 publiceren de onderzoekers Stolker e.a. (Stolker, 2005) de bevindingen van hun onderzoek naar de relatie tussen het gebruik van psychofarmaca en isolatie bij 996 patiënten in de periode 1997-1999 in het tijdschrift Psychology, Crime & Law (december 2005; 11 (4): 489-495). 28,6% van de psychotische patiënten kreeg te maken met isolatie. De gemiddelde tijd tussen opname en isolatie was voor de groep die psychofarmaca gebruikte 7 dagen. Voor de groep die geen psychofarmaca gebruikte was dat 2,5 dag. Een substantieel deel van de patiënten die werden gesepareerd, kregen tijdens of na de separatie alsnog psychofarmaca. In het artikel werd het vermoeden uitgesproken dat een vroegere start met psychofarmaca wellicht separatie had kunnen voorkomen. Separeren staat vanaf het begin van de 21ste eeuw sterker onder druk.

De cultuuromslag: van beheersen naar voorkomen

Project Dwang en Drang 2002-2009

Een zeer belangrijke rol in het terugdringen van separeerkamers is gespeeld door GGZ Nederland. Al in april 2002 startte GGZ Nederland met het project 'Dwang en drang: het terugdringen van separaties en vrijheidsbeperkende maatregelen in de GGZ in Nederland'. Het streven was om het aantal separaties jaarlijks met 10% terug te dringen. In juni 2006 kwam er een vervolg op dit project waarin uiteindelijk 42 instellingen participeerden die gezamenlijk van de overheid een stimuleringssubsidie kregen van 5 miljoen euro per jaar om het aantal separaties terug te dringen. Vanaf januari 2008 gingen een aantal van deze instellingen hun vrijheidsbeperkende maatregelen beter registreren. Met de registratiemethode Argus werden er 50% meer vrijheidsbeperkingen geregistreerd dan met de gangbare beperkte methode van de middelen- en maatregelenregistratie van de Inspectie.

In december 2008 werden de resultaten gepresenteerd op een congres dat ook zeer toepasselijk: 'Van beheersen naar voorkomen' heette. "Het vergt een echte cultuuromslag", zei Marleen Barth, voorzitter van GGZ Nederland in NRC van 6 december 2008, *"de knop is inmiddels wel om, maar we zijn er nog niet. Er is nog veel werk te doen de komende jaren"*. Met methoden als crisiskaarten, signaleringsplannen en zelfbindingscontracten is enorme vooruitgang geboekt in het eerder en beter ingrijpen bij een dreigende psychose. Daarnaast zijn zeer veel instellingen bezig met ruimtelijke aanpassingen zoals comfortrooms, high care-units en het opheffen van de verpleegpost. Kleine groepen en intensivering van de zorg in high care-units verminderden het aantal separaties drastisch zoals bij GGZ Westelijk Noord-Brabant waar in eerste instantie zes patiënten meer dan de helft van hun opnameduur in de separeer verbleven terwijl in de periode van high care slechts één patiënt gedurende één dag in de separeer verbleven had.

De minister van VWS, Ab Klink, zegde nogmaals 5,3 miljoen euro subsidie toe voor voortzetting van de projecten 'Dwang en drang' in 2009. GGZ Nederland gaf aan zo snel mogelijk met een standaard te komen voor goed functionerende intensive care-afdelingen binnen de psychiatrie. Deze veldnorm voor de intensive care wordt gepresenteerd op het congres 'Van beheersen naar intensive care' op 11 maart 2010 in Nijkerk.

Enkele voorbeelden van deze cultuuromslag:

Parnassia Bavo Groep begon in 2006 met het project 'Gastvrije zorg'. In Trouw (19 juli 2008) doet Nicole Lucas verslag van de bevindingen in het Klinisch centrum acute psychiatrie. *"Maak dat mensen zich welkom, veilig en prettig voelen"*, zegt verpleegkundige Carla Sanders. Deskundigen uit het hotelwezen legden uit hoe de gastvrijheid kon worden verbeterd. Er kwam vrolijk servies, er kwam sfeerverlichting in plaats van tl-licht. De bejegening van de patiënten werd veranderd, meer gastvrij zoals iemand vragen of hij eerst iets eten wil vóórdat alle formulieren voor een opname worden ingevuld, sneller reageren op een opkomende psychose, etc. Het gebruik van de separeer werd gehalveerd.

Voor het personeel maakte GGZ Oost-Brabant in 2008 een folder met suggesties van denkbeeldige cliënten en familieleden. Enkele citaten: *"Biedt me alternatieven aan als dat kan, bijvoorbeeld een comfortroom, extra begeleiding of laat me op een andere manier emoties afreageren. Hardlopen of andere sporten kunnen een prima uitlaatklep zijn."*; *"Luister naar familieleden en benader ons. Vraag naar de gebruiksaanwijzing en de geschiedenis van ons familielid. Wij hebben zoveel informatie."*; *"Privacy is belangrijk, maar bedenk wat het betekent wanneer je niets weet van de toestand van je liefste. Vertel ons in ieder geval wat je kunt of mag vertellen."*

De cultuuromslag: van beheersen naar voorkomen

Nieuwe psychiatrische klinieken worden al separeervrij gebouwd. Zo is de nieuwe Kliniek voor langdurige intensieve zorg van GGZ-instelling Inforsa in Amsterdam gebouwd zonder separeer maar met comfortrooms (Trouw, 5 februari 2010).

De Gelderse Roos wil in 2010 geheel separeervrij zijn. De ontwikkelingen zijn hier begonnen in de kliniek Siependaal in Tiel. Geen separeers maar intensive care-units of comfortrooms. Geen verpleegpost meer maar verpleegkundigen die op de afdeling contact houden met de patiënten. Justine Theunissen, psychiatrisch verpleegkundige bij Siependaal, kreeg voor haar inzet om de separaties terug te dringen én voor haar talenten op verpleegkundig terrein in 2007 de Johannes van Duurenprijs (Psy, september 2007). (figuur 17)

Dat overigens nog lang niet alle instellingen op weg zijn om volledig separeer-vrij te worden blijkt uit het rapport 'Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg' van de Inspectie voor de gezondheidszorg uit december 2008 (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2008). Veertig van de 140 psychiatrische opnameafdelingen in Nederland waren door de Inspectie tussen april en juli 2008 onderzocht op hun beleid ten aanzien van het separeren op de eerste dag van opname. Een derde van de bezochte instellingen besteedde systematisch aandacht aan het terugdringen van separaties en slaagden daar ook in. Een derde van de instellingen hadden wel al initiatieven genomen, maar nog niet geïmplementeerd. Het overige eenderde deel van de instellingen vertoonde gebreken in de zorg, bij één zelfs zodanig 'dat de Raad van Bestuur in kwestie op eigen initiatief besloot de afdeling te sluiten'. Deze laatste was het SPDC Oost in Amsterdam waar enkele maanden daarvoor iemand in de separeer was overleden.

Het voorgaande lijkt te wijzen op een geëffende weg in de richting van een separeervrij Nederland. Maar zo gemakkelijk is dat niet. In de eerste plaats zijn de alternatieven ook niet altijd te verkiezen. Dit is inmiddels ook al wel in onderzoeken aangetoond. Zo schrijft bijvoorbeeld Elnathan Prinsen, psychiater in opleiding, in Trouw van 1 mei 2009 dat maatregelen die in andere, ons omringende landen worden toegepast zoals fysieke, mechanische of chemische fixatie (vasthouden, vastbinden of platspuiten) niet aantoonbaar beter of slechter zijn dan separatie. Ook haalt hij aan dat in grote onderzoeken lang niet alle patiënten negatief zijn over het separeren. Dat laatste wordt ook ondersteund door Welles en Bij 't Vuur in het themanummer van het Maandblad Geestelijke volksgezondheid uit juni 2009 dat gewijd is aan dwang in de psychiatrie (pag. 515). Zij halen Veldkamp e.a. aan (Patients' preferences, for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency wards in the Netherlands, Psychiatric Services, 59, 209-211) die in hun onderzoek hebben gevonden dat van de patiënten die dwang hebben meegemaakt 53% dwangmedicatie erger vindt dan separatie tegen 39% die separatie erger vindt dan dwangmedicatie. De overige patiënten vinden een andere vorm van dwang erger dan dwangmedicatie en separatie. Men wordt dan toch wel enigszins nieuwsgierig naar wat dat dan wel kan zijn!

In het redactioneel commentaar van het themanummer Dwang in de psychiatrie van het Maandblad Geestelijke volksgezondheid uit juni 2009 werd de stand van zaken kort samengevat: *"de IGZ concludeerde dat het gebruik van separatie minder samenhangt met opname-druk of grootstedelijke problematiek dan met afdelingsculturen"* en: *"het is waken voor substitutie door dwangmedicatie"*. De verschuiving van het beheersen van crises naar het voorkómen ervan, vergt volgens de redactie voortdurende training, monitoring, evaluatie en reflectie, individueel en op teamniveau.

De Nederlandse psychiaters die verenigd zijn in de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) kwamen in 2008 met de Richtlijn besluitvorming dwang waarin dwangmedicatie als goed alternatief voor separeren werd gepresenteerd (van Delft, 2009, pag. 39). *"Uit*

De cultuuromslag: van beheersen naar voorkomen

onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de patiënten de voorkeur geeft aan medicatie boven separatie, als noodingreep. Dat betekent echter ook, dat een substantieel deel van de patiënten de voorkeur geeft aan separatie boven noodmedicatie. Het is aangewezen dat te respecteren. Separatie is echter geen alternatief voor medicamenteuze dwangbehandeling: het therapeutische effect daarvan is zelfs nooit aannemelijk gemaakt. Het is een beveiligingsmaatregel, die men soms noodgedwongen moet opnemen in het behandelplan als zij langer dan zeven dagen moet duren. Langer durende separaties wijzen op een vastgelopen of niet effectieve therapie en vragen uitgebreide evaluatie en een second opinion. Er komen steeds meer aanwijzingen dat separeren zeer traumatisch kan werken en de oorzaak kan zijn van een posttraumatische stressstoornis (PTSS).” (Psy, januari 2009) Tijdens het congres ‘Van beheersen naar zorg’ op 11 december 2008, bij de presentatie van de resultaten van drie jaar terugdringen van dwang en drang, bleek overigens al dat bij de zeven klinieken die volgens het nieuwe registratiesysteem over betrouwbare cijfers beschikten, dat weliswaar het aantal separaties met 40% afnam, maar dat dwangmedicatie met enkele procenten toenam (Psy, december 2008).

Naast het gevaar van dwangmedicatie in plaats van separeren is er ook nog sprake van een gelijktijdige ontwikkeling naar meer dwangbehandeling in Nederland gaande, gevoed door maatschappelijke onrust over zwervende psychiatrische patiënten, de ‘verloederden en verkommerden’ oftewel de zorgwekkende zorgmijders. Om voor hen meer te kunnen doen, werd de Wet Bopz in fases aangepast. Hiertegen komt vooral oppositie uit de hoek van de patiëntenverenigingen.

In een brief van 6 april 2004 vraagt de Stichting Pandora aan minister Hoogervorst om bij de wijzigingen of vervanging van de Wet Bopz voorzichtig te zijn bij het verruimen van de mogelijkheden van dwangopname en dwangbehandeling. Het moet naar de mening van Stichting Pandora niet zo zijn dat overlastgevers op één lijn worden gesteld met mensen met een psychiatrische stoornis. Ze noemt in dit verband de uitspraken van psychiater Remmers van Veldhuizen in NRC van 18 maart 2004, die er voor pleit “dat er meer ruimte moet komen voor dwangbehandeling in een eerder stadium, allereerst van ambulante patiënten” en van mening is “dat we niet moeten terugschrikken voor een meer paternalistische bemoeienis voor wilsonbekwame patiënten”. De Stichting Pandora bepleit juist het alternatief van meer laagdrempelige opvang. Ondanks deze protesten gingen de wetswijzigingen gewoon door. “Vrijwel geruisloos heeft de Tweede Kamer deze week het tij gekeerd in een veertig jaar oude discussie. De overheid heeft de macht teruggekregen om psychiatrische patiënten gedwongen te behandelen”, schreef Antoinette Reerink op 2 februari 2007 in NRC Handelsblad naar aanleiding van verruiming in de Wet Bopz ten aanzien van de machtigingen om patiënten eerder te kunnen opnemen of te kunnen behandelen buiten de kliniek tegen hun wil.

De cultuuromslag van beheersen naar voorkómen is dus complexer en bevat meerdere lagen. Er is een sterke beweging om niet of minder gebruik te willen maken van de separeer. Maar er is ook een beweging gaande naar meer dwangbehandeling. Beide gaan voorlopig ook gepaard met het gebruik van meer psychofarmaca. Dat de patiënten daar niet allemaal op zitten te wachten is hierboven ook al duidelijk gemaakt. Bovendien is het niet eens zo dat er altijd gekozen wordt tussen óf separeren óf medicatie. Uit de ervaringsverhalen wordt wel duidelijk dat het in de praktijk ook heel vaak op separeren én medicatie aankomt. Des te belangrijker is het om ook zeer veel aandacht te vragen voor ander ruimtegebruik binnen de instellingen.

Dwangtoepassing in de EU

Er is in Nederland een historische voorkeur voor separatie. In andere Europese landen worden psychiatrische patiënten minder vaak gesepareerd. In veel landen wordt separatie dan ook niet als de meest voor de hand liggende dwangmaatregel beschouwd, ook als agressie niet kan worden voorkomen. Het buitenland kijkt verbaasd naar het Nederlandse separeerbeleid en er wordt op Europees niveau geadviseerd separatie slechts te gebruiken wanneer het strikt noodzakelijk is. (Council of Europe, 2000; Ruitenbeek en ten Cate, 1995; Hesta, 2001; van der Werf, 2001; Vorselman, 2004).

Onbekend maakt onbemind en landen die geen separeercellen kennen, kijken vreemd naar onze separeercellen (van der Werf, 2009, pag. 477). Toch wordt er in het buitenland ook veelvuldig gebruik gemaakt van dwangmaatregelen. Dwangmedicatie houdt de separatiecijfers in andere landen laag. Waar in het buitenland veel minder wordt gesepareerd of zelfs separatie verboden is, wordt meestal dwangmedicatie meer toegepast dan in Nederland. In de meeste klinieken in Nederland wordt eerst separatie toegepast en pas daarna, als het gevaar nog niet geweken is, dwangmedicatie (Stolker, 2004). Dit is direct gerelateerd aan de Nederlandse wetgeving: bij gedwongen opname hoeft de patiënt niet akkoord te gaan met de voorgestelde behandeling. In veel Europese landen is de wetgeving anders: de patiënt wordt niet door toepassing van een rechterlijke machtiging gedwongen opgenomen, maar de rechter kan de patiënt wel verplichten tot het ondergaan van een behandeling. Dwangmedicatie is historisch omstreden in Nederland, het gebruik van dwangmedicatie werd tot voor kort als aantasting van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt beschouwd (Stolker, 2005). (figuur 18)

Een andere belangrijke factor voor hogere separeercijfers dan in andere landen, is het tekort aan verplegend personeel waardoor intensieve begeleiding van patiënten moeizaam is. De bezetting van verplegend personeel verschilt behoorlijk tussen de verschillende landen. Van een hoge bezetting zoals 9 verpleegkundigen op 10 patiënten in Noorwegen tot een lage bezetting van ongeveer 2 verplegers op 10 patiënten in landen als Spanje, Slovenië en Nederland (van der Werf, 2002, pag. 5). In bijna alle Europese landen leidt dwangopname vaak tot dwangmedicatie. Fixatie, holdingtechnieken en talkingdown worden naast medicatie toegepast. Ook in het buitenland is het scala aan dwangmaatregelen beperkt. De discussie in Europa over het verplegen van patiënten in crisis is lastig te voeren, geeft ook de European Violence in Psychiatry Research Group (EVIPRG) aan. Het is eigenlijk appels met peren vergelijken. De sterk uiteenlopende bouwwijzen, werkwijzen en verschillende ideeën over behandeling maken dat vergelijkend onderzoek over separatie vol valkuilen zit (Van der Werf, 2009, pag. 477).

Separatie zoals die in Nederland toegepast wordt, vindt ook in Ierland en Finland plaats. Hier lijkt de separeercel ongeveer net zo vaak toegepast te worden als in Nederland. Toch zijn er ook grote verschillen zichtbaar tussen de landen en tussen de verschillende klinieken in die landen. In sommige instellingen in Ierland wordt gebruik gemaakt van de 'green room'. Een ruimte met gecapitonneerde groene wanden. De patiënt kan in contact blijven met de verpleging en zijn medepatiënten door een raam tussen de separeerkamer en de huiskamer. In Nederland was tot in de jaren '70 ook in de hoek van de huiskamer een ruimte waar een patiënt kort gesepareerd kon worden. Dit om de patiënt geen gevoel te geven van isolatie. De separeercel is in Nederland steeds op een steeds grotere afstand van de afdeling komen te liggen. In Nederland en Ierland wordt de separeercel als prikkelarme omgeving gezien. In Zweden zijn de gehele afdelingen prikkelarm ontworpen, er zijn hier geen separeercellen. De prikkelarme afdeling zou heilzaam zijn voor het overprikkelde brein.

Ook in Finland en Zwitserland is in een aantal klinieken een cultuuromslag gaande ten aanzien van separeren. De separeerkamer in Zwitserland was eerst een afzonderingskamer, die direct naast de teampost lag met een aparte douche en slaapruiimte gescheiden door een

Dwangtoepassing in de EU

deur die in tijden van crisis kon worden afgesloten. Het uitgangspunt hierbij is dat patiënten geen gevoel van straf mogen ervaren. In de cultuuromslag binnen een aantal klinieken in deze landen wordt het terugkeren van rust de eerste prioriteit en daarna pas de behandeling. De patiënt in crisis wordt op een aparte afdeling geplaatst met veel ruimte en stilte. Deze ruimte is vriendelijk en huiselijk aangekleed om de patiënt op zijn gemak te stellen. Er wordt eerst geprobeerd met de patiënt te praten. Lukt dit niet dan wordt de patiënt ruimte geboden om zich terug te trekken.

In Noorwegen is er een aparte separeervleugel. Een ruimte van ongeveer 150 m² waar patiënten worden verpleegd en begeleid, patiënten worden hier nooit alleen gelaten. Er is in deze vleugel veel comfort zoals een badkamer, een tv-kamer, een zitkamer, een aparte slaapkamer en een kamer met fitnessapparatuur. Daarnaast is er een besloten binnentuin. Uitgangspunt hierbij is dat patiënten in crisis veel ruimte nodig hebben. De werkrelatie tussen patiënt en verplegend personeel staat voorop.

In Portugal wordt er gesepareerd door een patiënt op een eenpersoonskamer te plaatsen. Hier wordt op de gesloten afdeling nog veelvuldig gebruik gemaakt van meerpersoonsslaapkamers. Een onderzoek van J. Stolker, H. Nijman en P.H. Zwanikken (Stolker, 2006) uit 1999-2000 geeft aan dat het aannemelijk is, dat de kans op separatie verhoogd wordt door gebruik van meerpersoonsskamers. Dit onderzoek geeft de noodzakelijkheid van eenpersoonsskamers aan waardoor het aantal separaties op afdelingen aanzienlijk verminderd. (figuur 21)

In het Verenigd Koninkrijk zijn er wel separeercellen, maar niet in alle klinieken. Hier loopt het separeerbeleid sterk uiteen. Separatie wordt niet gezien als behandelmethode. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen separatie en time-out. Bij time-out wordt iemand maximaal 15 minuten gesepareerd. Bij separatie is er altijd direct toezicht van verplegend personeel vanuit de voorruimte. Veel instellingen in Engeland en Wales hebben separeervrije opnameafdelingen met een doorstroom naar een reguliere behandelafdeling of een PICU-voorziening (Psychiatric Intensive Care Unit) met één-op-één begeleiding. Acute interventie bij een incident gebeurt door gespecialiseerde crisismanagementteams. Dit team fungeert als een soort vliegende keep: wanneer een patiënt in crisis raakt en dwang nodig is om de toestand te stabiliseren wordt het team ingezet (Vorselman, 2004, pag. 45). Kenmerkend voor het Verenigd Koninkrijk zijn de verbale omgangstechnieken zoals talking down.

Duitsland bouwt sinds 2004 geen nieuwe separeercellen. Afhankelijk van de deelstaat is er een voorkeur voor fixatie of separatie. In Denemarken is separatie bij wet verboden. De verpleging dient in geval van crisis bij een patiënt aanwezig te zijn en voortdurend keuzes en opties aan te bieden. De Deense handelswijze gaat uit van 'safety first'. Wel maakt Denemarken gebruik van fixatie onder toezicht van maximaal vier uur (Van Delft, 2009, pag. 40; van der Werf, 2009, pag. 475-476).

Dwangmaatregelen verschillen van land tot land. Cultuur en traditie van het land hebben een sterke invloed op welke dwangmaatregel er wordt toegepast (Van der Werf, 2009, pag. 477). In veel landen vindt men het cruciaal de crisis zo snel mogelijk te bezweren en de werkrelatie tussen verplegend personeel en patiënt te herstellen. Hoe langer de crisis voortduurt, hoe meer schade er opgelopen wordt. Hiervoor worden in andere landen uiteenlopende dwangmaatregelen toegepast zoals fysieke en mechanische fixatie en dwangmedicatie. Maar ook internationaal zoeken veel instellingen naar manieren om dwang terug te dringen in de psychiatrie. (figuur 19)

Persoonlijke ervaringen

Wat ervaren mensen als ze worden gesepareerd? Kom je inderdaad tot rust in een prikkelarme ruimte van 12 m² die akoestisch is gescheiden van de rest van het gebouw, waar je opgesloten zit achter een stalen deur en een raampje van onbreekbaar glas? Voor sommige patiënten is dat inderdaad het geval: *“Het is de enige plek die stil is”*. Maar bij veel anderen roept het verblijf in de separeer angst, verwarring en een gevoel van verlatenheid en eenzaamheid op. Weer anderen vervelen zich, draaien met hun gedachten in een cirkel rond en zien de tijd traag vooruit kruipen tot ze er weer uit mogen.

In de publicatie *Stenen voor brood* van de Cliëntenbond in 1989 noemen de auteurs (*Joop Dekker e.a.*) gevoelens als eenzaamheid, vernedering, uitstoting, versterking van angst, vertrouwensbreuk, verwardheid en de gevolgen van de gevoelens van straf. Hieronder enkele persoonlijke getuigenissen zoals die in de afgelopen twintig jaar zijn gepubliceerd over het verblijf in een separeer.

uitstoting, vertrouwensbreuk

(....) “Ik ondernam zelfmoordpogingen en deed aan automutilatie. De hulpverleners waren van mening dat ik ‘een gevaar voor mezelf’ was en ik werd daarom in 1994 gedwongen opgenomen in een jeugdinstelling in Vught. Al vrij snel kwam ik ‘voor mijn eigen bestwil’ in een isoleercel terecht. Dat vond ik onbegrijpelijk.” (....) “Maar in de isoleer voelde ik me helemaal afgedankt. Ik vroeg me af waar dat aan lag, maar ik kon alleen maar bedenken dat het een straf was om wie ik was. Dat was moeilijk te begrijpen. Ik had altijd mijn best gedaan om zo goed mogelijk te leven.” (....) “Toen ik in de isoleercel zat dacht ik: Zie je wel, ze willen verder zonder mij, het maakt ze niet uit. Ik voelde me niet meer welkom, vergeten en niet de moeite waard. Dat voedde mijn zelfmoordpogingen. Daardoor kwam ik nog vaker in de separeer, wat voor mij steeds opnieuw het bewijs was dat ze me liever kwijt waren dan rijk. Mijn afrekening na elke separatie werd een nieuwe zelfmoordpoging. En zo liep de hele situatie uit op een strijd tussen de verpleging en mij.” (....)

Jolijn Santegoeds (Santegoeds, 2009)

eenzaamheid, uitstoting

“Een cel. Wat moet ik ervan zeggen? ‘Gezellig is anders’ is een understatement: het is een schok! De eerste gedachte was: waar kom ik nu terecht? Ik had ze nog nooit van binnen gezien. En de tweede; hoe kan ik hier overleven, ofwel op zijn minst slapen.” (....) “Toen ik ‘het bed’ in de isoleer zag – een plastic dun matras, grijs 5 centimeter dik, op de grond in een verder kale ruimte – was mijn eerste zorg: hoe sleep ik er het meeste uit?” (....) “De andere ongemakken vielen daarbij in het niet: de lamp die bleef branden, dag en nacht, de tijd die kroop. Drie dagen lang nietsdoen. Drie dagen lang met niks. Als Zen-adept leek me dat ooit het ideaal, niet-denken, niet-doen. Maar hier was het bijna niet uit te houden. Prikkelarm? Prikkeloos? Inderdaad: een vloer, een paar muren (crèmekleurig?), plastic raam, een klokje, een niervormig kartonnen bakje voor het ‘behoefte doen’ en telkens een drietal witte plastic bekertjes met water om niet uit te drogen.”

John (Kramer, 2008)

Persoonlijke ervaringen

eenzaamheid, gevoelens van straf

"Een eenzame strijd" (....) "Ik kreeg een 'separeerbeleid' waarbij ik hele dagen in de separeer moest verblijven, want het leven op de groep zou te veel risico's met zich meebrengen. Er was geen tijd om mij 24 uur per dag in de gaten te houden. Ik was eenzaam, miste mijn leven, mijn moeder, mijn broertjes, mijn vriendinnen, mijn school, de zwemclub....thuis. Ik kon dat verdriet niet aan. Ik voelde me schuldig, omdat ik de ellende zelf veroorzaakt had met die eerste zelfmoordpogingen en zo was ik in een diep zwart gat gekomen. Had ik die straf verdiend? Ik deed iedereen alleen maar pijn. Ik voelde me vreselijk. Ik besloot toen om te accepteren dat mijn leven voorbij was. Ik schreeuwde alleen nog maar dat ik alleen wilde zijn en dat ik het nergens mee eens was. Ik werd steeds destructiever. Ik zat vast. Het was een enorm eenzame strijd. Doodgaan leek de enige uitweg."

Jolijn Santegoeds (Santegoeds, 2009)

vernedering, vertrouwensbreuk

"Ik zat in de isoleercel en moest heel erg nodig naar de wc. Ik had al een paar keer op de bel gedrukt voor de verpleging, die dan altijd met me meeging. Omdat ik al vrij lang in de isoleer zat, mocht ik op de afdeling naar de wc. Ik belde nog eens, maar er kwam niemand. Toen ben ik toch maar op 'het hoedje' gaan zitten, een papieren po. Dat is heel onhandig voor een grote boodschap en al helemaal omdat ik ook niet de slankste ben. Toen ging de deur open. De verpleegkundige keek naar binnen en zei: 'oh, mevrouw is zelf al begonnen!'. Dan voel je je zo lullig, je gaat echt door de grond. Dat ze met je meegaan naar de wc op de afdeling is al niet zo leuk, want de deur moet openblijven en zij wachten tot je klaar bent, maar nu zat ik helemaal ongemakkelijk en onelegant op dat stomme potje op de grond, halverwege een druk. En dan torent er zo'n heerschappij boven je uit: 'oh, mevrouw is zelf al begonnen!'"

(Bos, 2004)

vernedering, vertrouwensbreuk

"Ik had geen contact meer met de mensen om mij heen; probeerde me steeds te ontworstelen aan het separeerbeleid." (....) "De verpleging en mijn familie waren ondertussen radeloos en de beschermingsmaatregelen volgden elkaar op: separatie, dwangmedicatie, fixatie en zelfs visitatie, waarbij ze mijn lichaamsholtes controleerden op gevaarlijke voorwerpen. Ik was een meisje van 16 jaar en ik begreep er niets meer van. Hoe konden ze zo over mijn grenzen heengaan? Iedereen snapt toch dat je niet minder suïcidaal wordt van eenzame opsluiting en visitaties onder dwang? Ik bedacht opeens dat dit wel eens 'de echte grote mensen wereld' zou kunnen zijn, en dat ik daarvoor beschermd was gedurende mijn jeugd."

Jolijn Santegoeds (Santegoeds, 2009)

Persoonlijke ervaringen

uitstoting, versterking van angst

"Toen zat ik dus in de isoleer met een scheurhemd en een kartonnen po. Ten eerste belde ik veel te veel naar hun zin, dus werd de bel afgezet. Toen kwamen ze door zo'n luikje zeggen, zo'n brievenbus-luikje waar je alleen de mond of ogen ziet, dat ze nou niet meer zouden reageren en de volgende ochtend om 8 uur zouden komen. Er zat een klok achter kogelvrij glas in die isoleer, dat was wel een voordeel vergeleken met andere isoleers, want je horloge moest je ook afgeven. Dat was vreselijk, ik was heel angstig. Die po ging kapot. Ik liep door m'n eigen pies in die cel, met geen contact. In zo'n situatie kreeg ik juist waanbeelden. Ik vind het het ergste wat ze kunnen doen. Ik snap niet dat dat het enige antwoord is wat ze hebben in de psychiatrie. Dat is gewoon verschrikkelijk. Toen was het eindelijk 8 uur en ze kwamen niet. Het heeft nog een uur geduurd, want ze waren vergeten dat ze dat gezegd hadden. Terwijl ik dacht dat de wereld verging, dat de atoombom viel: "en ik word als enige achter gelaten! Ze vergeten mij!" Dan is een uur heel lang en je gaat door het toppunt van je angst."

(Bos, 2004)

versterking van angst, vertrouwensbreuk, verwardheid

"Dwang betekent dat het overleg stopt en dat er geweld wordt ingezet om een doel te bereiken (bijvoorbeeld 'veiligheid'). Echter, dwang is aanvallend en bedreigend, en veroorzaakt verzet. Of je nu eenzaam wordt opgesloten of chemische stoffen krijgt toegediend, het is allemaal eng en bedreigend. Vaak is dwang ook verwarrend en traumatiserend."

Jolijn Santegoeds (Santegoeds, 2009)

vernedering, versterking van angst, vertrouwensbreuk, verwardheid

"De isoleercel is een vreemde plek, zeker voor wie zichzelf vreemd is. Ze noemen het een 'prikkelarme omgeving' en zeggen dat je er rustig van wordt. In feite is het 'sensorische deprivatie', om gek van te worden. De psychotische ontgrenzing of desintegratie volstrekt zich langzamer en minder diepgaand wanneer de psychoot iets vertrouwd bij zich heeft. Bijvoorbeeld iemand die hij langer kent, een kledingstuk van zichzelf, of desnoods een uitzicht uit het raam op normale activiteiten. Dat alles ontbreekt in een isoleercel: er komen vreemde verplegers langs, de psychoot wordt in een 'gekkentenu' gehesen en hij moet zijn eigen kleren afstaan. Hoe langer de verpleging niet komt kijken, hoe verder hij wegdwaalt en uitwaaiert." (...) "De angst om 'achtergelaten' te worden speelde een grote rol. Ik ging eigenlijk iedere avond naar bed in mijn cel met twijfel over of de deur de volgende ochtend überhaupt weer open zou gaan."

(Kusters, 2007)

Ruimte en gedrag

Sam Gerrits (in Kusters e.a., 2007), schrijver en journalist, voert als ervaringsdeskundig hulpverlener een gefingeerd gesprek met een architect van een psychiatrische kliniek. Ruimte voor ruimte wordt doorgenomen en de architect legt uit hoe hij het concept heeft bedacht: *“Geleidelijk aan werd duidelijk dat we de spreekkamers het beste aan de drukke zijde konden bouwen en de slaapkamers aan de boskant. Als architecten vonden we het fraai als de centrale gang van het ziekenhuis zou uitmonden in een patio, een buitenruimte waaromheen de diverse afdelingen geclusterd zouden zijn. We hadden in ons ontwerp de afdelingen rond die patio geplaatst, en daaruit ontstond, in samenspraak met de heren en dames psychiaters, een ruimtelijke uitwerking van het stepped care-idee. De afdelingen zijn zo gerangschikt dat je van cluster naar cluster doorschuift als het wat beter met je gaat. Je kunt nu als behandelaar zeggen: ik leg het slot eens ergens anders. In plaats van dat de gesloten afdeling hier ophoudt, laat ik die nu een gang verder ophouden.”* En verderop: *“Onze filosofie achter de vloeiende lijnen was simpel. We wilden geen lange gangen maken met kamertjes eraan. We wilden open ruimtes maken, waaraan vertrekken liggen die zich openen naar het groen. Dat was de belangrijkste reden waarom de plattegrond is zoals die is. De ruimtes moeten zich naar buiten openen, naar het bos erachter, met veel licht. We wilden geen donkere gangen, en tegelijkertijd wel duidelijk gekaderde hofjes. Je zou als nadeel van het ontwerp kunnen aanvoeren dat je makkelijk de weg naar je eigen kamer kwijtraakt, doordat de gangen wat krom lopen. Maar dat valt mee. Je kunt namelijk niet zomaar van het ene naar het andere paviljoen. Iedere afdeling is een circuit, waarin je alleen maar naar rechts kunt. Ga je vier keer naar rechts, dan ben je alweer rond. (...) Er zijn ook hoekjes gemaakt waar een pooltafel kan staan, of een tafelvoetbalspel of tafeltennis. Functionele plekjes die niet per se iets met therapie of pillen te maken hebben.”* Gerrits filosofeert zelf over de separeerkamers: *“Ik heb meer dan één separeer van binnen gezien, en ik had het denk ik op prijs gesteld als de wanden een andere kleur hadden gehad. Ze zijn meestal wit, en ik denk dat als ze bijvoorbeeld groen waren geweest, ik me lekkerder had gevoeld. Wit is zo klinisch, zo kil. Ik neem aan dat er onderzoek is gedaan naar welke kleuren wel of niet rustgevend zijn om naar te kijken, als je in geagiteerde toestand bent. Groen doet goed vermoed ik, en meer uitzicht ook. Het is natuurlijk een prikkelarme toestand, maar dat witte voelt erg onprettig aan als je voor het eerst zo’n cel binnenkomt. En die camera’s werken paranoia in de hand, het is heel surreëel allemaal.”*

Waar architecten natuurlijk vooral in geïnteresseerd zijn, is de relatie tussen ruimte, welzijn en gedrag. In hoeverre heeft het ontwerp en de ligging, afmeting, inrichting en afwerking van een ruimte invloed op het welzijn van de persoon die van die ruimte gebruik maakt. Hoe ziet iemand een bepaalde ruimte? Hoe een ruimte gebruikt wordt, hangt daarnaast niet alleen af van de ruimte zelf, maar ook van de persoon en kan van mens tot mens verschillen, ook afhankelijk van de relatie van de mens tot de ruimte en de hiërarchische plaats van de mens in de groep. Zo staan mens, groep en ruimte in een wisselwerking tot elkaar. Dit zijn voor iedereen herkenbare kaders. Maar wat is hierover in wetenschappelijke zin te zeggen?

Minami en Tanaka (1995) introduceerden het begrip groepsruimte naast het al beter bekende begrip van persoonlijke ruimte. Een groepsruimte is gedefinieerd als de collectief gebruikte en sociaal-cultureel gecontroleerde fysieke omgeving van een bepaalde groep, zoals een familie of een klas. In drie pilot-studies kwamen zij tot de conclusie dat semipublieke ruimtes zoals schoolkantines en lokalenclusters groepsafhankelijke hiërarchische en gedifferentieerde ruimteindelingen kennen. Groepen hanteren verschillende strategieën om ruimtes te beheersen en deze tot onderdeel te maken van groepsversterkende processen. Grote veranderingen in de ruimtelijke indeling van gebouwen kunnen leiden tot groepsconflicten en een herschikking van de ‘groepsruimte’ per groep. Groepsdynamische processen worden beïnvloed door sociopetale en sociofugale ruimtecomponenten. Sociopetale componenten zijn omgevingsfactoren die de integratie van mensen bevorderen, sociofugale componenten zijn omgevingsfactoren die mensen differentiëren en scheiden.

De manier waarop mensen een ruimte zien, kan veranderen door de tijd, bijvoorbeeld doordat de groep waar zij onderdeel van uitmaken sterker wordt. Zo wordt een Japans onderzoek aangehaald uit 1993 (Minami, 1995) waarin scholieren gevraagd werd de ruimtes in hun

Ruimte en gedrag

school te benoemen als private ruimte, semiprivate ruimte of publieke ruimte. In april (in dit geval aan het begin van het schooljaar) zag een groep zevendeklassers hun eigen lokaal als private ruimte en de gang en trappenhuis als publieke ruimte. In mei beschouwden ze een klein deel van de gang direct voor hun klaslokaal als semiprivate ruimte en zagen ze geen publieke ruimte meer (ze vonden nu blijkbaar dat alle andere ruimte door anderen was ingenomen). In juni daarentegen werd een leeszaal weer als publieke ruimte gezien. Deze was dus 'heroverd' (figuur 20)

Bij een eveneens Japans onderzoek naar het gedrag ten aanzien van het zoeken van een eetplek in een universiteitskantine viel op dat met name meisjesgroepen veel vaker de voorkeur gaven aan kleinere tafeltjes verder van de ingang vandaan met meer privacy en controle. Meisjesgroepen met vier leden of minder had de neiging om een kleine tafel te nemen en deze bezet te houden voor de andere leden van de groep.

Sebba en Churchman (1983) onderzochten territorialiteit binnenshuis. Zij deden dit aan de hand van het ondervragen van 45 families uit een appartementengebouw in Haifa. Alle appartementen hadden min of meer dezelfde plattegrond van 65 m². De territoriale classificatie was tussen individuele ruimtes (dit waren alle slaapkamers waar maar één kind sliep en alle studeerkamers van vaders), gedeelde ruimtes (met name de ouderlijke slaapkamers en de slaapkamers waar meerdere kinderen sliepen), publieke ruimtes (ruimtes zoals de woonkamer, de hal en de sanitaire ruimtes) en bevoegdheidsruimtes (ruimtes zoals de keuken die door iedereen gebruikt werden, maar waar de moeder de baas over was). Niet alleen ruimtes, ook stoelen kunnen territoriaal geclassificeerd worden. In 98% van de gevallen had iedereen een vaste plek aan de eettafel. Dit zal wel voor niemand een verrassing zijn. In de woonkamer had de vader in 53% van de gevallen een eigen stoel, de kinderen in 38% van de gevallen en de moeder in slechts 29% van de gevallen. Ook dit is wel volgens verwachting. Wat interessanter is, is het volgende: alhoewel de woonkamer ook bedoeld is voor publieke activiteiten zoals het ontvangen van gasten, kwam uit het onderzoek naar voren dat dit toch lang niet altijd ook in de woonkamer plaatsvindt. Gasten komen heel vaak slechts voor een deel van de familie en in heel veel gevallen ontving dat familielid zijn gasten in de door hem gedomineerde ruimte. Zo gebruikte in 49% van de gevallen de moeder de keuken om haar gasten te ontvangen. De vaders die een eigen studeerkamer hadden ontvingen in alle gevallen hun bezoek daar. En de kinderen die over een eigen slaapkamer beschikten deden dat in 54% van de gevallen. Kinderen die met andere kinderen een kamer moesten delen, ontvingen hun vriendjes en vriendinnetjes significant minder op de slaapkamer.

Het hebben van een eigen plek is dus zeer belangrijk. Dat dit ook in de psychiatrie zo werkt toonden Stolker, Nijman en Zwanikken aan in hun onderzoek uit 1999-2000 naar de relatie tussen een positieve waardering van separeren en het verblijf op een meerpersoonskamer (Stolker, 2006). Zoals uit *figuur 21* blijkt, hing een positieve waardering van het separeren heel duidelijk samen met het verblijf op een meerpersoonskamer. Patiënten die over een eigen kamer beschikten, oordeelden vrijwel nooit positief over separeren.

Ook het College bouw ziekenhuisvoorzieningen heeft in verschillende publicaties gewezen op de relatie tussen ruimte en gedrag. Uit 'Veiligheidsvoorzieningen in de GGZ' (2003) wordt 'omgevingsstress' binnen gesloten psychiatrische afdelingen behandeld: *"Op (gesloten) psychiatrische afdelingen is vaak sprake van een gebrek aan rust en privacy. Bovendien hebben cliënten vaak niet de mogelijkheid om de afdeling te verlaten wanneer zij dat willen. Door afdelingsdrukke ('crowding') kan een situatie van overprikkeling ontstaan die kan leiden tot agressie. Het gedrag van de cliënt kan aanleiding geven tot separatie. Hoewel deze maatregel tot doel heeft de veiligheid van de cliënt en zijn omgeving te waarborgen, betekent het een verdere inperking van de vrijheden. Ook de blootstelling aan (te) veeleisende therapievormen kan leiden tot angst, frustratie en agressie. (figuur 2)*

Ruimte en gedrag

Aan de andere kant kan ook onderstimulatie (bijvoorbeeld door gebrek aan zinvolle dagbesteding) ordeversturend gedrag van cliënten in de hand werken. (...) Omgevingsstress lijkt vooral verminderd te kunnen worden door afdelingen te realiseren die voldoende ruimte, maar ook privacy bieden aan cliënten. Dit betekent onder meer: eenpersoonkamers, voldoende verpoosruimten op de afdelingen en ruime verkeersgebieden. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de meeste incidenten zich voordoen in de verkeersgebieden (met name bij de (gesloten) toegangsdeur van de afdeling) en gemeenschappelijke ruimten waar cliënten samenkomen.”(figuur 22)

Eén van die onderzoeken is uitgevoerd door Henk Nijman en gepubliceerd in 'Psychiatric Services' van juni 1999 (Nijman e.a., 1999). In het Psychiatrisch Ziekenhuis Broeders Alexianen in Tienen (België) zijn gedurende het jaar 1996 alle incidenten geregistreerd op twee gesloten afdelingen. Bij één van de twee afdelingen werd halverwege het jaar een gesloten patio geopend waardoor de patiënten veel meer bewegingsvrijheid kregen. Dit leidde niet tot een significante afname van het aantal incidenten. Wel vonden de onderzoekers een verband tussen enerzijds de bezetting (drukke) op de afdeling en het aantal incidenten en anderzijds de bestaffing (verhouding personeel:patiënten) en het aantal incidenten. Hun conclusie was dat overbezetting van patiënten en onderbezetting van personeel tot meer incidenten leidde en dat ruimtevergroting op zichzelf niet tot minder incidenten leidde als niet tegelijkertijd ook de gebruiksmogelijkheden van die ruimte werden vergroot, bijvoorbeeld door het vergroten van de privacy. (figuur 23)

Joy Duxbury e.a. (Richter, 2006) gaat in op het verband tussen agressie en het ontwerp en de structuur van een unit. Zij schrijft: *“There is growing empirical evidence that supports the positive impact of changes to the physical environment in psychiatry, particularly the lounge where patients spend much of their time.”* Alle onderzoeken die zij aanhaalt, melden een verandering in gedrag nadat ruimtes waren heringericht of nadat de hele afdeling was geherstructureerd. Meestal waren deze gedragsveranderingen positief, soms ook negatief. Vrijwel altijd was er sprake van een combinatie van ruimtelijke veranderingen én veranderingen in de communicatie en bejegening door de staf. Het is dan ook moeilijk vast te stellen welke veranderingen echt louter op het conto van de ruimtewijzigingen kunnen worden geschreven. Ook is het moeilijk om vast te stellen welke ruimteveranderingen welke gedragsverandering tot gevolg hebben. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat meer mogelijkheden tot ontplooiing en activiteiten, meer individuele keuzemogelijkheden en meer privacy een positieve invloed op de sfeer van de afdeling hebben.

Er is nog heel weinig wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van renovaties van afdelingen op het groepsgedrag binnen afdelingen. Een al wat ouder onderzoek van Devlin (1992) gaat over de renovatie van vier identieke afdelingen in een verpleeghuis uit de jaren vijftig. De renovatie is uitgevoerd in de periode 1987-1988 en onderzoekers hebben het gedrag en welzijn van staf en bewoners onderzocht voor en na de renovatie. In dit geval bestond de renovatie vooral uit het opnieuw schilderen, behangen, stofferen en inrichten van de ruimtes en niet in de aanpassing van de ruimtes zelf. Bepaald territoriaal gedrag zoals de occupatie van de woonkamers door de patiënten en de teampost door de staf veranderde dan ook niet. De onderzoekers vonden een zeer belangrijk positief effect op het welzijn als gevolg van de nieuwe meubels en planten in de woonkamer. Het effect van de planten bleef ook op langere termijn meetbaar. Dat van de meubels daarentegen niet. Doordat veel bewoners incontinent waren, is het niet verwonderlijk dat na verloop van tijd de aantrekkelijkheid van de nieuwe met stof beklede meubels en het tapijt in de woonkamer merkbaar afnam.

In Nederland zou als voorbeeld kunnen dienen het project 'Gastvrije zorg' in het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie (KCAP) van Parnassia (Trouw, 19 juli 2008). Hier werden plastic bekertjes vervangen door vrolijk servies en tl-verlichting door sfeerverlichting. Daarnaast werd er

Ruimte en gedrag

gewerkt aan de gastvrije bejegening van de patiënten. Ook hier dus een combinatie van ruimtelijke maatregelen en attitude. Het werkte. In twee jaar tijd halveerde het gebruik van de separeer.

Niet alleen de ruimte en de inrichting van de ruimte zijn belangrijk, ook de ruimtelijke condities zoals licht, lucht, geluid en temperatuur. Rashid en Zimring (2008) geven een overzicht over een groot aantal onderzoeken ten aanzien van de relatie tussen de binnenhuisomstandigheden en stress in kantoren en gezondheidszorggebouwen. Zij wijzen er nadrukkelijk op dat stressfactoren lang niet altijd dezelfde effecten hebben, het is per individu verschillend en kan ook nog sterk afhankelijk zijn van de organisatiestructuur waarbinnen iemand functioneert. De twee omgevingen van hun onderzoek - kantoren en gezondheidszorg - verschillen als zodanig al enorm van elkaar. Patiënten in een gezondheidszorggebouw zijn veel sneller onderhevig aan stress dan gezonde kantoormedewerkers. Dit wordt veroorzaakt doordat patiënten afhankelijk zijn van anderen en doordat zij minder of geen controle hebben over het eigen lichaam. De schrijvers hebben vooral gekeken naar onderzoeken met betrekking tot geluid, licht, temperatuur en ventilatie. Ten opzichte van kantoren hebben zorggebouwen vaak een (te) hoog geluidsniveau. Geluidsoverlast leidt dan ook tot duidelijk meetbare stress bij patiënten. Telefoons, alarmsignalen, trolleys, overdrachten, zorg voor andere patiënten, slaande deuren, gesprekken van personeel, hoestende patiënten, dit alles zijn de dagelijkse geluiden in ziekenhuizen. Aangeraden wordt om geluidsoverlast zoveel mogelijk te beperken. (figuur 24)

Daglicht heeft een zeer goed meetbaar positief effect op het welzijn. Zonlicht verbetert bij kantoormedewerkers hun productiviteit, hun nachtrust en hun moraal. Uit onderzoek bleek dat proefpersonen die blootgesteld werden aan warm wit kunstlicht op de werkvloer meer probleemoplossend en conflictmijdend gedrag vertoonden dan bij koel wit kunstlicht. In de gezondheidszorg zijn vergelijkbare resultaten gevonden. Daglicht heeft een positief effect op winterdepressies en op depressieve patiënten met een bipolaire stoornis of een seizoensafhankelijke stoornis. Kunstlicht daarentegen kan zelfs negatieve effecten hebben. Zo is bekend van flirkerend fluoriserend licht (van tl-lampen) dat het in sommige gevallen epileptische reacties op kan roepen. Het effect van temperatuursverschillen is binnen de gezondheidszorg nog niet uitputtend onderzocht. Daarentegen is er weer wel veel onderzoek gedaan naar ventilatie. Alle tapijachtige vloerbedekking levert veel stof op in de binnenlucht waardoor de luchtkwaliteit verslechterde. Een goede ventilatie bevordert het welzijn van kantoormedewerkers. Uit onderzoek blijkt zelfs dat als de ventilatievouden veel hoger zijn dan regulier is voorgeschreven, het kortetermijnziekteverzuim onder de kantoorbevolking daalt. Binnen de gezondheidszorg is er uiteraard een zeer duidelijke correlatie tussen het aantal infecties enerzijds en de ventilatievoud en filtering van de lucht anderzijds.

Steeds meer raakt er bekend over de stressverlagende werking van de natuur. Zo onderzocht omgevingspsycholoog dr. Agnes van den Berg bij 106 proefpersonen hoe hun stressniveau veranderde nadat ze eerst waren blootgesteld aan bloederige en afschuwekkende filmbeelden en daarna aan ofwel beelden van een drukke straat ofwel beelden van een landgoed op de Utrechtse heuvelrug (De Volkskrant, 8 mei 2004). Bij de groep die in de drukke straat terechtkwam bleef het stressniveau relatief hoog, ook al zakte het wel. Maar bij de groep die naar het landgoed mocht kijken, verbeterde de stemming aanzienlijk en werd zelfs iets beter dan aan het begin van het experiment. Prof. dr. Peter Groenewegen van het Nederlandse Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) in Utrecht stelt: *“De natuur leidt mensen af van dingen die hen onder druk zetten, van gedachten die steeds in de rondte gaan en vermindert de neiging tot piekeren. Omdat de natuur tot simpeler prikkels leidt die moeiteloos worden opgenomen, worden mensen daardoor niet opnieuw in beslag genomen door hun problemen.”* Bekend is het onderzoek van dr. Roger Ulrich die aantoonde dat ziekenhuispatiënten sneller genazen als ze uitkeken op een groene omgeving. Sommige evolutionair-psychologen zoals Steven Pinker verklaren de gunstige uitwerking van de natuur op de moderne mens uit het feit dat zijn ontstaansgeschiedenis is verbonden met de Afrikaanse savanne waaraan hij genetisch is aangepast en dat hij zich daarom ‘van nature’ het veiligst voelt in een half-open bosachtige omgeving.

Ruimtelijke alternatieven voor separeren: een inventarisatie

Op 1 januari 2009 is een einde gekomen aan het bouwregime (vergunningenstelsel) op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hiermee is er ook een eind gekomen aan de zogenoemde bouwmaatstaven. De bouwmaatstaven hadden ook betrekking op ruimtelijke voorzieningen voor afzondering en separatie in de geestelijke gezondheidszorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de verpleeg- en verzorgingshuiszorg. De directe en bouwgerelateerde kosten, ofwel de investeringskosten, konden worden berekend aan de hand van de toegestane bruto vloeroppervlakte en de investeringskosten per m². De bouwmaatstaven waren vastgesteld door het Cbz bij besluit van 13 januari 2003, gelet op artikel 15a van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, en goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2003).

Met het opheffen van het bouwregime en vervallen van het bouwmaatstaven verviel ook het Bouwcollege als zelfstandig bestuursorgaan. Er werden integrale tarieven geïntroduceerd voor de ziekenhuizen en AWBZ-instellingen. Hierdoor werd het voor instellingen mogelijk de vierkante meters anders te verdelen en ruimtelijke prioriteiten binnen afdelingen te verplaatsen. Het nieuwe Centrum voor Zorg en Bouw bij TNO heeft het uitvoeren van onderzoek, innovatie, advies en een aantal door VWS gefinancierde publieke taken op het gebied van gebouwkwaliteit voor de zorgsector overgenomen.

Mede door deze ontwikkeling en de resultaten van het Project Dwang en Drang (2002-2009) kwam er steeds meer aandacht voor het ontwikkelen van ruimtelijke alternatieven voor separeren. Al in 2004 kwam in de prijsvraag 'Zorgzame architectuur. Humane zorg in een gesloten setting', uitgeschreven door College bouw ziekenhuisvoorzieningen naar voren dat er werd nagedacht over ruimtelijke alternatieven voor de separeercel. In de publicatie van deze prijsvraag werd al gesproken over de tendens van het terugdringen van dwang en drang. Ontwerpers die deelnamen aan deze prijsvraag hadden heel gericht oplossingen bedacht om separatie- en afzonderingsvoorzieningen wellicht overbodig te maken (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2004).

Een aantal inzendingen tonen een concept waarbij je patiënten in veiligheid kan stellen in hun eigen woonomgeving; hun eigen kamer. In 'gesloten openheid' is er door de architectengroep 'Architectuurplein' een bewuste scheiding gemaakt tussen wonen en slapen. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om de woonruimte, een volledig ingerichte ruimte, door middel van een afsluitbare schuifdeur af te scheiden van de slaapruiimte die vrij sober is ingericht. Door deze schuifdeur kan in geval van calamiteit de ruimte 'prikkelarm' gemaakt worden (figuur 25). De 'Smart rooms' van 'de Jong Gortemaker Algra architecten en ingenieurs', maken op een geheel andere manier gebruik van het thema afsluitbaarheid. Door verschillende schuifwanden kunnen kwetsbare componenten in de kamer worden afgesloten, hierdoor ontstaat er een gradatie van verschillende veiligheidsniveaus. Als de patiënt goed functioneert, wordt de kamer een soort miniappartementje met een eigen buitenruimte. (figuur 26)

Ook kwamen er inzendingen die wel aparte separeervoorzieningen toonden, maar deze waren verre van traditioneel vormgegeven. De 'openluchtkamer' van 'Spatia architecten' is een ruimte waar het *'gemoed kan worden gelucht'*. De ruimte is ongeveer 6 meter hoog en de vloer is bekleed met een zacht materiaal wat als een landschap oploopt. Door een dakraam kan een patiënt liggend op het landschap naar de wolken of de sterren kijken (figuur 27). 'Who's afraid of red, yellow and blue' van 'O.N.X. architecten' toont een ontwerp voor zogenaamde time-out kamers. De ruimte is vormgegeven als een bol en kan multifunctioneel worden gebruikt, hij is uitnodigend en vriendelijk. Door hem een prominente plek te geven binnen de afdeling in samenwerking met zijn vormgeving is hij taboe doorbrekend. (figuur 28)

Ruimtelijke alternatieven voor separeren: een inventarisatie

In het rapport 'Van beheersen naar voorkomen, stand van zaken rond het verminderen van separaties in de GGZ in Nederland' uit november 2008 wordt de stand van zaken gerapporteerd van 43 projecten na 2 jaar 'Dwang en Drang'. Een aantal voorbeelden van de alternatieven die door het project tot stand zijn gekomen wordt hierna beschreven in het hoofdstuk samenvattingen. Deze rapportage toont aan dat het gebruik van ruimtelijke alternatieven of veranderingen, in samenwerking met andere interventies als bejegening en vergroten van deskundigheid, kan leiden tot een vermindering van separaties.



Een significante verandering binnen het separeerbeleid laat de toepassing van de zogenoemde 'Intensive Care Unit' (ICU) en de 'comfortroom' zien. Hierdoor is het aantal separaties aanzienlijk afgenomen. Er is een grote daling in cijfers zichtbaar van verschillende locaties van de Gelderse Roos na het ombouwen van separeercellen in ICU's (GGZ Nederland, 2008).

Een ICU is een grote verblijfsruimte met een aanpalende slaapkamer en badkamer. In deze ruimte staat speciaal ontworpen meubilair. De ruime banken, een tafel en de stoelen zijn gemaakt van materiaal dat tegen een stootje kan en veilig is voor de patiënt. De ruimte is geschilderd in rustgevend of vrolijke kleuren en de meubels zijn verplaatsbaar. Televisie, muziek en licht is door de patiënt zelf te bedienen. In de ICU zijn de patiënten in voortdurend contact met een verpleegkundige (Theunissen, 2009, pag. 569). In de cliëntenfolder van de Gelderse Roos spreken ze van: *'een ruimte die u de mogelijkheid biedt om te ontspannen en tot rust te komen'*. Het zelf controle hebben over je eigen omgeving speelt bij de ICU een grote rol (De Gelderse Roos, 2009, cliëntenfolder). (figuur 29)

Door het gebruik van de ICU bij verschillende interventies zijn er veel veranderingen binnen het separeren opgetreden. Het aantal uren dat een patiënt in een separeercel verblijft, is in 2008 gemiddeld met 25% (3 uur) afgenomen. Een verblijf in de ICU is gemiddeld 4 uur korter dan in de separeercel. Er is een sterke toename te zien (4x zoveel) in het aantal keer dat de patiënt de ICU verlaat tijdens zijn separeerperiode, en het verblijf in de ICU was vaak op eigen verzoek (75%). Bij De Gelderse Roos wordt ernaar gestreefd om in 2010 alle separeercellen te sluiten (De Gelderse Roos, 2009, aanmeldingsformulier IGZ Zorgveiligheidsprijs pag. 3).

Het Sinai Centrum in Amstelveen van Greiner van Goor Huijten architecten, heeft een geheel ander soort intensive care afdeling. Hier zijn 2 prikkelarme ruimtes en 2 separeercellen gesitueerd. De patiënt gaat na een escalatie altijd eerst in de prikkelarme ruimte waarvandaan men nog direct toegang heeft tot de afdeling. Lukt het niet om in deze ruimte tot rust te komen, dan is de separeercel direct bereikbaar. Door de prikkelarme ruimtes wordt het gebruik van de separeercel verminderd (figuur 30). Bij GGZ de Meerkanten in Ermelo is in samenwerking met Nieuw Nederland architecten nagedacht over een ander gebruik en inrichting van de separeercel. De ruimte kan naar de wensen van de patiënt ingericht worden. Met veiligheid in ogenschouw genomen kan de patiënt aan de verpleging aangeven wat hij wenselijk vindt in de separeercel. Zoals een kleed of luie stoel. Ook kan de patiënt licht en muziek zelf regelen (figuur 31). In het KCAP van Parnassia, EGM architecten, is er in de separeercel een kastje voor sieraaden van patiënten. Deze moeten in de separeercel altijd af en sommige patiënten zijn bang dat ze dat dierbare horloge of die ring voor altijd kwijt zijn. Sommige patiënten raken dan nog meer in de war. Er zicht op hebben, vanuit de separeercel, stelt ze gerust.

Ruimtelijke alternatieven voor separeren: een inventarisatie

Een ander alternatief wat tot een aanzienlijke vermindering van separeren heeft geleid is de comfortroom. Een comfortroom is een laagdrempelige prettig ingerichte 'eenpersoonswoonkamer', voorzien van mooi meubilair. Een warme, rustgevende ingerichte ruimte op de afdeling met muziek en licht die door de patiënt regelbaar zijn. De comfortroom wordt op vrijwillige basis gebruikt door patiënten die zich onrustig, gespannen, angstig, geagiteerd of emotioneel voelen en even aan de hectiek van de afdeling willen ontsnappen. Even weg van de eigen kamer en weg van de groep in een rustgevende ruimte met prettige dingen om zich heen zonder dat die allemaal herinneringen of stress oproepen. Patiënten kunnen zelf vragen om gebruik van de comfortroom of daartoe aangespoord worden door de verpleegkundigen. Het gebruik van de comfortroom is op vrijwillige basis. De deur van de comfortroom kan altijd door de patiënt zelf van binnenuit geopend worden. Ze zijn niet bedoeld als vervanging voor separeercel- of ICU's, maar zijn ervoor om patiënten een ruimte te bieden ter voorkoming van het separeren (De Gelderse Roos, 2009, aanmeldingsformulier IGZ Zorgveiligheidsprijs pag. 3).



De comfortroom is een ontwikkeling die is voortgekomen uit een door Maggie Bennington-Davis in de Verenigde Staten ontwikkeld 'engagement model'. In dit model wordt, naast een aantal andere principes voor het terugdringen van dwang en drang, een ruimtelijk principe beschreven: *Aandacht voor de fysieke omgeving. Als een afdeling er goed verzorgd uitziet, geeft dat een andere beleving van de opname dan wanneer dat niet zo is. Huiselijkheid en gezelligheid dragen bij aan een goede sfeer* (de Veen, 2009, pag. 552). Mediant GGZ Twente heeft, geïnspireerd door dit 'engagement model', vier comfortrooms ontwikkeld en heeft ondertussen goede ervaringen met deze mogelijkheid voor patiënten.

Er is bij Mediant een gehele cultuuromslag gaande. Niet alleen zijn er comfortrooms gerealiseerd, maar is er ook gewerkt aan de sfeer van de afdeling. Er is belevingsgerichte zorg geïntroduceerd: geur, kleur, geluid en beeld worden ingezet voor een huiselijker sfeer; er zijn bijvoorbeeld aromaverspreiders geplaatst. Ook bij Mediant nam het aantal en de duur van de separaties af (de Veen, 2009, pag. 558).

Zoals het bovengenoemde voorbeeld van Mediant al aangaf is niet alleen door alternatieven voor separeercellen of het toepassen van alternatieve ruimtes winst behaald. Ook wijzigingen op de afdeling verminderen de kans op het toepassen van dwang en drang. In een notitie van de Gelderse Roos wordt het volgende beschreven: *'Het blijkt uit onderzoek dat de kans op separatie toeneemt als er veel lawaai is op een afdeling; in de bouw van de afdelingen moet daar rekening mee gehouden worden. Het gebeurt nogal eens dat fraai gebouwde afdelingen geluiden tot holle echo's maken of dat geluiden volledig gedempt worden. Berucht zijn de geluiden in de separeer: of hol door de hoge plafonds of dof gedempt als er bekleding op de wanden is. In beide gevallen, teveel geluid of geluidsdeprivatie kan leiden tot toename van de agitatie. In de woonruimte waar men met elkaar verblijft moet voldoende ruimte zijn zodat de client zich enigszins aan de sociale interactie kan onttrekken. Vrijheidsbeperking naar buiten toe kan dan ook dubbel een aanslag op de cliënt zijn: zijn autonomie wordt beperkt en zijn leefruimte verkleind. De cliënt krijgt dus geen beperking van bewegingsvrijheid tenzij het echt niet verantwoord is en dat is niet vaak.'* (Kaiser, 2005, pag. 2)

Bij Mondriaan, locatie JFK, is er een aparte ruimte ingericht met voorzieningen voor inspanning en ontspanning (fietsen en roeien of juist een relaxstoel). De toegang is vanuit een beloningssysteem geregeld en heeft de patiënt zelf de regie over (GGZ Nederland pag. 81). De huiskamer op de afdeling van een kliniek is meestal afgesloten van het verkeersgebied uitgevoerd. In Men-

Ruimtelijke alternatieven voor separeren: een inventarisatie

trum, Amsterdam is juist gekozen voor een open verbinding tussen de huiskamer en het verkeersgebied. Dit levert een meer ruimtelijke beleving en een vergroting van de huiskamer op. Wel moet er gelet worden op geluidsoverlast bij zo'n concept (College bouw zorginstellingen, 2006, pag. 15). Een rapport van de inspectie voor de gezondheidszorg uit 2008 constateert dat op de opnameafdeling Rijnaarde in Alphen aan de Rijn, van de Jong Gortemaker Algra architecten en ingenieurs, in tegenstelling tot veel andere opnameafdelingen, geen ingesloten gevoel opgeroepen wordt. Het gebouw is ruim van opzet en biedt een goed evenwicht tussen mogelijkheden voor privacy en contact. De afdeling beschikt over een comfortroom om onder andere aan patiënten een aangename, maar rustige omgeving te bieden. Rijnaarde heeft een tuin laten ontwerpen als onderdeel van het leefmilieu voor de patiënt. De tuin grenst aan een ruimte waarin de patiënten verschillende soorten activiteiten aangeboden krijgen (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2008, pag. 27).

De publicatie: 'gewoon als het kan, bijzonder als het moet' van College bouw ziekenhuisvoorzieningen, toont een voorbeeldproject uit de gehandicaptenzorg. Sommige patiënten uit de gehandicaptenzorg zijn gebaat bij zelfstandige huisvesting waarbij het altijd mogelijk is om terug te vallen op een groep. Hiervoor heeft van Aken architectuur een ontwerp gemaakt voor een clustering van vijf tot zes appartementen, waarbij indien nodig een gemeenschappelijke huiskamer en separeercel gebruikt kan worden. De clusters zijn gerealiseerd in één bouwlaag met per appartementje een zadeldak. De zadeldaken maken dat je de verschillende ruimtes als individuele volumes ervaart. Elk appartement heeft een eigen toegang naar buiten en naar de centrale ruimte. Deze opzet biedt privacy, bewegingsvrijheid en autonomie. Het vermindert daarmee ook escalaties (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2005, pag. 9, pag. 38). (figuur 32)

Het is nog niet zo lang geleden dat de nieuwe afdeling voor langdurige intensieve zorg van De Meren van Arkin opgeleverd werd. Psychiatrische patiënten die onbehandelbaar zijn, kunnen hier in Amsterdam terecht in een gebouw van Architecten aan de Maas. De afdeling heeft geen isoleercel. De behandeling is gericht op het voorkomen van agressieve uitbarstingen. Er is wel een afzonderingskamer, een afgesloten kamer waarin een patiënt zich niet kan verwonden. Patiënten mochten meebeslissen over de inrichting en gingen mee winkelen voor meubilair (Trouw, 5 februari 2010).

Een dossier van januari 2009 in een special van Psy (tijdschrift over geestelijke gezondheidszorg en verslaving) over dwang en drang, liet zien dat Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Emergis In Zeeland, goede ervaringen heeft met afbreken van de verpleegposten op de afdeling: *'Het is net of de verpleegkundigen hun professionele maskers hebben afgezet', reageerde een cliënt nadat de verpleegpost van de opname crisisafdeling was afgebroken. Hulpverleners van Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Emergis In Zeeland bevinden zich nu 'gewoon' onder de cliënten.* Hierdoor is het aantal separaties aanzienlijk afgenomen (Ploeger, 2009, pag. 34). Ook de Gelderse Roos heeft de verpleegpost op een aantal afdelingen opgeheven. Hierdoor worden verpleegkundigen onderdeel van de afdeling. Veel escalaties gebeuren in de buurt van de verpleegpost. Dit omdat patiënten zich hier buitengesloten of niet gehoord voelen en er frustraties ontstaan. De afdeling wordt door de aanwezigheid van een verpleegkundige huiselijker, veiliger en gezelliger. Ook worden momenten van spanningen veel eerder gesignaleerd en verbetert de communicatie tussen patiënt en verpleegkundige (De Gelderse Roos, 2009, aanmeldingsformulier IGZ Zorgveiligheidsprijs, pag. 3).

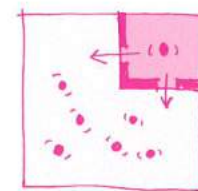
Open deuren: aanbevelingen en alternatieven

Toen de kunstenaar Tadashi Kawamata werd gevraagd om een kunstwerk te maken voor de verslaafdenkliniek van de Brijder Stichting in Alkmaar, verbaasde hij zich over de grote afstand tussen de kliniek, die helemaal aan de stadsrand lag, en het centrum van de stad. Hij besloot om een verhoogd houten pad 'Working Progress' door het polderlandschap te maken, om de Alkmaarse bevolking in contact te brengen met de verslaafdenkliniek. Er is een letterlijke brug geslagen tussen de binnenstad en de verslavingskliniek. Het re-integreren in de maatschappij is een belangrijk thema binnen de verslavingszorg. Veel van deze klinieken liggen in een landelijke setting, waardoor voordelen van rust en ruimte, verlies van contact met de samenleving met zich mee brengt. Door het kunstproject van Kawamata wordt de afstand tussen kliniek en de Alkmaarse bevolking geslecht. Het opent letterlijk de deur tussen de beide werelden.

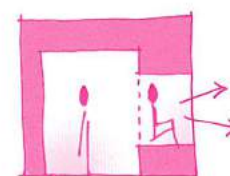
De bewoners van de kliniek waren zelf nauw betrokken bij het bouwen van wandelpad en bijbehorende boot. Deze samenwerking tussen kunstenaar en verslaafden was zo succesvol dat voor een tentoonstelling in Duitsland gevraagd werd om de boot ook daar te laten zien. Een aantal verslaafden ging mee om aanlegsteigers te bouwen. Gedurende drie weken werd gezamenlijk aan de Aasee gewerkt en gekampeerd. Dit voorbeeld geeft aan hoe een ruimtelijke omgeving kan bijdragen aan het welbevinden van patiënten. Hoe belangrijk het is dat de ruimtelijke omgeving thema's als autonomie & keuzevrijheid, privacy & sociaal contact, rust & stimulatie, veiligheid & controle, territorium & oriëntatie, ondersteunt en ruimte geeft. Aan de hand van deze thema's die in de literatuur, rapporten, symposia en gehouden interviews steeds terugkeren zijn er aanbevelingen te doen voor de ruimtelijke omgeving van patiënten (Stagg, 2001). (figuur 33)

'Open deuren', staat letterlijk voor het openen van de separeer cel, maar sommige van deze aanbevelingen zijn ook 'open deuren' en zijn in de praktijk al vaker door architecten toegepast. Soms zijn kleine aanpassingen in de ruimtelijke omgeving al een grote verbetering voor de beleving van de patiënt. Voor het ondersteunen van de cultuurverandering in de zorg moet ook de ruimtelijke omgeving aangepast worden. Hiervoor zijn een aantal ingrijpende en minder ingrijpende aanbevelingen te doen. De separeer cel zal in zijn huidige vorm op den duur verdwijnen, deze aanbevelingen zijn voor alternatieven maar ook voor de afdeling want hier valt nog veel te halen.

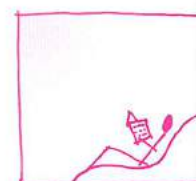
De fysieke omgeving kan de zorgverlening positief of negatief beïnvloeden. Persoonlijke kenmerken van de patiënt hangen samen met de mate waarin een bepaalde omgeving als prettig kan worden ervaren. De uit de studie naar voren gekomen thema's zijn van belang als het gaat om de wisselwerking tussen omgeving en gedrag. In het bouwproces is het belangrijk vooraf de doelstellingen af te spreken. Deze studie tracht een aantal aanbevelingen te geven die de architect in het ontwerpproces kan bespreken en aanbieden.



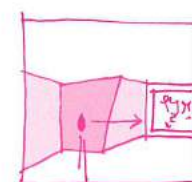
Autonomie en Keuzevrijheid



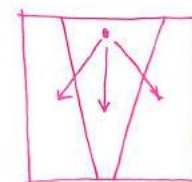
Privacy & Sociaal contact



Rust & Stimulatie



Territorium & Oriëntatie



Veiligheid & Controle

Open deuren: aanbevelingen en alternatieven

Aanbevelingen en alternatieven:

Verpleegpost

ruimtelijk:

- geen verpleegpost: personeel heeft werkplekken op de afdeling; geen afgesloten ruimte.

Huiskamer

ruimtelijk:

- verschillende huiskamers met verschillende functies: leeskamer, eetkamer, computerkamer, overlegkamer, rookkamer, spelkamer, tv kamer;
- verschillende huiskamers met verschillende hoeken: eethoek, tv hoek, keukenhoek, zithoek; hierdoor krijgt de patiënt de mogelijkheid om zelf te bepalen waar hij gaat zitten of wil eten.

inrichting:

- kleur, daglicht en sfeerverlichting (geen TL-verlichting) in de huiskamer;
- patiënten betrekken bij inrichting huiskamer;
- verschillende soorten meubels in de huiskamer; verschillende manieren van zitten: eetkamerstoel, bank, fauteuil, chaise longue, coconstoelen, zitzak.

Gangen

ruimtelijk:

- bredere gangen; meer overzicht;
- gangen betrekken bij huiskamer;
- ruimte voor zitnissen (brede vensterbanken), computerplekken, overlegplekjes in de gangen; plek om je terug te trekken of overleggen;
- oriëntatie plekken in gangen ontwerpen; beperkte ganglengte;
- geen gangen; gangruimte wordt bijvoorbeeld woonkamer.

inrichting:

- toe-eigening van ruimte: gangruimte bij de slaapkamer wordt ingericht door patiënt;
- toepassen van kleur en vorm in de gang: geen kale, witte, lange gangen.

Open deuren: aanbevelingen en alternatieven

Buitenruimte

ruimtelijk:

- binnen en buitenruimte verweven; de buitenruimte meer naar binnen toe trekken; wandelingen;
- grote tuinen met hoeken en plekken voor verschillend gebruik: moestuin, bloementuin, vijver, zentuin, wilde tuin, schommel, kruidentuin, fontein;
- eigen buitenruimte aan de slaapkamer; tuin, balkon, terras.

situering:

- aandacht voor locatie van de afdeling (kliniek); een mogelijkheid creëren om in de natuur te zijn; dorpsachtige setting.

Slaapkamer

ruimtelijk:

- eenpersoonsslaapkamers vormgeven als appartementen; eigen territorium;
- buitenruimte aan de slaapkamer: tuin, balkon, terras;
- rustige situering slaapkamers; meer stilte;
- verschillende voordeuren; naar de afdeling of naar buiten; door de patiënt zelf regelbaar;
- toepassen van afsluitbare kwetsbare elementen in de slaapkamer; veiligheid van de patiënt waarborgen.

inrichting:

- patiënten betrekken bij inrichting eigen slaapkamer;
- diversiteit en flexibiliteit in slaapkamers; diverse ruimtes kunnen aanbieden.

Separeerafdeling

ruimtelijk:

- toepassen van Intensive Care Units in plaats van separeerafdelingen;
- route naar de separeerafdeling licht en ruimtelijk; zodat patiënten weten waar ze heen gaan en niet weggestopt worden;
- patiënten uit de ambulance via buiten naar de separeerruimte, zodat patiënten weten waar ze heen gaan en niet weggestopt worden;
- verpleegpost als voorruimte van de separeerruimte, zodat contact niet verloren gaat;
- meer gradaties van ruimtes: gemeubileerde afzonderingskamer, separeerruimte met (speciale) inrichting, kale separeerruimte;
- aparte separeerafdeling of vleugel, waar patiënt de beschikking heeft over verschillende ruimtes: badkamer, tv-kamer, zitkamer, aparte slaapkamer, fitnessapparatuur; één op één begeleiding door verpleging;
- geen stalen deur toepassen (psychiatrie); te bedreigend;
- groter raam tussen voorruimte / verpleegpost en separeerruimte; ten behoeve van contact.

inrichting:

- voorruimte of verpoosruimte huiselijker.

Open deuren: aanbevelingen en alternatieven

Separeerruimte

ruimtelijk:

- geen separeerruimte toepassen; alternatieven bieden;
- taboe doorbreken; separeerruimte als comfortabele ruimte, op een bijzondere plek, waar veel zorg en aandacht aan is besteed; bijvoorbeeld als een bol ergens in de tuin;
- meer zelfcontrole voor de patiënt in de separeerruimte, zelfregelbaar; zoals licht, geluid, warmte, uitzicht;
- nis achter glas zichtbaar vanuit de separeerruimte; ten behoeve van persoonlijke spullen als sieraden of dierbare eigendommen;
- nis voor een vast toilet; hierdoor toilet niet midden in de separeerruimte;
- geen camera toezicht, één op één begeleiding, begeleiding vanuit de voorruimte of verpleegpost; altijd de mogelijkheid met iemand te communiceren;
- comfortabele separeerruimte: geen harde ruimte maar bijvoorbeeld een zit/hanglandschap, dakramen, uitzicht op zithoogte;
- interessant uitzicht: zee, vijver, konijnen, bomen; rustgevend en waar iets gebeurt, geen kale muur.

inrichting:

- separeerruimte aanpassen aan behoefte van de patiënt: speciaal ontworpen meubilair toepassen of de mogelijkheid om knuffels, zitzak, kleed in de separeerruimte te hebben;
- zachte afwerking wanden separeerruimte;
- toepassen van kleur, vorm, sfeerverlichting (geen TL-verlichting);
- aanpassen kleur in de separeerruimte per patiënt: bijvoorbeeld door middel van licht;
- meer prikkels in de separeerruimte; minder verveling; bijvoorbeeld: tv achter glas.

Alternatieve ruimten

ruimtelijk:

- gradaties in ruimtes (verschillende privacy niveaus) op de afdeling; alternatieven aan ruimtes toepassen zoals; badkamer, leeskamer, speelkamer, keuken, fitnessruimte, een kas in de tuin; (figuur 34)
- opdelen afdeling in subunits of kleinschalige afdelingen met minder patiënten per unit; met diverse onderscheiden milieus;
- het toepassen van comfortrooms op de afdeling;
- stilteruimte; een ruimte waar het echt stil is, afgesloten van de afdeling; vrij te bezoeken door de patiënt;
- menselijke maat toepassen; goede verhoudingen van ruimtes; geen mensonterend gevoel opwekken; bijvoorbeeld de hoogte van de separeerruimte of de afmeting van de rookkamer;
- ruimtes met bezieling; met aandacht en zorg ontworpen ruimtes; uitstraling werkt op de gemoedrust van patiënten;
- duidelijke classificering en positionering van de verschillende ruimtes; van privaat tot publiek; wat is de positie van elke ruimte; waar zijn rustruimtes en waar zijn gemeenschappelijke plekken.

Open de laatste deur

facts & figures

Inhoudsopgave



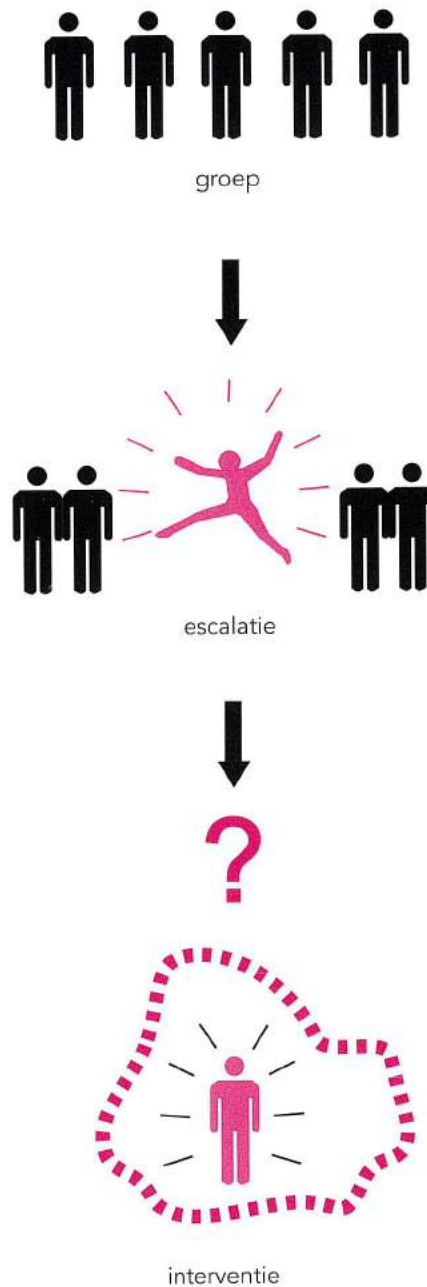
figuur 1: separeren als interventie	44
figuur 2: redenen voor separatie	45
figuur 3: agressie doelen	46
figuur 4: behandeling na escalatie	47
figuur 5: verschillende soorten instellingen	48
figuur 6: psychiatrische klinieken in Nederland	49
figuur 7: aantal separeercellen in nederland 279 separeercellen totaal	50
figuur 8: verhouding aantal separeercellen en aantal patiënten	51
figuur 9a: componenten van de afdeling	52
figuur 9b: toegankelijkheid verschillende faciliteiten afdeling	53
figuur 10: overzicht verschillende klinieken	54
figuur 11: overzicht verschillende separeerafdelingen	55
figuur 12: onderlinge separeerafdelingen	56
figuur 13: verplichte elementen in de separeercel	57
figuur 14: mogelijke elementen in de separeercel	58
figuur 15: historische locaties van klinieken	59
figuur 16: duur separaties en afzonderingen	60
figuur 17: separeervrij behandelen; Siependaal, Tiel	61

Inhoudsopgave

figuur 18: separeercijfers uit het buitenland	62
figuur 19: toepassen van dwangmaatregelen in de EU	63
figuur 20: perceptie van groepsruimte en plekken van interactie	64
figuur 21: mening patiënt over separatie	65
figuur 22: ruimtelijke factoren die de kans op separeren kunnen verminderen	66
figuur 23: incidenten op de afdeling	67
figuur 24: procesdiagram van ruimtecondities leidend tot stress	68
figuur 25: gesloten openheid	70
figuur 26: smart rooms	71
figuur 27: openluchtkamer	72
figuur 28: Who is afraid of red, yellow and blue	73
figuur 29: De Gelderse Roos, Intensive Care Unit	74
figuur 30: Sinai Centrum, Intensive Care Unit	75
figuur 31: GGZ de Meerkanten, De Duynenhof, comfortroom	76
figuur 32: De Wendel, Oostrum	77
figuur 33: thema's van invloed op de ruimtelijke omgeving	78
figuur 34: het bieden van keuzes binnen de afdeling	79

Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

> figuur 1: separeren als interventie



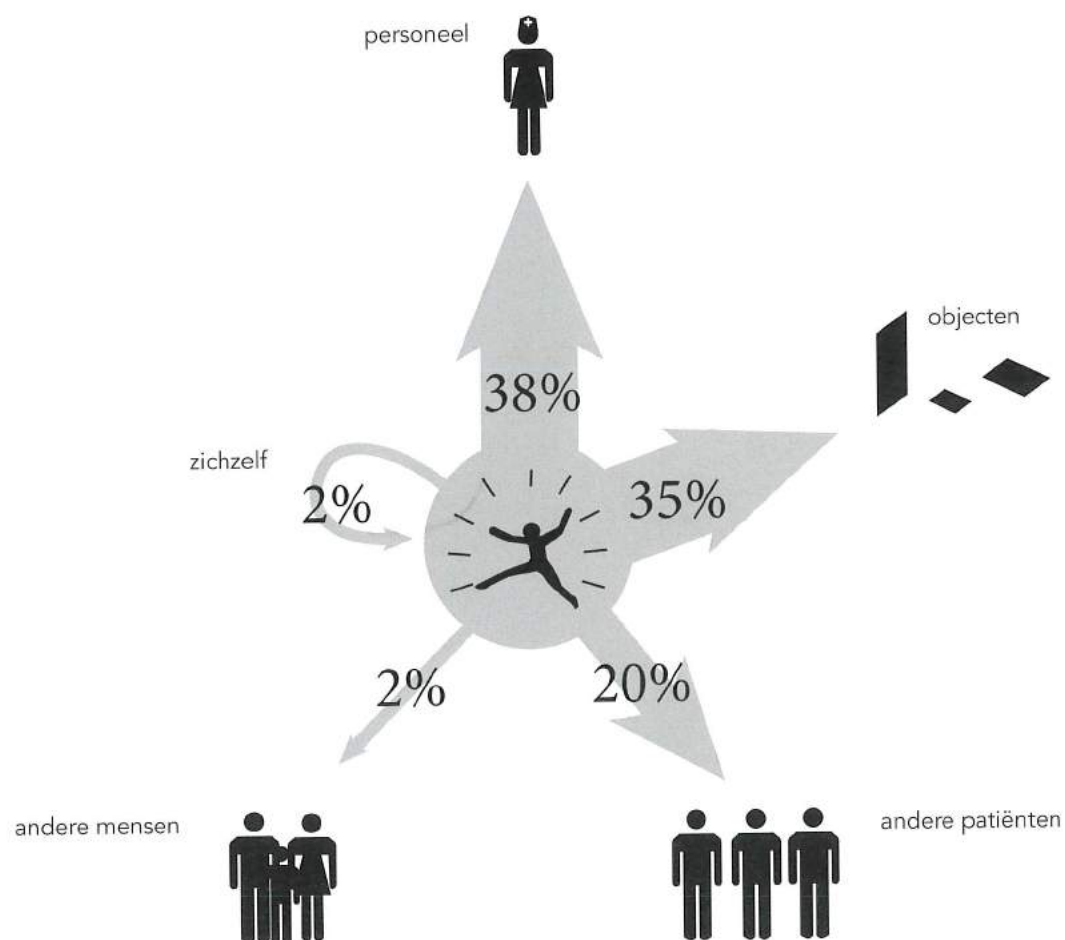
Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

> figuur 2: redenen voor separatie



Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

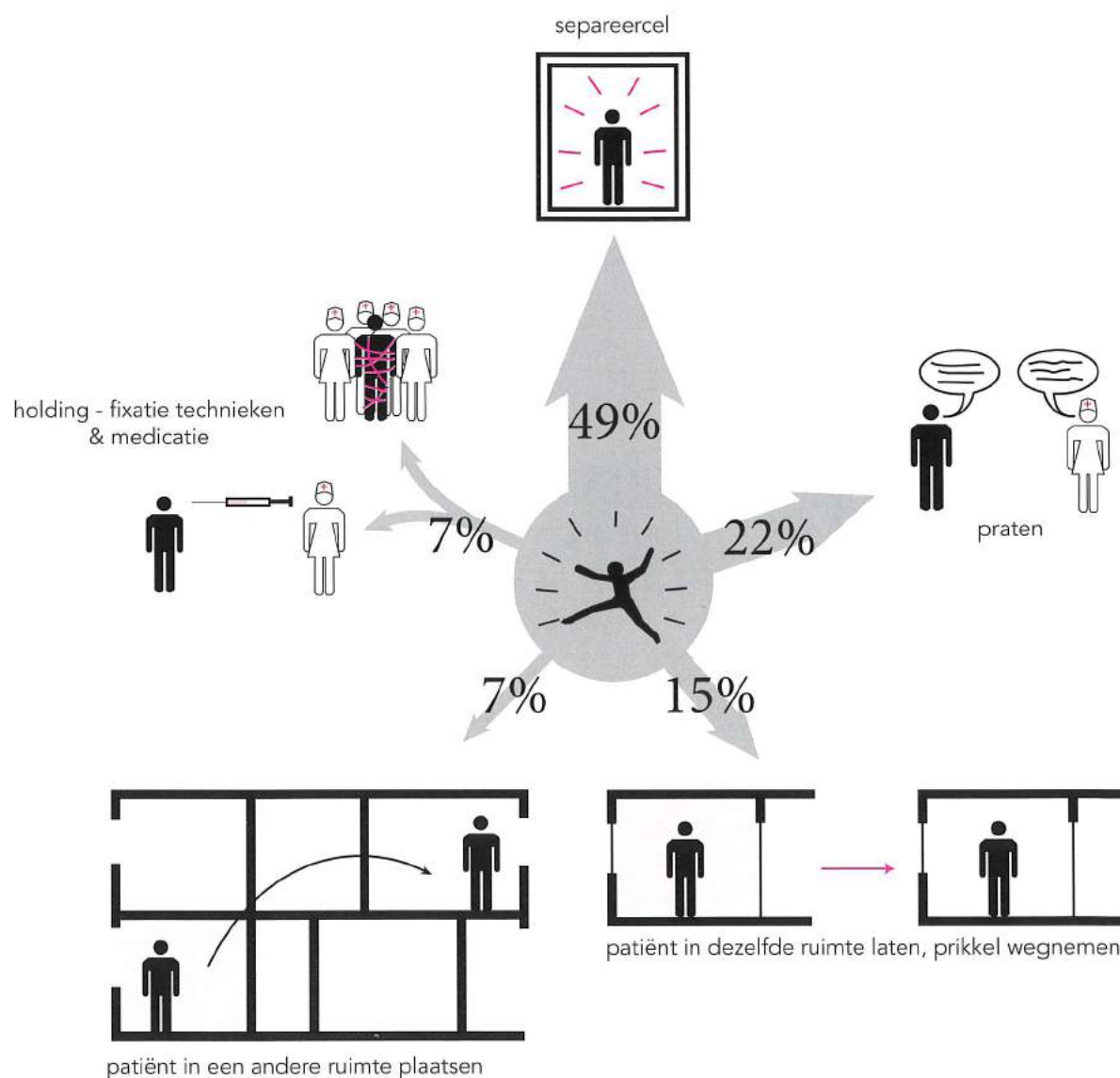
> figuur 3: agressie doelen



bron: Nieuw veiligheidsvoorzieningen GAZ, 31 maart 2003;
bijlage 2: Henk Nijman 1895

Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

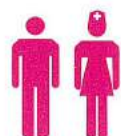
> figuur 4: behandeling na escalatie



Bron: Nieuw veiligheidsvoorzieningen GGZ, 31 maart 2003; bijlage 2; Henk Nijman 1996

Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

> figuur 5: verschillende soorten instellingen



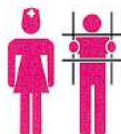
volwassen
psychiatrie



jeugdzorg



ouderen
psychiatrie



TBS



gevangenen



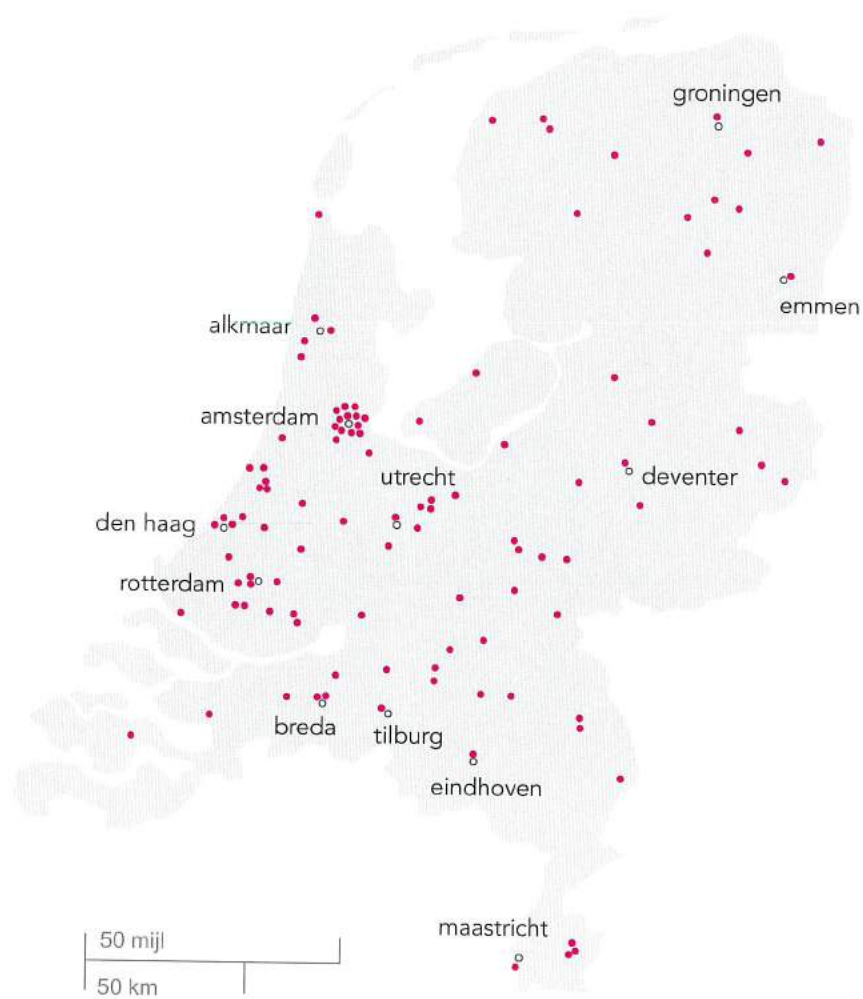
forensische
psychiatrie



gehandicaptenzorg

Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

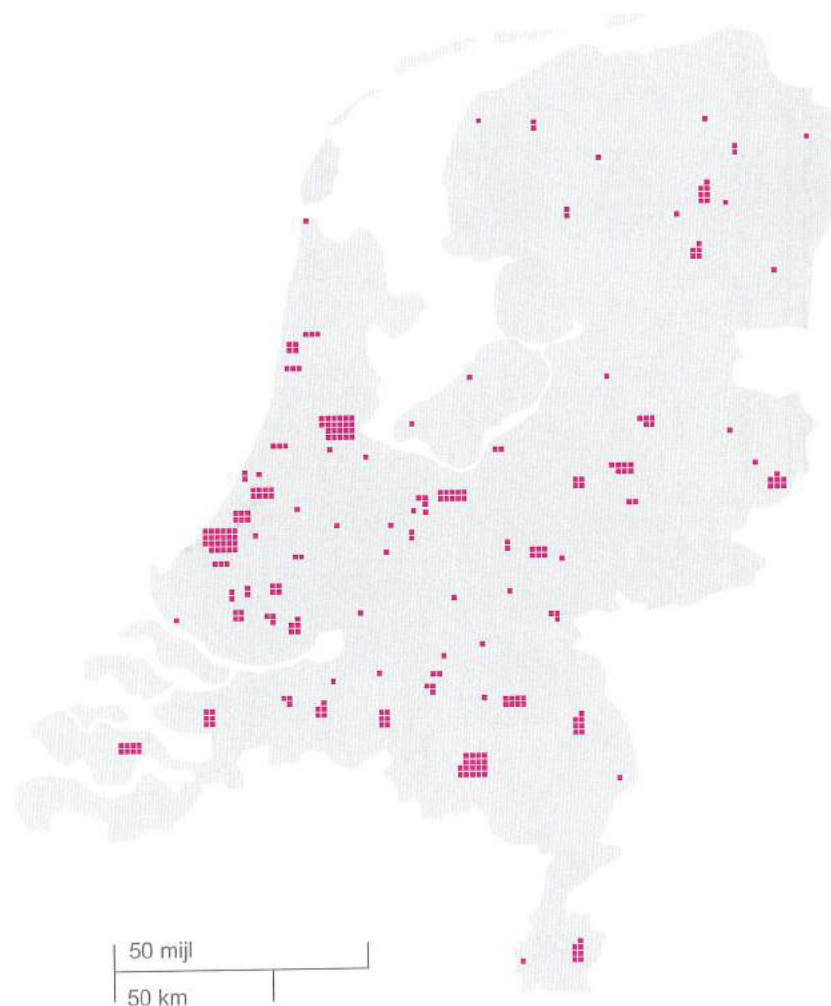
> figuur 6: psychiatrische klinieken in nederland



Bron: Monitoring gebouwkwaliteit in de Geestelijke Gezondheidszorg;
Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2004

Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

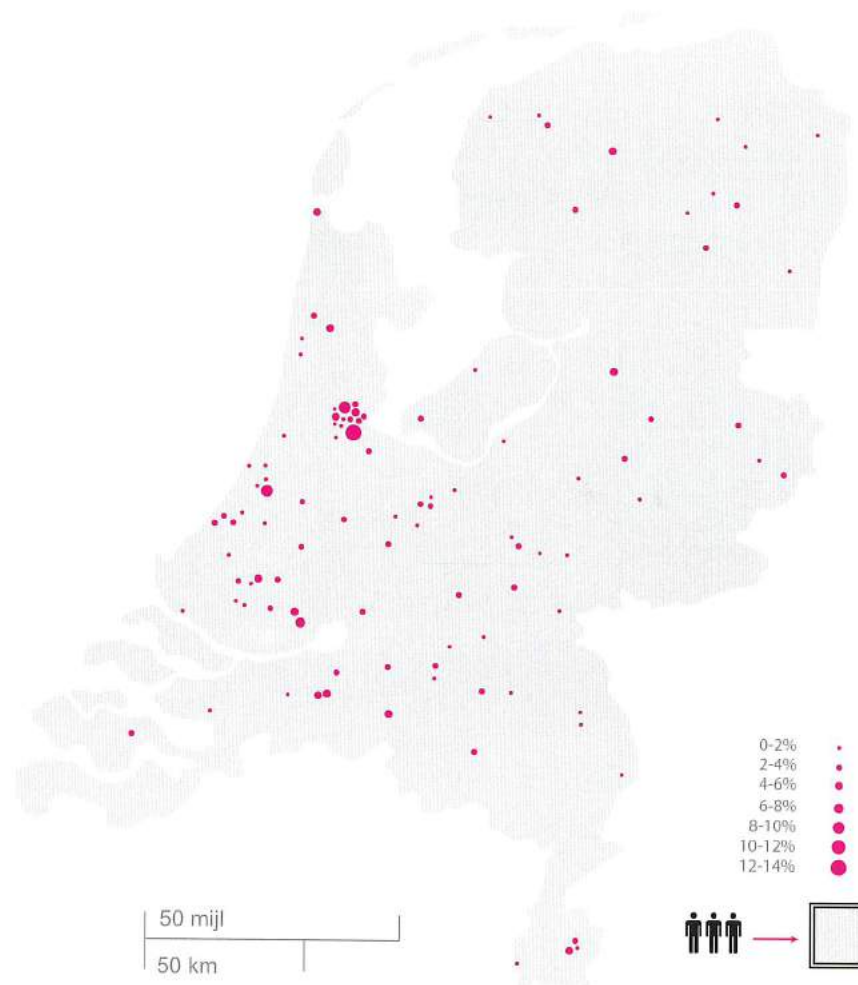
> figuur 7: aantal separeercellen in nederland 279 separeercellen totaal



Bron: Monitoring gebouwkwaliteit in de Geestelijke Gezondheidszorg;
Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2004

Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

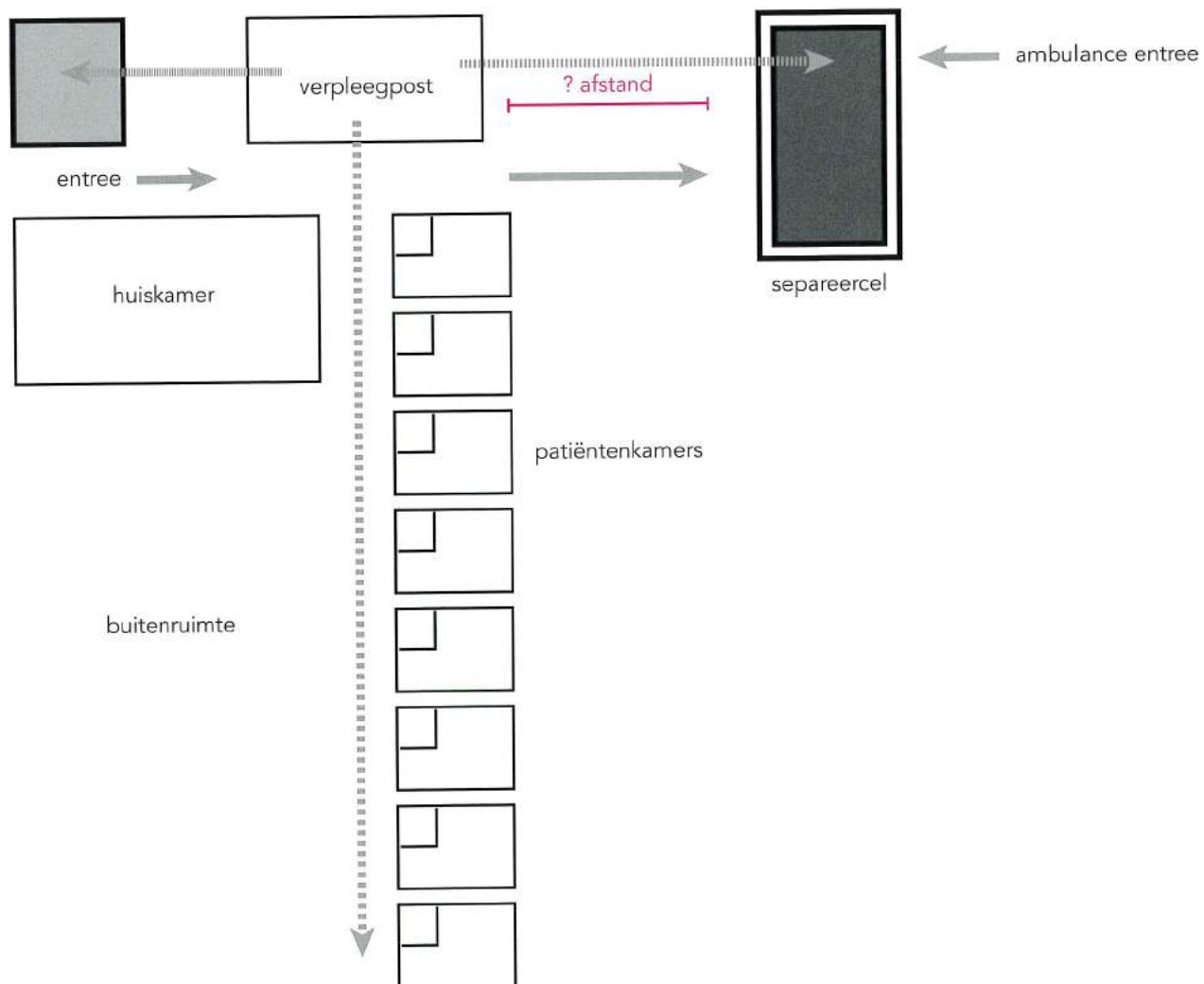
> figuur 8: verhouding aantal separeercellen en aantal patiënten



Bron: Monitoring gebouwkwaliteit in de Geestelijke Gezondheidszorg
Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2004

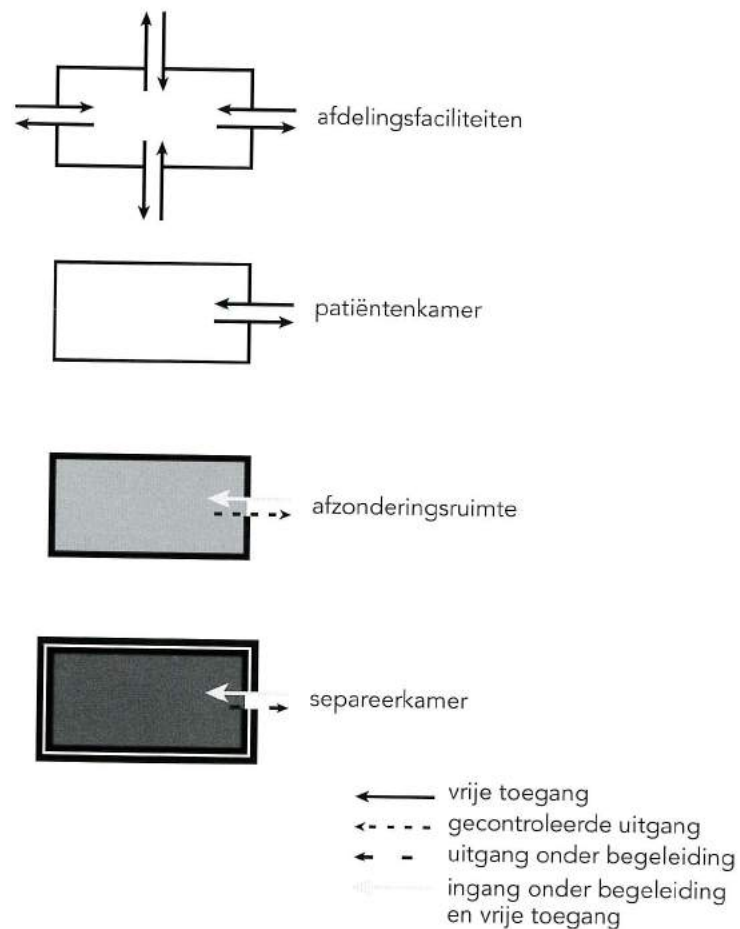
Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

> figuur 9a: componenten van de afdeling



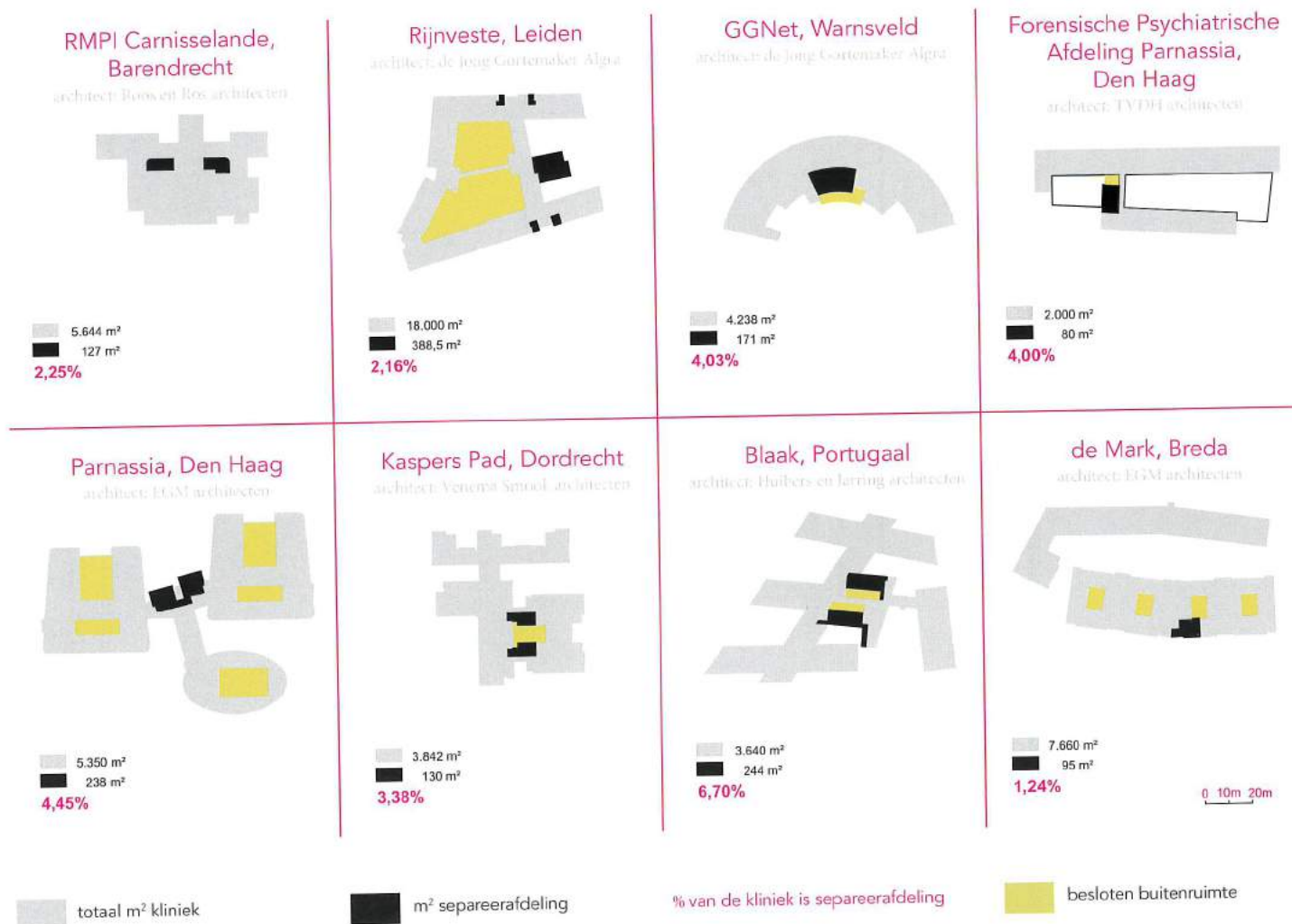
Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

> figuur 9b: toegankelijkheid verschillende faciliteiten afdeling



Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

> figuur 10: overzicht verschillende klinieken



Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

> figuur 11: overzicht verschillende separeerafdelingen



Waarom, waar, hoe wordt er gesepareerd in nederland?

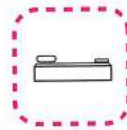
> figuur 14: mogelijke elementen in de separeercel



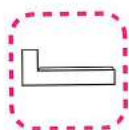
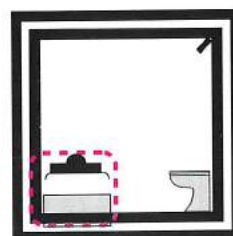
camera



toilet



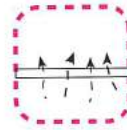
bed



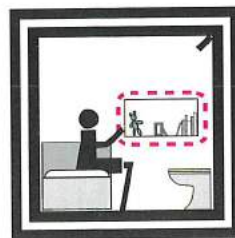
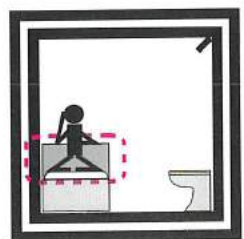
vaste tafel



vitrine

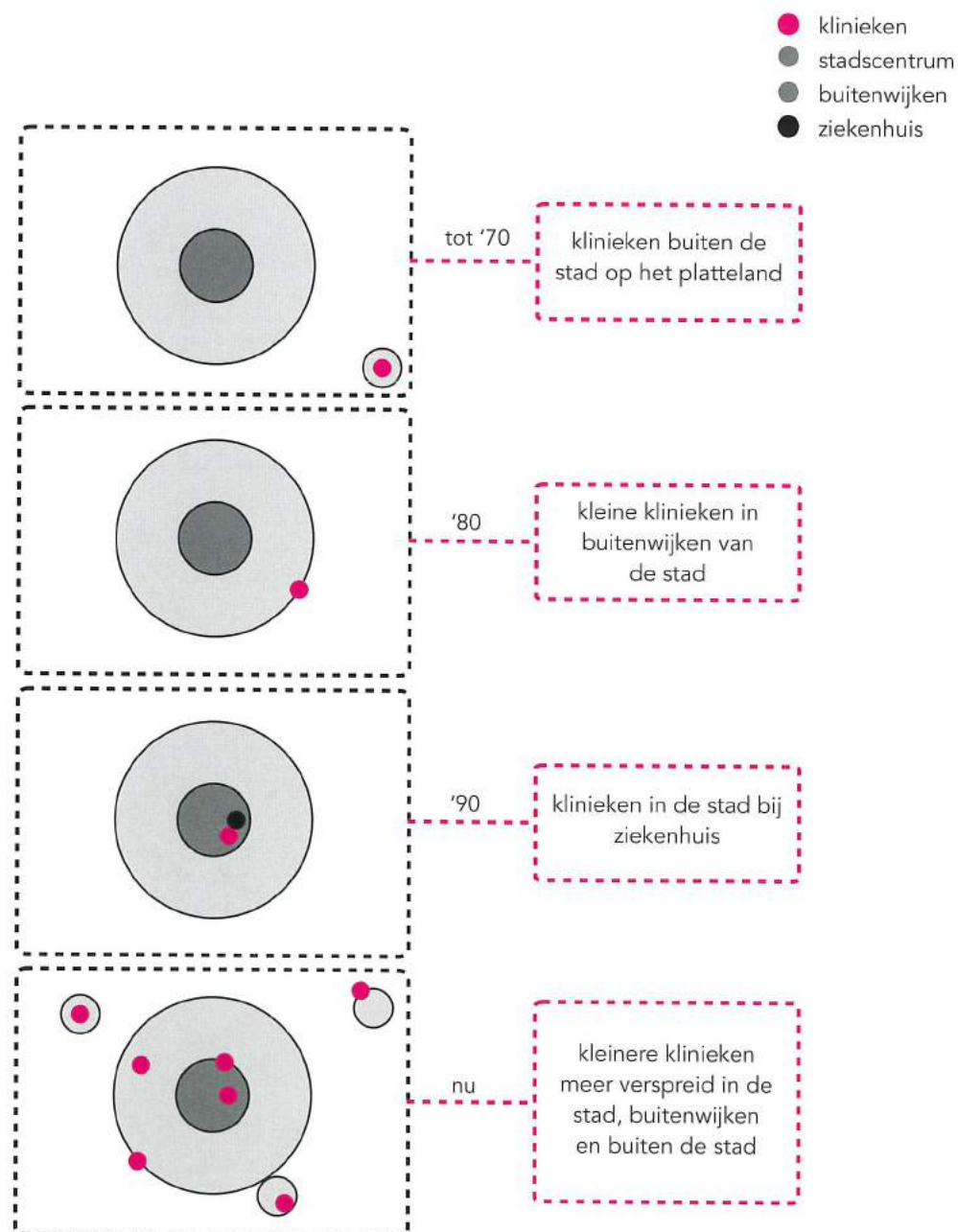


vloerverwarming



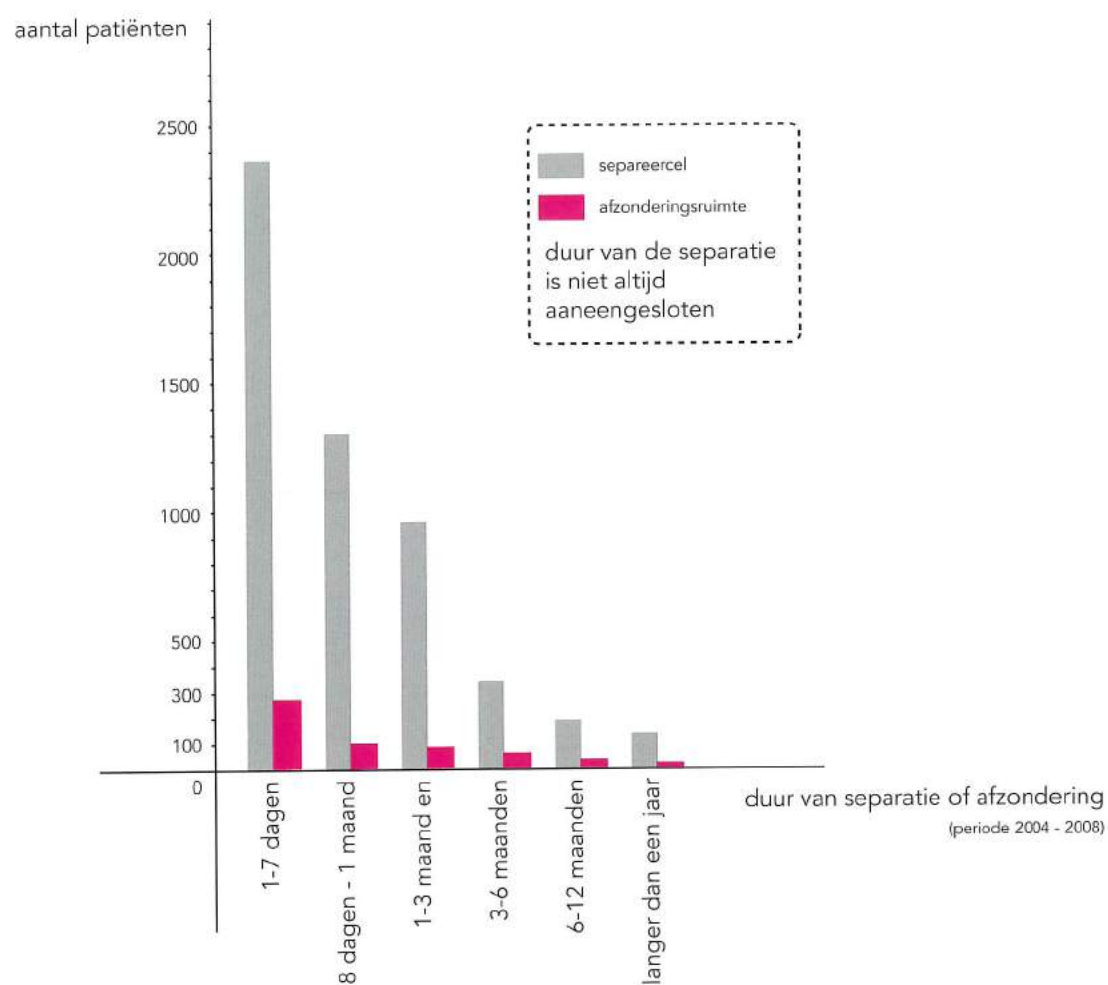
Historie: van opsluiten naar separeren

> figuur 15: historische locaties van klinieken



De invloed van de media

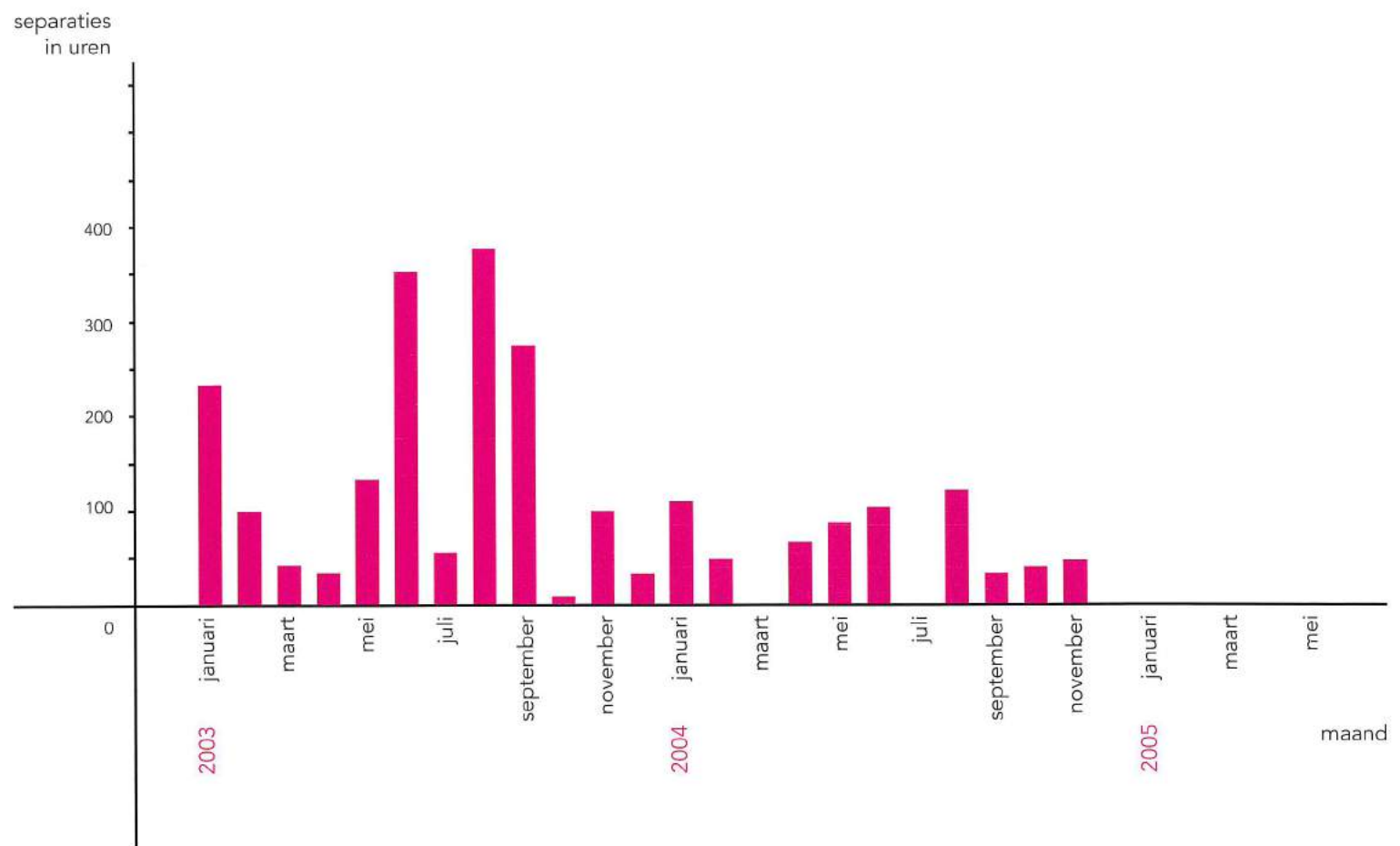
> figuur 16: duur separaties en afzonderingen



Bron: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Kantorsite, 8 april 2009, uitzending Nova 7 april 2009

De cultuuromslag: van beheersen naar voorkomen

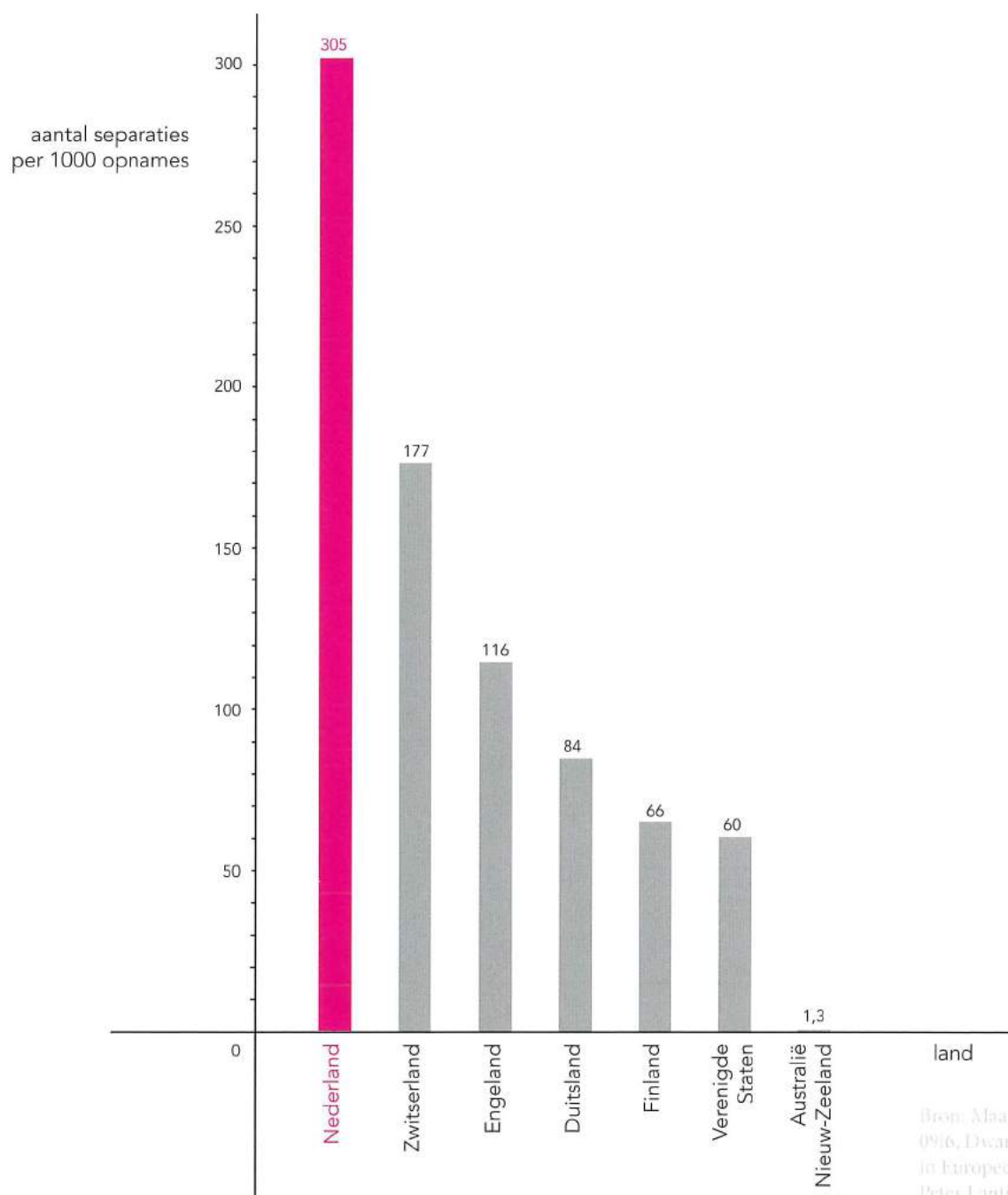
> figuur 17: separeervrij behandelen; Siependaal, Tiel



Bron: Maandblad Geestelijke volksgezondheid; 09/6. Dwang in de psychiatrie; artikel: Op weg naar intensieve psychiatrische zorg. J. Theunissen & H. Hesta, pp.561-570, juni 2009

Dwangtoepassing in de EU

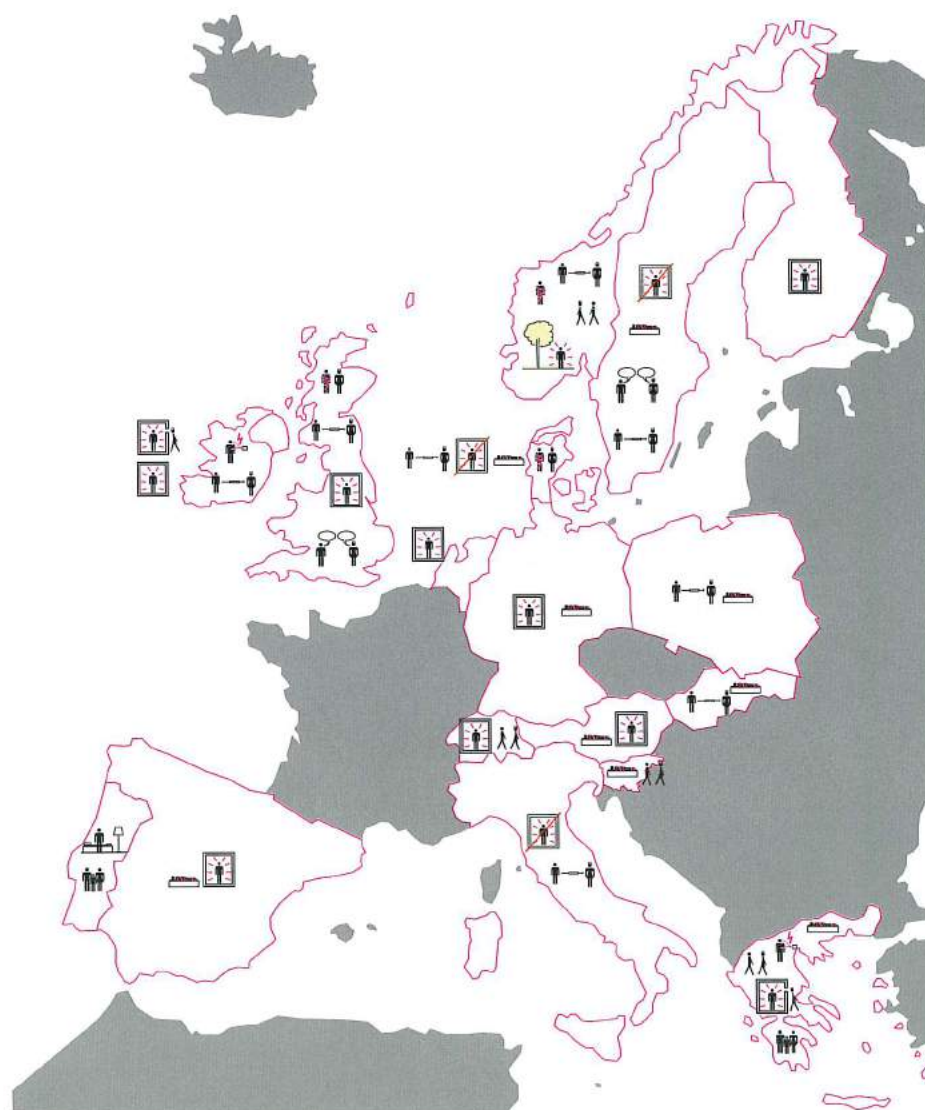
> figuur 18: separeercijfers uit het buitenland



Bron: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 09/6, Dwang in de psychiatrie; artikel: Separeren in Europees perspectief Bert van der Werf & Peter Lantink, juni 2009

Dwangtoepassing in de EU

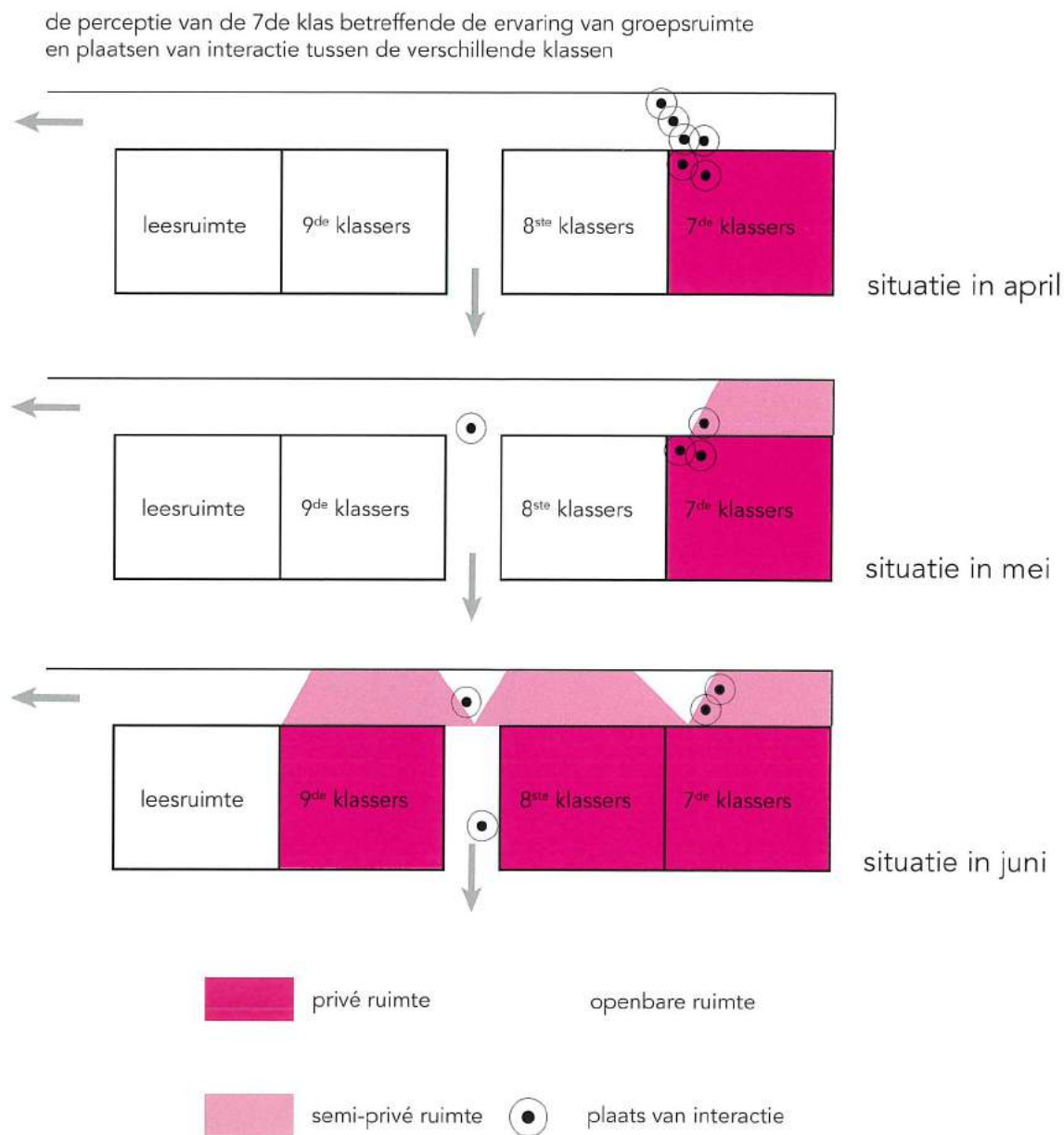
> figuur 19: toepassen van dwangmaatregelen in de EU



Bron: Tijdschrift voor Verpleegkundigen; 2004 nr. 11; Anouk Vorstelman;
Dossier klinisch: Het gebruik van dwang internationaal vergeleken;
november 2004

Ruimte en gedrag

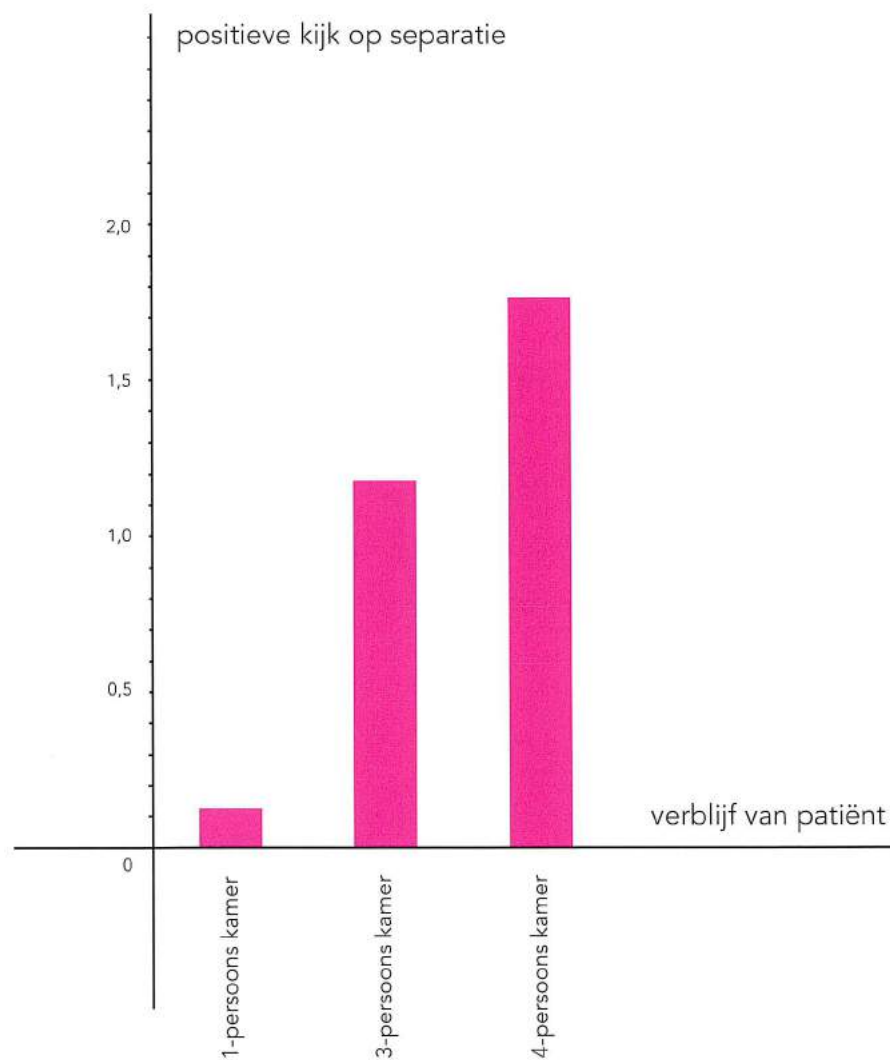
> figuur 20: perceptie van groepsruimte en plekken van interactie



From Sage Publications: artikel, Social and Environmental Psychology: Transaction between Physical Space and Group-Dynamic Processes, H. Minam and K. Tanaka, 1995

Ruimte en gedrag

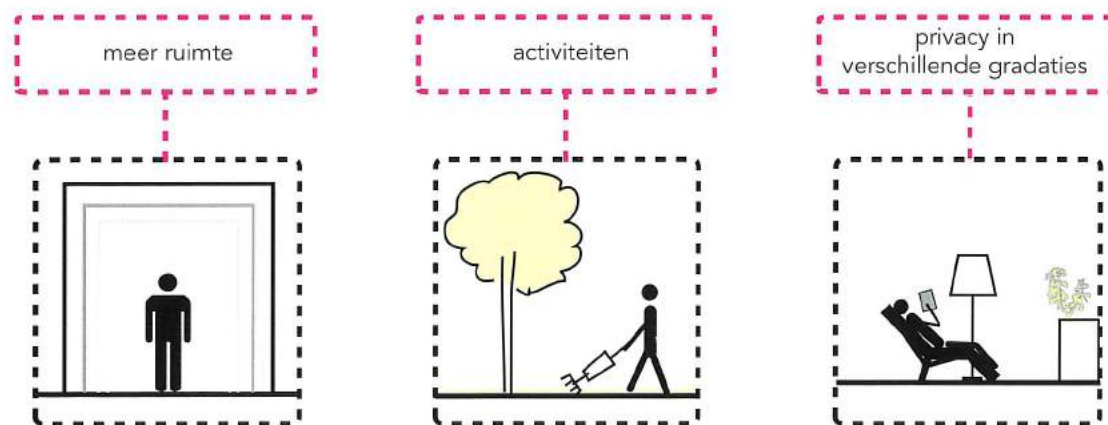
> figuur 21: mening patiënt over separatie



Bron: Archives of Psychiatric Nursing; jaargang 20 nummer 6 pp.282-287;
Are Patients' Views on Seclusion Associated With Lack of Privacy in the
Ward?, J. Stolker e.a., december 2006

Ruimte en gedrag

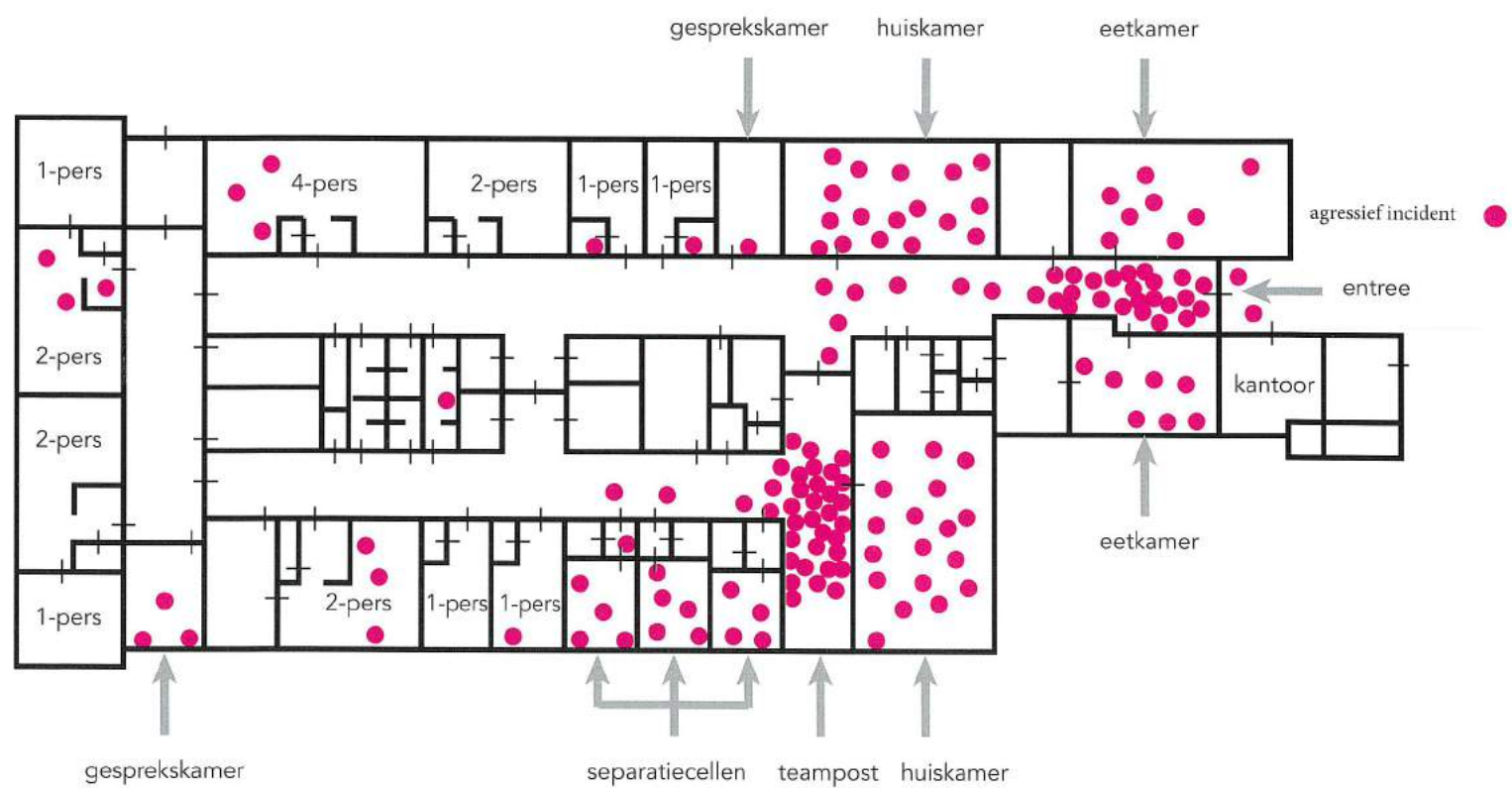
> figuur 22: ruimtelijke factoren die de kans op separeren kunnen verminderen



Bron: psy: tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving; jaargang 13
nummer 1: separeren is armoedebeleid; dossier; minder isoleercellen; Niels
Mulder; januari 2009

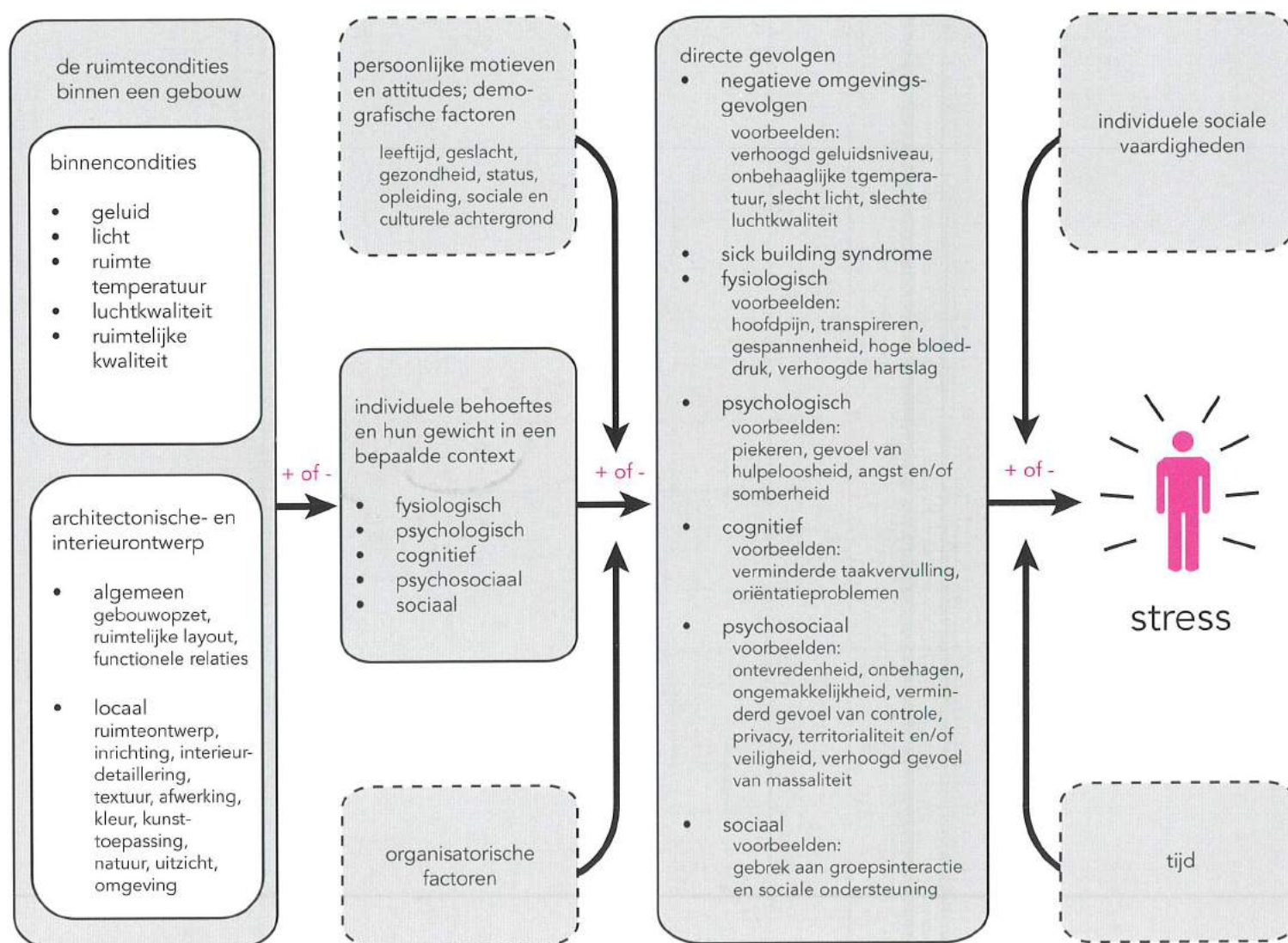
Ruimte en gedrag

> figuur 23: incidenten op de afdeling



Ruimte en gedrag

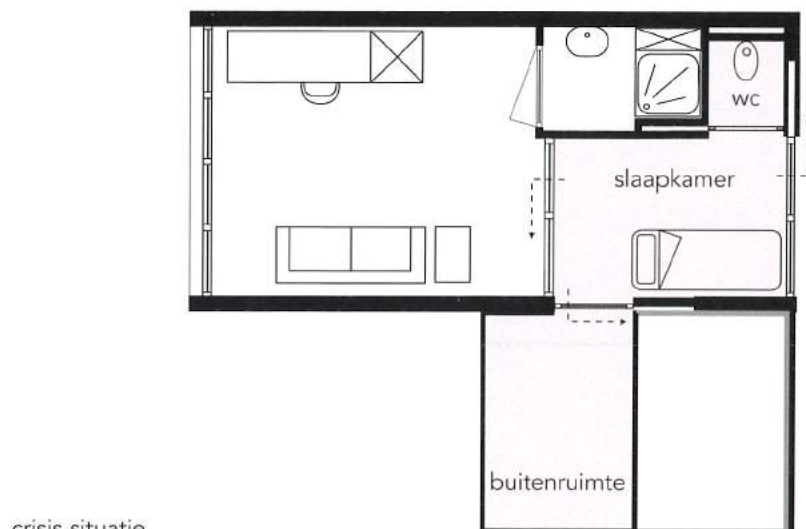
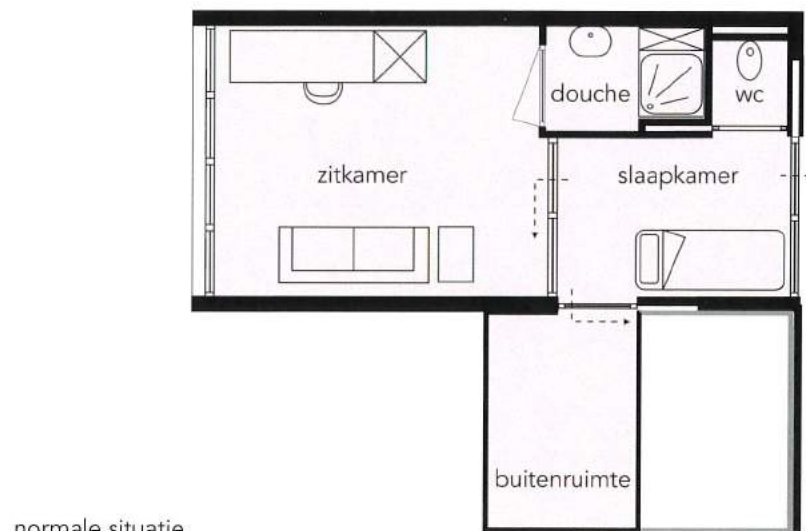
> figuur 24: procesdiagram van ruimtecondities leidend tot stress



From Sage Publications, article: A Review of the Empirical Literature on the Relationships Between Indoor Environment and Stress in Health Care and Office Settings: Problem and Prospects of Shifting Prevalence, M. Rashid en C. Zinberg, 2008

Ruimtelijke alternatieven voor separeren

> figuur 25: gesloten openheid

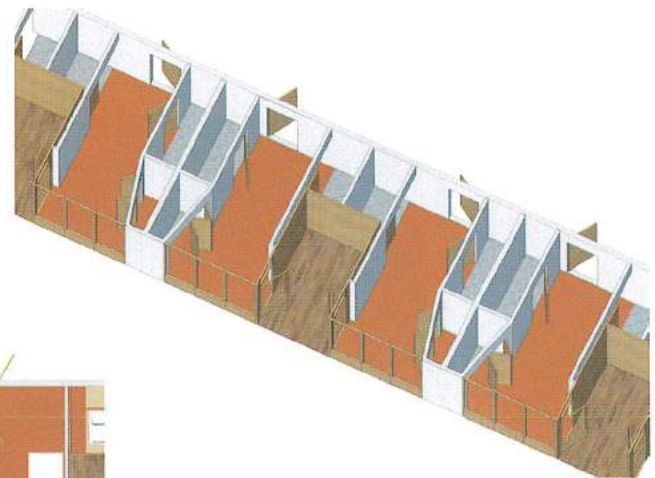
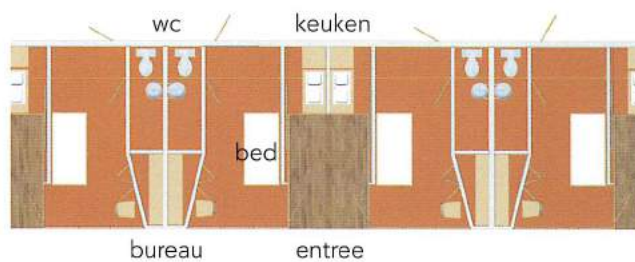


gesloten openheid
prijsvraag CBZ:
'Humane zorg in een gesloten setting'
architect: Architectuurplein

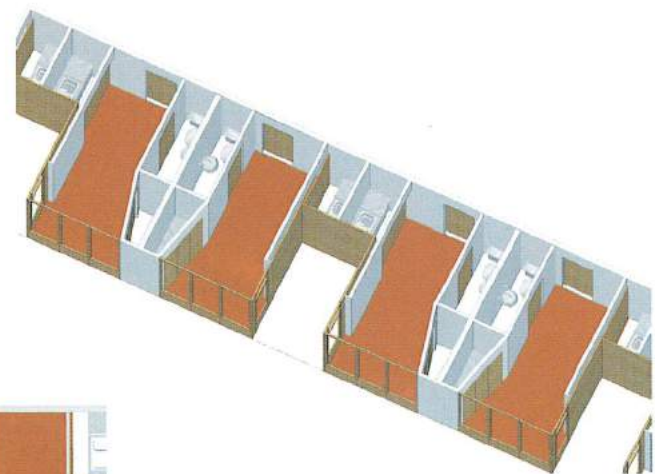
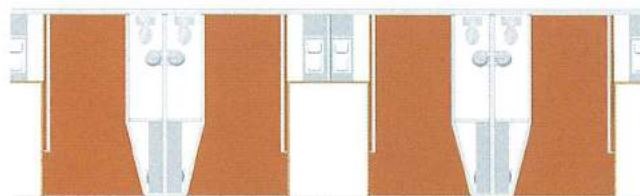
Ruimtelijke alternatieven voor separeren

> figuur 26: smart rooms

normale situatie:
gehele ruimte in gebruik



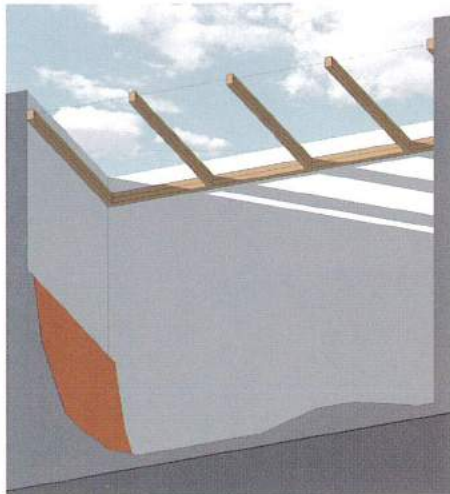
crisis situatie:
deuren sluiten;
beperkte ruimte



smart rooms
prijsvraag CBZ:
'Humane zorg in een gesloten setting'
architect: djGA

Ruimtelijke alternatieven voor separeren

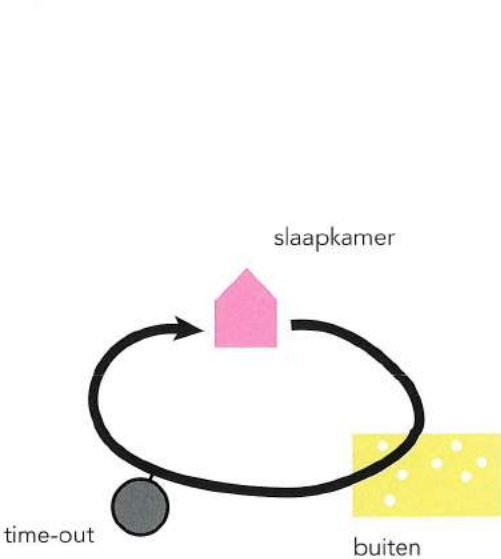
> figuur 27: openluchtkamer



openluchtkamer
prijsvraag CBZ:
'Humane zorg in een gesloten setting'
architect: Spatia architecten

Ruimtelijke alternatieven voor separeren

> figuur 28: Who is afraid of red, yellow and blue



time-out gesloten



time-out semi-open

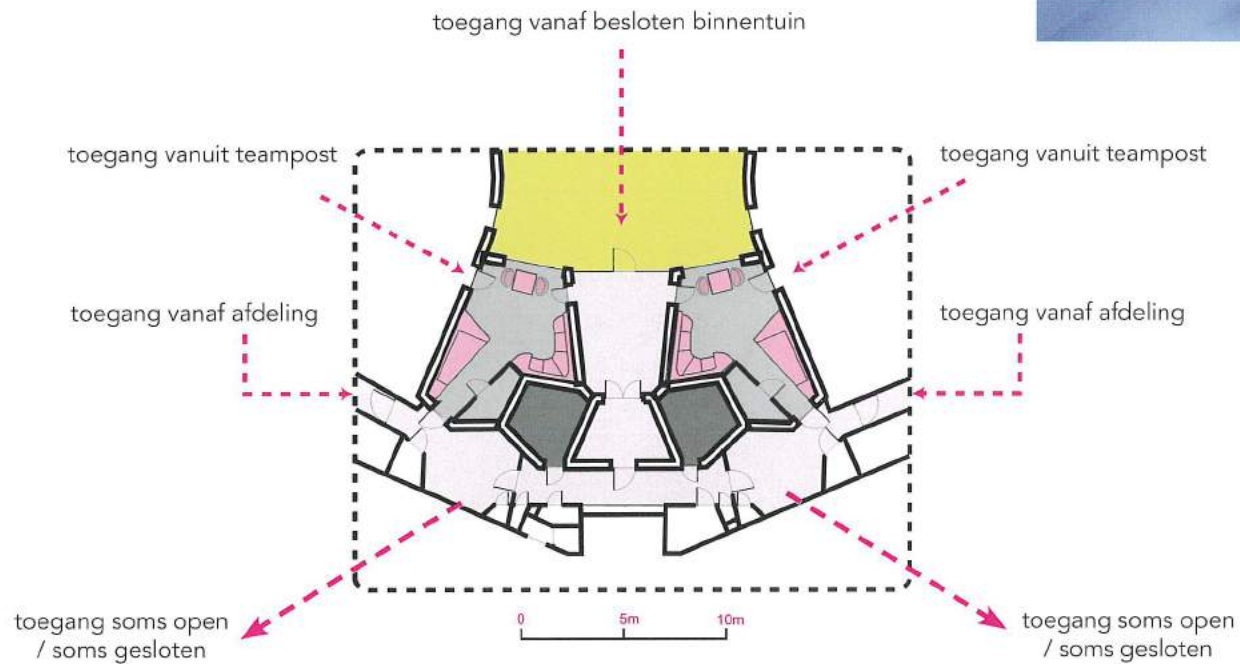


time-out open

Who is afraid of red, yellow and blue
prijsvraag CBZ:
'Humane zorg in een gesloten setting'
architect: O.N.X. architecten

Ruimtelijke alternatieven voor separeren

> figuur 29: De Gelderse Roos, Intensive Care Unit



De Gelderse Roos, Intensive Care Unit, Wolfheze
Architect: Pieter Oosterhout

Ruimtelijke alternatieven voor separeren

> figuur 30: Sinai Centrum, Intensive Care Unit

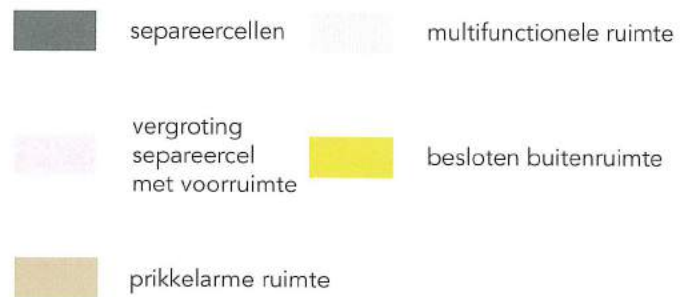


entree vanaf afdeling



entree vanuit buitenruimte

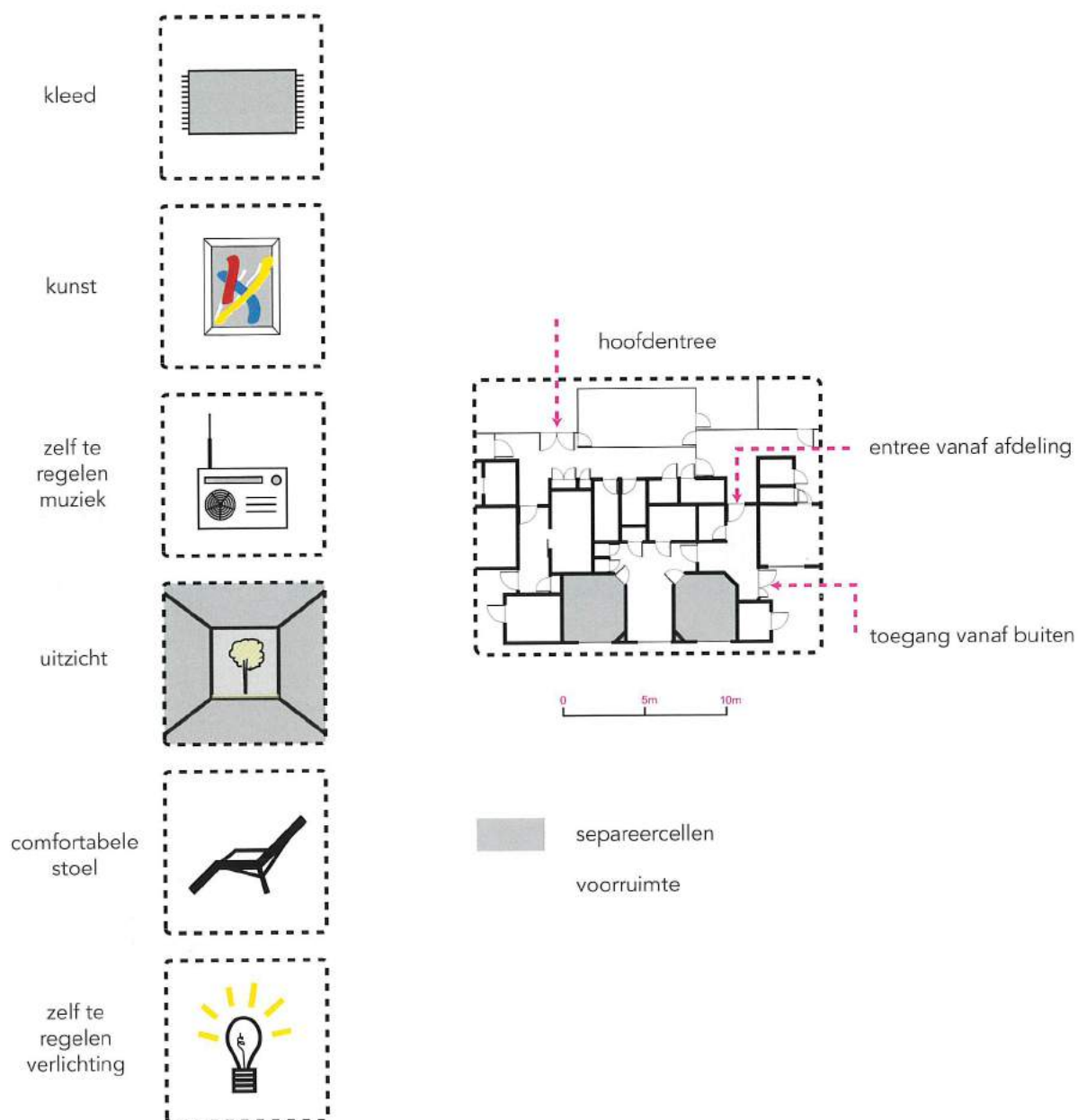
entree vanaf buiten



Sinai Centrum, Intensive Care Unit, Amstelveen
Architect: Greiner van Goor Huijten architecten

Ruimtelijke alternatieven voor separeren

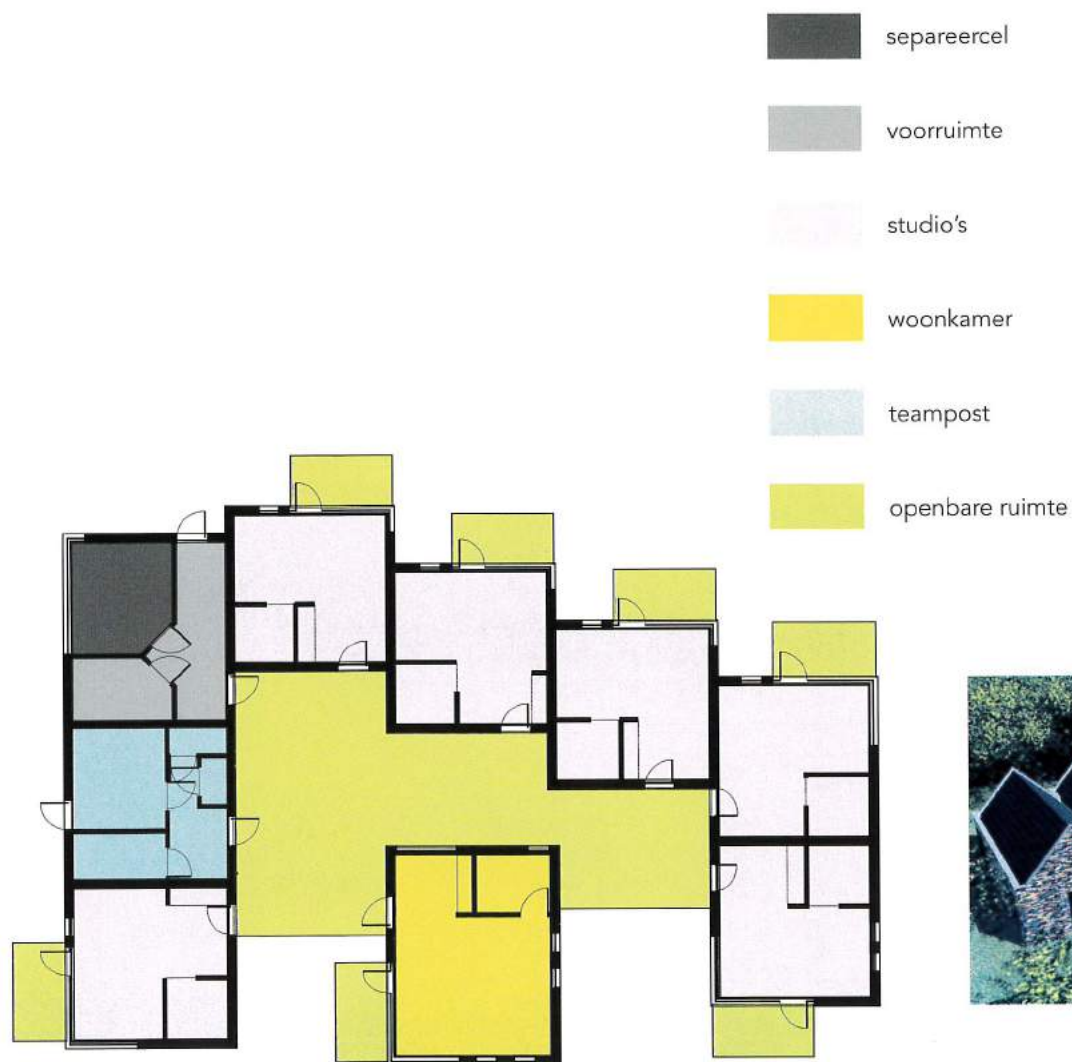
> figuur 31: GGZ de Meerkanten; De Duynenhof; comfortroom



GGZ de Meerkanten; De Duynenhof; comfort room, Ermelo
Architect: Nieuw Nederland Architecten

Ruimtelijke alternatieven voor separeren

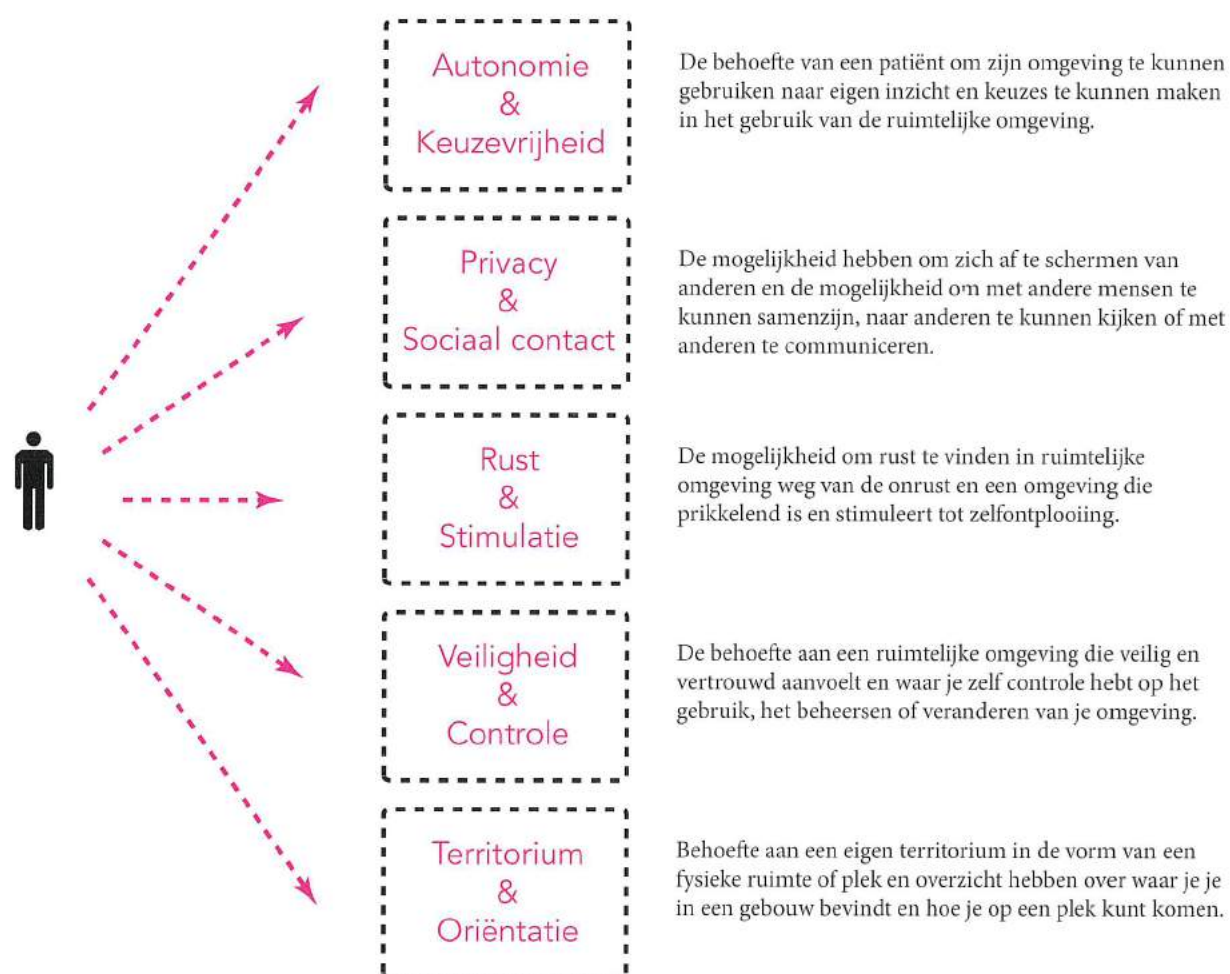
> figuur 32: De Wendel, Oostrum



De Wendel, Oostrum
architect: van Aken architectuur

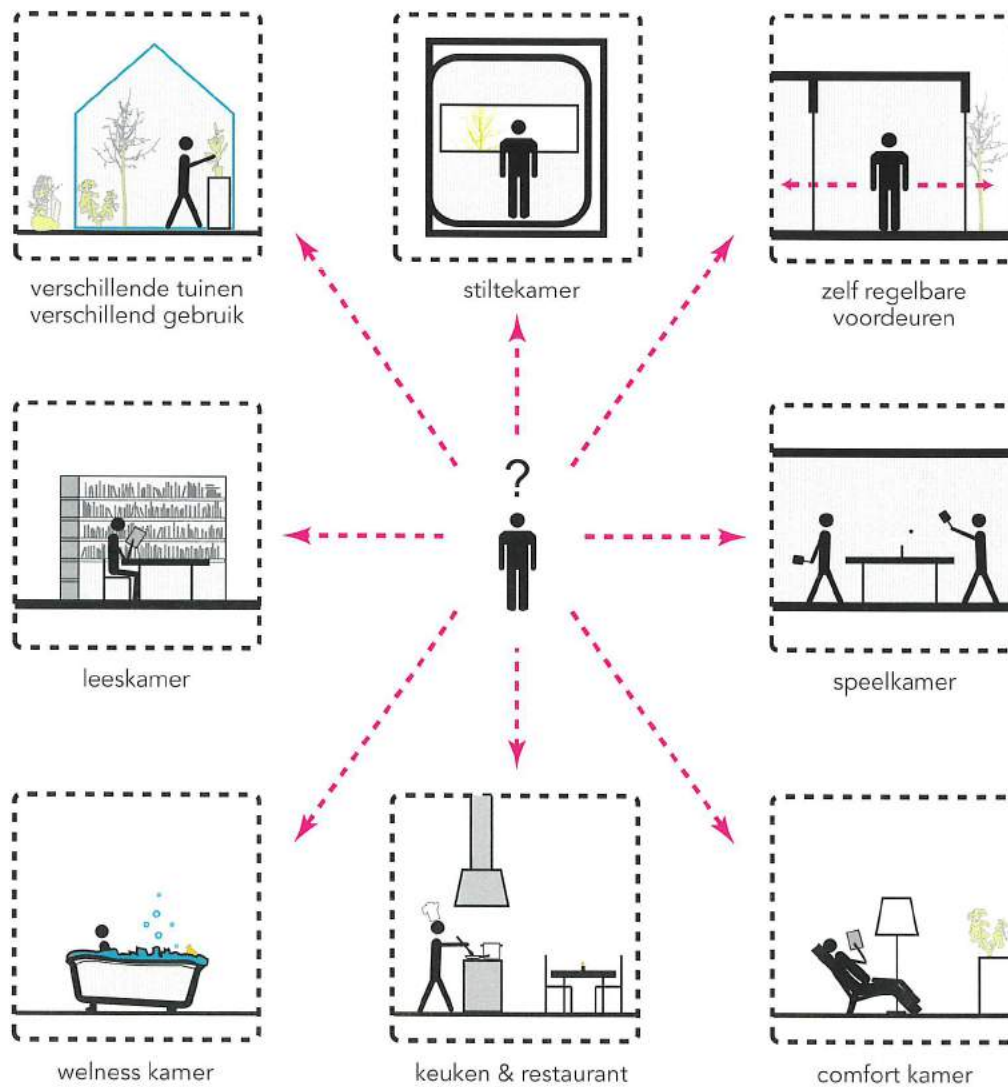
Open deuren: aanbevelingen en alternatieven

> figuur 33: thema's van invloed op de ruimtelijke omgeving



Open deuren: aanbevelingen en alternatieven

> figuur 34: het bieden van keuzes binnen de afdeling



Colofon

Open de laatste deur, ruimtelijke alternatieven voor separeren, is een initiatief van de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (Stagg).



www.stagg.nl

© 2010 de auteurs

ISBN 978-90-79293-02-5

Samenstelling en redactie:
Roelof Gortemaker en Femke Feenstra

Organisatie en coördinatie:
Pat Quintelier

Grafische vormgeving:
Anneke van der Stelt, Rotterdam

Druk:
drukkerij G.B. 't Hooft bv, Rotterdam

Bindwerk:
Binderij Kiel bv, Schiedam

Leden werkgroep ruimtelijke alternatieven voor separeren:

Eric Wendel (EGM architecten)
Roelof Gortemaker en Femke Feenstra (de Jong Gortemaker Algra)
Taco Tuinhof (RDH Architecten Stedenbouwkundigen)
Joram Nauta en Petra van der Schaaf (TNO Centrum Zorg en Bouw)

Sprekers studiemiddag:

Marleen Barth (voorzitter GGZ Nederland), dagvoorzitter
prof.dr. Henk Nijman (bijzonder hoogleraar forensische psychologie Radboud Universiteit en hoofdonderzoeker Altrecht, Utrecht)
dr. Laura Kaiser (psychiater Gelderse Roos, Wolfheze)
drs. Minke Simonis (psycholoog Gelderse Roos, Wolfheze)

Verder hebben meegewerkt:

Berlage Institute Rotterdam
Stichting Pandora
Christopher Shaw (architect, MAAP, London)

Masterclass:

Het Berlage Institute in Rotterdam organiseert naar aanleiding van de literatuurstudie een masterclass over het onderwerp. De masterclass zal worden geleid door de Britse architect Christopher Shaw.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission of the publisher.

Ledenlijst Stag

Nieuw Nederland Architecten BV
Waldeck Pyrmontlaan 22
3743 DE Baarn
035 542 20 26
www.nieuwnederlandarchitecten.nl

N S L Architecten
Postbus 90059
1006 BB Amsterdam
020 512 64 64
www.nsl.nl

Odeon Architecten b.v.
Postbus 1280
5602 BG Eindhoven
040 244 77 16
www.odeon.nl

OIII architecten
Grasweg 79
1031 HX Amsterdam
020 627 71 40
www.o-drie.nl

Oomen Architecten
Postbus 4916
4803 EX Breda
076 560 22 55
www.oomenarchitecten.nl

pi.unlimited bv
Hertog Reinoudsingel 156
5913 XH Venlo
077 351 70 56
www.piunlimited.nl

Quara
Soomerlustplein 4
2275 XM Voorburg
070 387 99 79
www.quara.nl

Architectenburo Roos en Ros BNI
BNA b.v.
Postbus 1631
3260 BC Oud Beijerland
0186 69 15 80
www.roosros.nl

Rothuizen van Doorn 't Hooft B.V.
Architecten Stedenbouwkundigen
Postbus 2128
4800 CC Breda
076 531 74 44
www.rdh.nl

Ruijsenaars-Cretier architectenburo
Postbus 364
3700 AJ Zeist
030 691 98 49
e-mail: info@ruijsenaarscretier.nl

Royal Haskoning Architecten
Postbus 705
3000 AS Rotterdam
010 44 33 666
www.royalhaskoningarchitecten.com

bv SBH architecten + adviseurs bna
Jansbinnensingel 1
6811 AJ Arnhem
026 377 97 97
www.sbh.nl

SPATIA architecten
Van Kinschotstraat 69
2614 XK Delft
015 262 40 97
www.spatia-architecten.nl

Spring architecten
Postbus 2202
3000 CE Rotterdam
010 41 32 790
www.spring-architecten.nl

Stam Architecten BNA
Zuidervaartdijk 14B
1561 ZE Krommenie
075 628 53 62
www.sarch.nl

Team 4 Architecten b.v.
Postbus 678
9700 AR Groningen
050 314 45 55
www.team4.nl

Topos Architecten bv
Postbus 37
2740 AA Waddinxveen
0182 39 43 44
www.toposarchitecten.nl

TVDHarchitecten
Postbus 16194
2500 BD 's-Gravenhage
070 445 23 00
www.tvdh.nl

Architectenbureau Hans van Twillert B.V.
Joris van den Berghweg 101
Hal A
1067 HP Amsterdam
020 614 71 57
www.hansvantwillert.nl

UNO architecten & ingenieurs
Marconistraat 38
3029 AK Rotterdam
010 411 59 59
www.unosite.nl

Architectenbureau Verweij Messnig & Partners
Amaliaaan 27
3743 KE Baarn
035 603 92 90
www.vmp.nl

VBW architecten
Postbus 179
6880 AD Velp Gld
026 362 93 01
www.vbwarchitecten.nl

Weeda Architecten BV
Schiedamsesingel 181
3012 BB Rotterdam
010 433 30 33
www.weedaarchitecten.nl

Wentink Architecten bv
Postbus 24
1398 ZG Muiden
0294 29 90 77
www.wentinkarchitecten.nl

Wiegerinck Architectuur en Stedenbouw
Postbus 2234
6802 CE Arnhem
026 351 53 43
www.wiegerinck.nl

Zijlstra Schipper Architectenbureau BNA
Postbus 143
1520 AC Wormerveer
075 616 55 66
www.zijlstraschipper.nl

Ledenlijst Stagg

CKPP architecten
Wijnhaven 44
3011 WS Rotterdam
010 411 06 88
www.ckpp.nl

Clevis-Kleinjans Architecten bv bna
Postbus 995
5900 AZ Venlo
077 382 91 41
www.clevis-kleinjans.nl

Compositie 5 Architectuur BV
Postbus 7086
4800 GB Breda
076 522 05 02
www.c5a.nl

DMV ARCHITECTEN
Euregiopark 4
6467 JE Kerkrade
045 566 03 05
www.dmvarchitecten.nl

EGM architecten bv
Postbus 298
3300 AG Dordrecht
078 633 06 60
www.egm.nl

Elemans Postma Van den Hork
Architecten
Postbus 27
5340 AA Oss
0412 64 69 48
www.eph.nl

Format Architecten bv BNA
Postbus 289
1620 AG Hoorn
0229 28 09 28
www.formatarchitecten.nl

GBS architecten B.V.
Zijde 133
2771 EV Boskoop
0172 21 37 46
www.gbsarchitecten.nl

GelukTreurniet Architecten
Postbus 199
3130 AD Vlaardingen
010 434 57 62
www.geluktreurniet.nl

Greiner Van Goor Huijten
Architecten b.v.
Schipluidenlaan 4
1062 HE Amsterdam
020 676 11 44
www.gharchitecten.nl

Grunstra Architecten Groep BNA
Postbus 128
8700 AC Bolsward
0515 57 36 46
www.grunstra.nl

Huibers en Jarring Architecten BNA
Kerkewijk 65
3901 EC Veenendaal
0318 52 23 24
www.huibersjarring.nl

IAA Architecten
Postbus 729
7500 AS Enschede
053 480 44 44
www.iaa-architecten.nl

I_KB architecten
Poulinkstraat 3
7607 GS Almelo
0546 85 00 12
www.ikbarchitecten.nl

Inbo Adviseurs Stedebouwkundigen
Architecten
Postbus 57
3930 EB Woudenberg
033 286 82 11
www.inbo.com

de Jong Gortemaker Algra
architecten en ingenieurs b.v.
Postbus 51113
3007 GC Rotterdam
010 297 30 30
www.djga.nl

Jorissen Simonetti architecten
Postbus 281
7000 AG Doetinchem
0314 34 15 12
www.jorissensimonettiarchitecten.nl

Architectenbureau Koldewij B.V.
Pilotenstraat 72
1059 CR Amsterdam
020 417 11 00
www.architectenbureaukoldewij.nl

KOW Architectuur
Postbus 205
2501 CE Den Haag
070 346 66 00
www.kow.nl

Leeuwenkamp Architecten
Postbus 405
1800 AK Alkmaar
072 515 16 44
www.leeuwenkamp.nl

Lengkeek Architecten en Ingenieurs b.v.
Postbus 59
3730 AB De Bilt
030 220 15 87
www.laib.nl

luijten | smeulders architecten bv
Wilhelminapark 11
5041 EA Tilburg
013 536 05 30
www.luijten-smeulders.nl

Manten en Lugthart architecten BNA
Backershagen 99 b
1082 GT Amsterdam
020 404 46 75

MAS architectuur bv
Postbus 76
3000 AB Rotterdam
010 413 68 56
www.masarchitectuur.nl

MTB Architecten
Postbus 649
7300 AP Apeldoorn
055 521 61 77
www.mtbarchitecten.nl

Adressenlijst

Berlage Institute

Botersloot 25, 3011 HE Rotterdam

Telefoon: 010 4030399

Centrum voor ethiek en gezondheid (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg)

Postadres: Postbus 19404, 2500 CK Den Haag

Bezoekadres: Parnassusplein 5, 2511 VX Den Haag

Telefoon: 070 3405815

GGZ Nederland

Postadres: Postbus 830, 3800 AV Amersfoort

Bezoekadres: Piet Mondriaanlaan 50/52, 3812 GV Amersfoort

Telefoon: 033 4608900

Landelijk Platform GGz

Maliebaan 71-h, 3581 CG Utrecht

Telefoon: 030 2363765

Stichting Pandora

2e Constantijn Huygensstraat 77, 1054 CS Amsterdam

Telefoon: 020 6851171

TNO, Centrum zorg en bouw

Postadres: Postbus 49, 2600 AA Delft

Bezoekadres: Van Mourik Broekmanweg 6, 2628 XE Delft

Telefoon: 015 2763000

Vereniging Ypsilon

Prins Bernhardlaan 177, 2273 DP Voorburg

Telefoon: 088 0002120

Ledenlijst Stagg

Stagg

www.stagg.nl

a/d amstel architecten

Postbus 9261

1006 AG Amsterdam

020 408 92 22

www.adamstel.nl

A12 Architecten bna

Postbus 1180

3900 BD Veenendaal

0318 51 90 08

www.a12architecten.nl

Archikon b.v. Architecten &

Constructeurs

Postbus 2075

4460 MB Goes

0113 22 36 20

www.archikon.nl

Architecten aan de Maas

Postbus 3061

6202 NB Maastricht

043 35150 00

www.architectenaandemaas.com

Architecten Van Mourik

Wassenaarseweg 32

2596 CJ 's-Gravenhage

070 360 68 30

www.architectenvanmourik.nl

HET ARCHITECTENHUIS

borkent & plug bv

Vosselmanstraat 504

7311 VX Apeldoorn

055 521 54 43

www.architectenhuis.nl

ARPROS Architecten

Architectuur en procesontwikkeling

Bocht van Guinea 25

2515 MA 's-Gravenhage

070 346 71 87

www.arpros.nl

atelier PRO architecten bv

Postbus 85616

2508 CH 's-Gravenhage

070 350 69 00

www.atelierPRO.nl

BBHD architecten

Postbus 141

1740 AC Schagen

0224 29 82 41

www.bbhd.nl

Van den Berg Groep

architectuur en advisering

Postbus 337

8260 AH Kampen

038 331 52 51

www.vandenberggroep.nl

Burger Grunstra architecten adviseurs

Hertog Aalbrechtweg 22b

1823 DL Alkmaar

072 567 90 10

www.burgergrunstra.nl

Websites

www.agressieinzorg.nl - Informatieplatform over omgang met agressie in de zorg
www.ceg.nl - Centrum voor ethiek en gezondheid, Zoetermeer
www.igz.nl - Inspectie voor de gezondheidszorg
www.platformggz.nl - Landelijk Platform GGZ
www.psy.nl - Maandblad Psy (over geestelijke gezondheid & verslaving)
www.minvws.nl - Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
www.ypsilon.org - Vereniging Ypsilon
www.nvspv.nl - V & VN, beroepsvereniging Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
www.stichtingpandora.nl - Stichting Pandora
www.mindrights.nl - Actiegroep Tekeer tegen de isoleer!
www.tekeertegendeisoleer.web-log.nl - Weblog Actiegroep Tekeer tegen de isoleer!
www.novativ.nl - Separeren: inspectie voor de gezondheidszorg: 'Instellingen overtreden de wet' (2 december 2006) langer dan een jaar in de isoleer (7 april 2009) Minister Klink wil gebruik isoleercellen halveren (8 april 2009) Psychiatrische kliniek gesloten na sterfgeval (22 september 2008)
www.pvp.nl - Stichting PVP, vertrouwenspersonen in de zorg
www.hetoudegesticht.com - De geschiedenis van de psychiatrie
www.mens-en-samenleving.infonu.nl - InfoNu, online bibliotheek over Mens en Samenleving
www.noviomagus.nl - Stichting Noviomagus.nl, geschiedeniswebsite over Nijmegen
www.hetutrechtsarchief.nl - Het Utrechts Archief, geschiedenis en archief van de provincie en de stad Utrecht
www.psy.nl - Psy, GGZ platform over geestelijke gezondheid en verslaving
www.johannesvanduurenprijs.nl - Stichting Johannes van Duurenprijs
www.volkskrant.nl - de Volkskrant
www.ggznederland.nl - GGZ Nederland is de brancheorganisatie van de instellingen in de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg.
www.nrc.nl - NRC handelsblad
www.reiniervanarkelgroep.nl - De Reinier van Arkel groep regionaal GGZ-Centrum
www.signalsymposia.com - Signal Symposia is een organisatiebureau welke recente ontwikkelingen in de Geestelijke Gezondheidszorg voor het voetlicht brengt door het organiseren van seminars en praktijkdagen.

Beeldenverantwoording

van Aken architectuur: pag. 77
 EGM architecten: pag. 54, 55
 Elsevier Inc.: pag. 65
 European Journal of Psychiatry: pag. 67
 De Gelderse Roos: pag. 33, 34, 74
 Greiner van Goor Huijten architecten: pag. 75
 Huibers en Jarring architecten: pag. 54, 55
 de Jong Gortemaker Algra: pag. 54, 55
 De nationale beeldbank: pag. 12 + omslagfoto
 Nieuw Nederland Architecten: pag. 76
 Het oude gesticht: pag. 8, 9
 Redactie bureau Maandblad Geestelijke volksgezondheid: pag. 61
 Roos en Ros architecten: pag. 54, 55
 Sage publications: pag. 64, 68
 TNO Centrum Zorg en bouw: pag. 70, 71, 72, 73, 77
 TVDH architecten: pag. 54, 55
 Venema Smook architecten: pag. 54, 55

 De uitgever heeft ernaar gestreefd alle rechthebbenden te traceren. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Literatuurlijst

- Weeda, F. (2010). *Inspectie: willekeur plaatsing gevangene isoleercel*. In: NRC Handelsblad dinsdag 9 februari 2010.
- Welles, F. en Bij 't Vuur, P. (2009). *Minder vragen en klachten over separatie door dwang & drangprojecten*. In: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, Dwang in de psychiatrie. 2009, 6 MGv, 64, 510-520.
- Werf, dr. L.J. v.d. (2002). *Discussie over dwang in Europa. Primum non nocere; geen schade toebrengen*. In: nieuwsbrief Dwang en Drang 1(1), 4-5.
- Werf, dr. L.J. v.d. (2003). *De separeer en de prikkelarme omgeving*. In: Sociale Psychiatrie, afdelingsblad V&VN-SPV, nr. 69 oktober 2003.
- Werf, dr. L.J. v.d. (2004-2009). *Signaleringsplannen: naar minder agressie en dwang in de klinische psychiatrie; Dwangtoepassing in Europa: is Nederland voortrekkers of achterloper?; Over bejegening en begeleiding; Checklist readiness for change*. Artikelen op de website: SignalSymposia www.signalsymposia.com.
- Werf, dr. L.J. v.d., Lantink P. (2009). *Separeren in Europees perspectief*. In: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, Dwang in de psychiatrie. 2009, 6 MGv, 64, 471-479.
- Widdershoven, G.A.M., Berghmans, R.L.P., Molewijk, A.C. (2000). *Autonomie in de psychiatrie*. Essay in: Tijdschrift voor psychiatrie 42(2000)6, 389-398.
- Wilmink, M. (2007). *'Geen cel maar zorg'. Het móet kunnen zonder dwang en drang*. In: Sociale Psychiatrie, afdelingsblad V&VN-SPV, maart 2007 41-47.
- Ypsilon, Vereniging (2008). *Gezocht: Aandacht, observatie en aanwezigheid*. Rapport meldweek separeerpraktijk. Voorburg: Vereniging Ypsilon.

Symposia

- Bert v.d. Werf (16 juni 2005): symposium: *Alternatieven voor separatie*: Ecodrome, Zwolle
- College Bouw Ziekenhuis Voorzieningen (8 april 2008): studiemiddag: *Separeren in de GGZ*: Delta Psychiatrisch Ziekenhuis, Poortugaal
- De Gelderse Roos (23 april 2008): studiedag: *Een speciale ruimte voor speciale situaties: alternatief voor de separeer?* De Gelderse Roos, Wolfheze
- Werkgroep 'Dwang en Drang' van LPGGz (29 november 2008), *Conferentie Dwang en Drang 4*, Regardz De Eenhorn, Amersfoort
- GGZ Nederland (11 december 2008): congres: *Van beheersen naar voorkomen*: de Meervaart, Amsterdam
- LPGGz en Vereniging van PAAZmanagers (24 april 2009), *Invitational Conference PAAZ-en*, Gelreziekenhuis, Alpeldoorn
- Stichting Kwadraad (8 november 2007), *'Met meer ervaringskennis, minder separaties'*, Kwadraad, Utrecht

Literatuurlijst

- Kerkhof, M.P.N. van (2009). *Psychiaters komen met een dwangrichtlijn*. In: Psy, tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving, 13(1) p. 37.
- Klink, A., Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2009). *Aantallen langdurige afzonderingen in de GGZ*. Kamerstukken, 8 april 2009.
- Kramer, L. (2008). *Op blote voeten. Ervaringen in de isoleer*. Cliëntenwerkgroep Dwang Bedwingen. Mentrum.
- Kusters, W., Gerrits, S., Tukker, J. (2007). *Alleen. Berichten uit de isoleercel*. Rotterdam: Uitgeverij Lemniscaat.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Verpleegkundig Wetenschappelijke raad (2001). *Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg*. Een richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden in een multidisciplinaire omgeving
- Langelaan, M. (2009). *Dossier: Separeren is armoedebod*. In: Psy, tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving 13(1), 28-40.
- Minami, H. en Tanaka, K.; *Social and Environmental Psychology: Transaction between Physical Space and Group-Dynamic Processes* in: Environment and Behavior, 1995(27), 43 e.v.
- PandoraNieuws (2004). *Extra PandoraNieuws: Dwangspecial I*, april 2004.
- Ploeger, D. (2009). *Professionele maskers afzetten*. In Psy, tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving, 13(1), 34.
- Polstra, L., Jonge, M. de, Verkerk, M. (2002). *Varianten van drang*. In: Sociale Psychiatrie, afdelingsblad V&VN-SPV, nr. 65 oktober 2002.
- Prinsen, E., (2009). *Zonder de separeer kan psychiater niet*. Artikel in: Trouw, Podium, 1 mei 2009.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1997). *Beter (z)onder dwang?* Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Rashid, M. en Zimring, C.; *A Review of the Empirical Literature on the Relationships Between Indoor Environment and Stress in Health Care and Office Settings: Problems and Prospects of Sharing Evidence*. In: Environment and Behavior, 2008 (40), 151 e.v.
- Richter, D., Whittington, R. (red.), (2006). *Violence in Mental Health Settings. Causes, Consequences, Management*. New York: Springer Science+Business Media.
- Salize, H.J., Dreßing, H., Peitz, M. (2002). *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU-Member States*. Final report. Mannheim: Central Institute of Mental Health.
- Schermer, dr. M.H.N. (2003). *Dwang en informele dwang in de zorg*. Hoofdstuk 3 in het rapport: *Signalering Ethiek en Gezondheid 2003*. Zoetermeer: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- Santegoeds, J. (2009). *Dwang verstoort de zorgrelatie*. In: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, Dwang in de psychiatrie. 2009, 6 MGv, 64, 450-456.
- Sebba, R. en Churchman, A.; *Territories and Territoriality in the Home*. In: Environment and Behavior, 1983 (15), 191 e.v.
- Stagg (2001); *Ruimte voor patiënten, bouwen aan ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief*.
- Stolker, J. Nijman H. Zwannikken, P. (2004) *Separatie: een noodzakelijk kwaad?* Maandblad Geestelijke volksgezondheid 04|3. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stolker, J.J., Hugenholtz, G.W.K., Heerdink, E.R., Nijman, H.L.I., Leufkens, H.G.M., Nolen, W.A. (2005). *Seclusion and the use of antipsychotics in hospitalized psychiatric patients*. In: Psychology, Crime & Law, 11(4), 489-495.
- Stolker, J., Nijman. H. en Zwanikken. P.H. (2006) *Are patients' views on seclusion associated with lack of privacy in the ward?* In: Archives of Psychiatric Nursing. Vol. 20, No 6, 2006.
- Theunissen, J. en Hesta, H. (2009). *Op weg naar intensieve psychiatrische zorg*. In: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, Dwang in de psychiatrie. 2009, 6 MGv, 64, 561-570.
- Tilburg, W. van, Veldhuizen, J.R. van, Beijaert, E.W., Ven-Dijkman, M.V. van de, Mulder, C.L.; Schulte, P.F.J., Sikkens, E.P.K. en Tholen, A.J. (2008). *Richtlijn. Besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang. Utrecht: uitgeverij De Tijdstroom.
- Veen, R.C.A. de, Vruwink, F.J., Voskes, Y., Mulder, C.L., Noorthoorn E.O. (2009). *Het Comfortroom-project Mediant*. In: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, Dwang in de psychiatrie. 2009, 6 MGv, 64, 551-560.
- Vorselman, A., (2004). *Het gebruik van dwang internationaal vergeleken*. Tijdschrift voor Verpleegkundigen.
- Wassink, M., Wilde, G. de, Hoeven, C. van der (2009). *Dwang en drang in de psychiatrie. Een verkenning*. Eindrapportage van het Landelijk Platform GGz. Utrecht: LPGGz.

Literatuurlijst

- Abma, T., Widdershoven, G., Lendemeijer, B., (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Uitgeverij Lemma.
- Beltman, H., (2001). *Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1945-2000*. Proefschrift ter verkrijging van het doctoraat in de Medische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, 25 april 2001.
- Bos, F., (2004). 'Naakt in de isoleercel'. Over lichamelijke en lichaamstaal in de psychiatrie. In: nieuwsbrief Dwang en Drang, februari 2004.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2003). *Veiligheidsvoorzieningen in de GGZ*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2003). *Separer- en afzonderingsvoorzieningen*. Bouwmaatstaven voor nieuwbouw. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Troost-Filipović, B, Schaaf, P.S. van der, e.a. (2004) *Zorgzame architectuur. Humane zorg in een gesloten setting*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2005). *Gewoon als het kan, bijzonder als het moet. Verblijfsconcepten binnen de AWBZ*. Good practice cahier 1. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- College bouw zorginstellingen (2006). *Kortdurende psychiatrie onder één dak. RGC-concepten in de praktijk*. Good practice cahier 2. Utrecht: College bouw zorginstellingen.
- Dekker, J. (1989). *Stenen voor brood*. Utrecht: Uitgeverij Cliëntenbond
- Delft, S. van (2009). *Strenger inspecteren*. In: Psy, tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving, 13(1), 38-39.
- Delft, S. van (2009). *Dwang in Europa*. In: Psy, tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving, 13(1), 40.
- Devlin, A.S. (1992). *Psychiatric Ward Renovation: Staff Perception and Patient Behavior*. In: Environment and Behavior, 1992 (24), 66 e.v.
- Dorp, M. van (2009). *Hoe voorkom je separatie? Jeugdzorgers over veranderde aanpak jji's en jeugdzorg-plus*. In: JeugdenCo voor professionals in de jeugdsector. Juni 2009 24-25.
- Gelderse Roos, De (2009). *Cliëntenfolder, Langdurige Zorg Volwassenen*. Gespecialiseerde Psychiatrie Wolfheze.
- Gelderse roos, De (2009). *Aanmeldingsformulier IGZ ZorgVeiligePrijs*, locatie GPW, afdeling Langdurige Zorg Volwassenen.
- Gemert, Prof. dr. G.H. van, Minderaa, Prof. dr. R.B. (2000). *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Assen. Uitgeverij: Van Gorcum & Comp. B.V.
- GGZ Nederland (2008). 'Van beheersen naar voorkomen'. *Stand van zaken rond het verminderen van separaties in de GGZ in Nederland*. Onderzoeksrapport, Herrmann, G.. Amersfoort.
- GGZ Nederland (2009). *Politiek: separaties in hoog tempo terugdringen*. Op: Nieuwssite GGZ Nederland, 14 april 2009, www.ggz nederland.nl
- Hamel, C.J.C., Jackson, D.S., (2008). *Special Report: Highlights of the 2007 Institute on Psychiatric Services*. In: Psychiatric Services, A Journal of the American Psychiatric Association, 59(1), 8-13
- Henskens, R., Muusse, C., (2008). *Zoektocht naar minder dwang en drang in de GGZ*. Artikel op de nieuwssite van: Agressie in de zorg
- Henskens, R., Muusse, C., (2009). *Van beheersen naar betrokkenheid*. In: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, Dwang in de psychiatrie. 2009, 6 MGv, 64, 437-449.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (2004). *De uitvoering van de Wet Bopz vraagt meer aandacht*. De resultaten van vier thematische onderzoeken op het terrein van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (2008). *Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg*. Onderzoek naar insluiting in de separeer op de eerste dag van opname in psychiatrische opnameafdelingen van GGZ-instellingen. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (2009). *Rapport naar aanleiding van het thematisch toezichtbezoek VMS aan het Refaja Ziekenhuis d.d. 27 Januari 2009 te Stadskanaal*. Utrecht: Inspectie voor de gezondheidszorg.
- Kaiser, L.H.W.M. (2005). *Minimaal separeren dankzij maximale inzet. Separatie: preventie en beleid*. De Gelderse Roos, afdeling LZV.
- Kerkhof, M.P.N. van de (2007). 'Ik zie mezelf als mensenrechtenactivist'. *Interview met Jolijn Santegoeds*. In: Psy, tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving 11(10), 15-18.
- Kerkhof, M.P.N. van de (2008). *Separerenvrije psychiatrie*. In: Psy, tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving 12(2), 23-27.

Afkortingen

SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
STAGG	Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg
TBS	Terbeschikkingstelling
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
UMC	Universitair Medisch Centrum
VWS	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad
ZonMW	Zorgonderzoek Nederland en NWO-Medische Wetenschappen (gefuseerd tot ZonMw)

Afkortingen

AFP	Ambulante Forensische Psychiatrie	KJP	Kinder- en jeugdpsychiatrie
AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
AMC	Academisch Medisch Centrum	LIP	Landelijk Informatiepunt Patiënten
APD	Acuut Psychiatrische Dienst	M&M	Middelen en Maatregelen (dwangmaatregelen van de Bopz)
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis	MBT	Mobiel behandelteam
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	MFE	Multifunctionele Eenheid
Wet Bopz	Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen	MFC	Multifunctioneel Centrum
BNA	Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Bouwkunst Bond van Nederlandse Architecten	NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
BW	Burgerlijk Wetboek	NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
BW (BeWo)	Beschermende Woonvorm	NVPV	Nederlandse Vereniging van Psychiatrisch Verpleegkundigen
CPZ	Categoriaal Psychiatrisch Ziekenhuis	NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
EPD	Elektronisch Patiëntendossier	OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
EUFAMI	European Federation of Associations of families of Mentally Ill people	OTS	Ondertoezichtstelling
EVIPRG	European Violence in Psychiatry Research Group	PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
EVRM	Europees verdrag voor de rechten van de mens	PICU	Psychiatric Intensive Care Unit
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling	PIJ	Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst	PVP	Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst	PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	RGC	Regionaal GGZ Centrum
GGZ Nederland	brancheorganisatie van de instellingen in de Geestelijke Gezondheids- en Verslavingszorg	RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
HAT	Huisvesting voor Alleenstaanden en Tweepersoonshuishoudens	RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
HvB	Huis van Bewaring	RM	Rechterlijke Machtiging
IBS	Inbewaringstelling	RMO	Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling
ICU	Intensive Care Unit	RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg	RPC	Regionaal Psychiatrisch Centrum
IKG	Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg	SCU	Special Care Unit
IVBPR	Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten	SPDC	Sociaal Psychiatrisch Dienstencentrum

Samenvattingen

Zorgzame architectuur, humane zorg in een gesloten setting - verslag van een prijsvraag

B. Troost-Filipovic en P.S. van der Schaaf
Uitgegeven door College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2004

Het boek 'Humane zorg in een gesloten setting' presenteert de oogst van de ideeënprijsvraag voor architecten, in 2003 uitgeschreven door College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Doel van de prijsvraag was een bijdrage leveren aan de vernieuwing in het bouwen voor de zorg, met name voor de huisvesting van psychiatrisch patiënten in een gesloten setting. Veel architecten droegen nieuwe ideeën en oplossingen aan voor deze gesloten afdeling. Om het gegenereerde gedachtegoed van de deelnemers van de prijsvraag toegankelijk te maken voor iedereen die uit professie of anderszins betrokken is bij de bouw in de GGZ, zijn alle inzendingen geëtaleerd in dit boek.

Zo werden er oplossingen bedacht voor het gebruik van bestaande locaties, voor het creëren van prettige buitenruimtes en verrassende binnenruimtes en voor het binnenhalen - onder voorwaarden - van de buitenwereld. *"Buitengewoon binnen" komt als inzending met een in de lengterichting van het gebouw langzaam oplopende continue aaneenschakeling van ruimtes voor diverse functies. De scheiding tussen openbare, gemeenschappelijke en privéruimtes is zodanig vormgegeven dat ingespeeld wordt op de gemoedstoestand van de cliënt."*

Het boek laat zien dat de belangrijkste ontdekking misschien wel het centraal stellen van de beleavingswereld van de cliënt is. Hun wensen en behoeften als uitgangspunt nemen. *"Ook bij cliënten die afhankelijk zijn van zeer intensieve zorg in een beschermde omgeving (gesloten setting) is een tendens merkbaar naar meer kleinschalige verblijfsvormen, geïntegreerd in de samenleving en met aandacht voor (de wensen en behoeften van) het individu en diens autonomie en privacy. (...) Er wordt aangesloten bij een essentieel rehabilitatieprincipe: met een meer genormaliseerd milieu worden aanwezige capaciteiten van cliënten vaker aangeboord, waardoor hun activiteiten- en participatieniveau stijgt."*

De voor de GGZ belangrijkste ideeën worden thematisch in het boek besproken en geïllustreerd met het materiaal uit de prijsvraag. Hoofdstukken als; healing environment, veiligheid, locatie en integratie, verblijfsconcepten, verschijningsvormen/architectuur en separeren/afzonderen komen als thema's aan bod. Er zijn een aantal alternatieve, creatieve oplossingen voor de separeerunit als afkoelings-, bezinnings- of stilte-/schreeuwruimte. Een alternatieve oplossing is te zien in de inzending: 'openluchtkamer'. *"Hier kan het gemoed worden gelucht, zodat volledige afzondering wellicht voorkomen kan worden. De ruimte heeft een hoogte van ca. 6 meter en de vloer is bekleed met zacht materiaal, dat zich zonder plint omhoogwerkt tegen de wanden. Liggend op deze zachte deken ziet de cliënt voorbijtrekkende wolken of sterren."*

Sommige inzendingen laten een multifunctionele inzetbare oplossing zien. *"Smart rooms" maakt differentiatie mogelijk in het beveiligingsniveau en mate van privacy. Door schuifwanden kunnen delen van de kamer afgesloten worden waar zich kwetsbare componenten bevinden. Omgekeerd als een cliënt juist goed functioneert, kan hij een grotere zelfstandigheid krijgen."*

Andere inzendingen zijn soms erg aantrekkelijk qua vormgeving: *"Verre van traditioneel zijn de separeervoorzieningen van de inzending: 'who's afraid of red, yellow and blue?'. Het gaat om sterk opgewaardeerde afzonderingskamers ('time-outs'), die vrij toegankelijk zijn en bedoeld om tot rust te komen. Kernwoorden zijn: multifunctioneel gebruik, uitnodigend, vriendelijk, afsluitbaar en - niet te vergeten - taboedoorbrekend door de prachtige vormgeving en situering (prominent in beeld)."*



Samenvattingen

'Van beheersen naar voorkomen', stand van zaken rond het verminderen van separaties in de GGZ in Nederland

GGZ Nederland. November 2008

In 2004 bracht GGZ Nederland de ambitie naar buiten om jaarlijks 10% minder te separeren. Hiervoor is door de Rijksoverheid een budget beschikbaar gesteld. GGZ Nederland fungeerde de afgelopen jaren als projectleider voor 43 projecten. Hiervan startten 15 projecten in 2006, 20 projecten in 2007 en 8 projecten in 2008. De halfjaarlijkse rapportages van de instellingen werden door GGZ Nederland besproken tijdens kerngroepvergaderingen. Hiervan is deze bundel de samenvatting.

Uit de cijfertabellen op pagina 124 en 125 blijkt dat het aantal separaties tijdens de duur van de projecten bij vrijwel alle deelnemende instellingen zeer fors is afgenomen, zowel in aantal als in duur. Soms is er bij de start van het project een toename te zien en naderhand pas een afname. Dit ligt dan meestal aan de andere wijze van registreren. Werden voorheen alleen de dwang- en noodseparaties geregistreerd, nu worden ook de vrijwillige separaties meegeteld. Grace Herrmann, de projectleider van GGZ Nederland, constateert in haar voorwoord dat er hard gewerkt is om een cultuuromslag te laten plaatsvinden bij de deelnemende instellingen. Deze cultuuromslag is én nog zeer fragiel én nog niet over de volledige breedte van de branche ingezet. Daarom moet er ook in de komende jaren nog veel werk worden verzet. Als we kijken naar de ruimtelijke veranderingen die hebben plaatsgevonden, dan valt op dat veel instellingen inmiddels comfortrooms hebben ingericht of van plan zijn binnenkort in te richten. Voorbeelden zijn De Gelderse Roos, GGZ Midden Brabant (afdeling ouderen), Mediant, Meerkanten GGZ Flevo-Veluwe en Symfora Groep (Rembrandthof en Beukenhorst A).

Bij het SPDC Zuidoost is de gesloten opnameafdeling gesplitst van 10 bedden naar 2 units van elk 6 bedden. Bij De Gelderse Roos wordt er naar gestreefd om in 2010 alle conventionele separeerkamers te sluiten en alleen in het uiterste geval nog te werken met intensive care units waar 1 op 1 begeleiding wordt gegeven. Ook GGZ Dijk en Duin geeft 1 op 1 begeleiding, er is altijd een verpleegkundige in de voorruimte of in de separeer zelf.

Open verpleegposten zijn er gemaakt bij GGZ Noord-Holland Noord en bij GGZ Noord- en Midden-Limburg. Bij deze laatste instelling is ook de keuken 24 uur per dag open, is er een gastenkamer voor familieleden opdat zij bij de behandeling kunnen worden betrokken en is er een individueel programma ter preventie van separatie door het gebruik van gestripte kamers, het inrichten van snoezelruimtes en de inrichting van een special care unit. Bij Mediant is belevingsgerichte zorg geïntroduceerd: geur, kleur, geluid en beeld. Dit is ook gedaan bij Mondriaan locatie JFK voor de gesloten afdeling ouderen. De laatstgenoemde instelling heeft binnen de verslavingskliniek een aparte ruimte ingericht met voorzieningen voor inspanning en ontspanning (fietsen, roeien en een relaxstoel). Voor de nieuwbouwplannen wordt de focus gelegd op 'dwang- en drangvriendelijk' bouwen door ruime eenpersoonskamers met badkamer en tuin; diversiteit en flexibiliteit in kamers, sommige kamers stripbaar, andere uitgevoerd als individuele appartementen voor zeer intensieve patiënten met een eigen afzonderingskamer en een eigen tuin; geen verpleegpost op de afdeling; kleinere units en diverse milieus. Ook Mondriaan locatie Vijverdal heeft een nieuwbouw ontwikkeld met eenpersoonskamers met badkamer, een binnentuin en terras en een meer open verpleegpost. Binnen Rivierduinen wordt de verpleegpost niet meer gezien als thuisbasis en wordt er gewerkt met laptops op de afdeling zelf. Dit wordt ook gedaan bij de Symfora groep. Deze instelling heeft de separeerafdeling omgebouwd tot intensieve zorg zone door bij twee van de vier separeers de deuren te verwijderen en de hele separeerafdeling te herinrichten met een warmere uitstraling. Ook hier is meer aandacht voor activiteiten waarvoor fitnessapparatuur is aangeschaft.



Samenvattingen

Richtlijn Besluitvorming dwang: opname en behandeling

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
Uitgeverij De Tijdstroom 2008

Het doel van deze richtlijn is psychiaters te helpen bij de besluitvorming over de toepassing van dwang in de psychiatrie in het kader van de Wet Bopz. Het is een landelijk geldende, optimale beschrijving van de best mogelijke zorg voor de patiënt, bedoeld om zorgverleners te ondersteunen bij de klinische besluitvorming. De richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, ervaringskennis en aansluitende meningsvorming door beroepsbeoefenaren en patiënten, aldus de flaptekst. De richtlijn beschrijft dwangtoepassing vooral ook als een vorm van medisch handelen en niet alleen als een juridische maatregel in het kader van de wet.

“Dwangtoepassing moet opgevat worden als een instrument om een noodzakelijke medische interventie, zoals geven van medicatie, mogelijk te maken.” (pag. 24). Het ethische kader waarbinnen dit dient te geschieden wordt geschetst in hoofdstuk 4 aan de hand van de ‘vier-principes-ethiek’ van Beauchamp en Childress (1994): respect voor autonomie, niet schaden, weldoen en het toepassen van rechtvaardigheid. Deze medisch-ethische principes kunnen bij dwangtoepassing gemakkelijk met elkaar botsen. Het respecteren van de autonomie kan ertoe leiden dat de patiënt ernstig nadeel ondervindt, omdat hij de noodzakelijke behandeling weigert.

In hoofdstuk 9 worden de verschillende dwangtoepassingen na een dwangopname beschreven waaronder natuurlijk ook separatie. Er wordt aandacht gevraagd voor het feit dat er voor de frequentie en duur van separaties geen bewezen effectieve normen te vinden zijn (pag. 143). Vragen kunnen worden gesteld bij de praktijk van het alleen laten van ernstig zieke patiënten, de ongelimiteerde lengte van de separaties en het therapeutische effect van separaties. Er zijn nauwelijks aanwijzingen te vinden voor de therapeutische effecten van ‘prikkelarme omgeving’ of ‘externe impulscontrole’. Wel is er toenemend bewijs dat gedwongen separatie kan leiden tot PTSS (post traumatische stress stoornis), dit in tegenstelling tot dwangmedicatie waarbij dit effect niet kan worden vastgesteld. Het gebruik van gedwongen separatie lijkt dan ook vooral adequaat in het kader van

controle en beheersing van gevaarlijk en ontregelend gedrag op de afdeling en niet zozeer in het kader van een effectieve behandeling van de individuele psychiatrische patiënt.



Samenvattingen

Opsluiten is geen zorg, een verslag van vier jaar werkgroep Dwang & Drang

Wergroep Dwang & Drang.
Uitgegeven door Landelijk Platform GGz

Verslag van de drie werkconferenties Dwang en Drang van het Landelijk Platform GGz die gehouden zijn in 2005, 2006 en 2007. Elke werkconferentie werd bijgewoond door zowel hulpverleners als cliënten en familieleden.

Er is in de verslagen veel aandacht voor met name het terugdringen van het aantal separaties. Zo wist De Geestgronden door het invoeren van signaleringsplannen het aantal separaties terug te brengen van 230 per jaar in 1992 tot minder dan 10 in 1995 (pag. 7). Een signaleringsplan wordt per cliënt opgesteld en geeft bij die persoon de signalen aan die aangeven dat er een crisis nadert en hoe die zou kunnen worden voorkomen. Bij het gebruik van crisiskaarten (pag. 10) wordt nog een stap verder gegaan en is ook vooraf met de cliënt afgesproken welke maatregelen er zullen worden genomen als een crisis zich voordoet. Zelfbindingsverklaringen (pag. 11) doen ongeveer hetzelfde, alleen zijn deze ook nog eens verankerd in de Wet Bopz, op basis hiervan kan een dwangopname worden uitgevoerd.

Bij de kliniek Roozenburg van Altrecht is men gaan werken met een agressiecoach (pag. 8) die de hulpverleners begeleidt om te voorkomen dat ze in een negatieve spiraal met een cliënt terechtkomen. Het aantal agressieincidenten nam af van 500 per jaar tot 4 per jaar. De separeerkamers worden veel minder intensief gebruikt.

In deze uitgave is ook aandacht voor ruimtelijke aanpassingen. Zo komt de kliniek Siependaal van De Gelderse Roos ter sprake, waar in de nieuwbouw gebruik gemaakt is van veel daglicht en eenpersoonskamers waarmee de sfeer verbeterd is (pag. 10). Door Mediant zijn uit Amerika de comfortrooms overgenomen (pag. 27), rustruimtes met een prettige stoel en prettige muziek die als preventief interventiemiddel kunnen worden ingezet.

Bij Haagland Rivierduinen (gesloten afdeling met jonge mannelijke patiënten met meervoudige psychiatrische problematiek) werkt men met een gecombineerde aanpak: meer regie bij de cliënt en een open plattegrond

(pag. 29): *"Onze jongens willen geen hulpverlener, maar een bondgenoot. En dus hebben we de hele boel opengegooid. Geen gesloten kantoorruimtes meer, geen plek waar je je als hulpverlener kunt terugtrekken, maar gezamenlijke ruimtes, vrije toegang tot de koffiemachines en de koelkast".* Het resultaat is minder agressie en in sommige gevallen een enorme vooruitgang bij de cliënten.

Ook de dagbesteding kan verbeteren (pag. 31) door meer faciliteiten binnen de gesloten afdeling aan te bieden. Een sportzaal, een computerruimte en een gezellige leefruimte. Gesteld wordt dat daarmee het aantal separaties met 75% zou kunnen afnemen.



Samenvattingen

Op blote voeten, ervaringen in de isoleer

Linda Kramer
Uitgegeven door Mentrum 2008

Het boekje: 'Op blote voeten, ervaringen in de isoleer' is uitgegeven door Mentrum, tegenwoordig onderdeel van Arkin, waar Linda Kramer projectmedewerker cliëntenparticipatie is. Het is door haar samengesteld samen met een werkgroep van cliënten en ex-clieñten die ervaring hebben met dwang en drang.

Het boekje is een bundel met ervaringsverhalen van patiënten die in een isoleercel hebben gezeten. Het bevat een aantal ervaringsverhalen en gedichten van deelnemers aan de werkgroep. Na ieder verhaal volgt een interview over hoe ze de ervaring naderhand hebben ervaren en wat er met de isoleercel en zorg moet gebeuren. De werkgroep was gemotiveerd om zich in te zetten voor het terugdringen van separeren en startte het project Dwang Bedwingen. Dit boekje is één van de vele ideeën die zijn voortgekomen uit dit project. Doel van het boekje is de huidige cultuurveranderingen binnen de psychiatrie te stimuleren, zodat preventie en alternatieven voor isoleren een belangrijker plaats in gaan nemen om zich zo in te zetten voor het terugdringen van separeren

In het boekje wordt verlies van menselijke waardigheid in verschillende situaties beschreven. *"Daar zit je dan. Totaal alleen. In een scheurjurk. Ze hebben je niet eens je eigen kleren gelaten. Vier kale muren. Ergens in de cel is een schoolbord aangebracht. Je kijkt uit op getraliede ramen. En dan die dikke deur. Een deur, waardoor je onbereikbaar bent gemaakt. (...) Je schreeuwt om hulp, maar die komt niet. Je wordt panisch, krijgt angstaanvallen, een verschrikkelijke doodsangst. Je blijft roepen om hulp. Het zweet breekt je uit. Je eenzaamheid bekruipt je. Je hebt verschrikkelijk behoefte aan een andere levende ziel, maakt niet uit of het vriend of vijand is. Wanhopig bonk je op de ramen, in de hoop dat ze het zullen begeven. Tevergeefs. Je bonkt op de deur. Je bezeert alleen jezelf. Je voelt je gestraft en opgesloten, terwijl je geen enkele misdaad hebt begaan. Je enige misdaad is het hebben van een ziekte. Later zou je nog horen dat je zo opgesloten bent vanwege een personeelstekort. Dat is helemaal een dreun in je gezicht."*

De patiënten hebben weinig contact met hulpverleners als ze opgesloten worden in een isoleercel. De verhalen gaan over eenzaamheid, angst, niet begrepen en serieus genomen worden. *"LK: Hoe kijk je terug op je isoleerervaring? C: Ik kijk erop terug als een traumatische ervaring. Het heeft niet geholpen. Het heeft mijn psychotische klachten verergerd. Ik kreeg engtevrees en veel nieuwe angsten die ik eerder in de kliniek niet had gehad. Ik was na het isoleren volslagen kapot. Ik voelde me geen mens meer. Ik voelde me een opgesloten dier. Het heeft mijn leven getekend. De impact is enorm."*

De schrijvers van het boek beschrijven waarom er volgens hen niet geïsoleerd zou moeten worden en leveren alternatieven. Ze kijken meestal met schaamte en verdriet terug naar de periode waarin ze geïsoleerd zijn geweest. Uit alle verhalen, ook uit de enkele waarbij iemand wel baat heeft gehad van het geïsoleerd zijn, wordt duidelijk dat aandacht en een menselijker behandeling van verplegend personeel en behandelaars wenselijk is. Tijdgebrek mag geen reden zijn om mensen te isoleren. En er moet meer aandacht zijn voor de inrichting. Ook kan het wat huiselijker worden zodat patiënten zich eerder thuis voelen. De meesten willen van de isoleercel iets heel anders maken, bijvoorbeeld comfort rooms met balkon en parasol. *"(...) Mijn wens voor alle psychiatrische patiënten die nu en in de toekomst zogenaamd 'geïsoleerd moeten worden' is een ruimte die geruststellend, veilig, comfortabel en enigszins prikkelend is, met het oog op beter functioneren nadien. Daarbij geruststellend en 'gastvrij' verplegend personeel met het hart op de juiste plaats."*



Samenvattingen

het voorbeeld van Odysseus en de Sirenen geeft Odysseus zijn negatieve vrijheid op (hij wordt immers vastgebonden) om zijn positieve vrijheid te vergroten (hij kan van het gezang van de Sirenen genieten zonder op de klippen te lopen). De conclusie is dat een leven zonder dwang en drang niet mogelijk is. Wel moeten de ingrepen altijd zorgvuldig afgewogen worden en met elkaar in balans gebracht worden.

Ondanks het feit dat er in het boek cijfermateriaal is opgenomen over dwangbehandelingen in de periode 1996-2003 in de twaalf deelnemende instellingen, is er toch nog veel onzeker. Als bijvoorbeeld het aantal separaties van de 'eigen' cliënten terugloopt bij een kliniek, stijgt het aantal 'gast'separaties vanuit andere klinieken, omdat er ineens capaciteit beschikbaar komt. Soms stijgt het aantal gemelde gevallen in eerste instantie, omdat er door het programma veel meer aandacht is voor de registratie. Toch komen in de aparte beschrijvingen van de lokale projecten in deel II veel voorbeelden voor van verlaging van het aantal separaties door implementatie van de kwaliteitscriteria.

Opvallend is dat er weinig aandacht is voor de bouwkundige aspecten. Slechts in een enkel geval wordt melding gemaakt van minder separaties door de invoering van eigen kamers (Bähler en Mayer, pag.183) die ook als afzonderingskamer konden worden ingezet. Ook incidenteel zijn de verbetervoorstellen voor separeerkamers, zoals het toepassen van kluisjes met onbreekbaar glas voor persoonlijke eigendommen (pag. 233), zodat de cliënt zijn eigen spullen in de gaten kan houden.

De persoonlijke integriteit van de cliënt is een andere rode draad door het boek. De klassieke opvatting is: ingrijpen in de bewegingsvrijheid (separatie) is minder ingrijpend dan ingrijpen in het lichaam (medicatie). Deze stelling staat tegenover het subsidiariteits- en doelmatigheidsbeginsel: het minst ingrijpende middel en het meest doelmatige middel moet bij voorkeur worden gekozen. Medicatie kan daarbij de voorkeur hebben boven

separatie. Separatie levert vaak trauma's op bij de cliënten. Uit de casussen doemt een beeld op van cliënten, die het verblijf in de separeer als zeer stressvol ervaren, doordat de verpleging zich niet houdt aan de afgesproken contacttijden en doordat de cliënt in de separeer volledig afhankelijk is van de verpleegkundigen. Men ervaart het verblijf in de separeer vaak als vernederend. Ook kan het gevoel dat men is opgesloten en achtergelaten, leiden tot een gevoel van angst voor brand of andere calamiteiten.

Sommige cliënten kunnen haarfijn aangeven wat er mis is met het gebouw waarin ze worden ondergebracht. Zo geeft een cliënt van Bavo RNO (pag. 224) aan dat de spanningen in de groep worden veroorzaakt, doordat men vanuit de teamkamer geen zicht heeft op de huiskamer en doordat de teamkamer afgesloten is tijdens overdrachten, waardoor de cliënten dan op dat moment nergens terecht kunnen met hun vragen.



Samenvattingen

Dwang en drang in de psychiatrie, kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies

Tineke Abma, Guy Widdershoven, Bert Lendemeijer
Uitgeverij Lemma

"Ik ben bang dat ik doodga in de isoleercel, ik ben bang dat ik een hartaanval krijg en dat jullie me niet horen. Als ik opgenomen word ben ik al bang dat ik weer in de isoleer terechtkom. Ik heb nog regelmatig nachtmerries van de isoleercel, bang dat ik er doodga." (citaat van een patiënt in het besproken boek, pag. 147)

Het boek is het verslag van het landelijke project 'Implementatie van dwang en drang in de psychiatrie' door twaalf deelnemende instellingen in de periode 2002-2004. Het doel was de praktijk van dwang en drang te verbeteren door middel van de acht in 2001 door Berghmans vastgelegde kwaliteitscriteria in de GGZ. Initiatoren van dit project waren Guy Widdershoven, hoogleraar ethiek van de gezondheidszorg aan de Universiteit van Maastricht en Aart Jan Vrijlandt, directeur zorg van GGNet.

In deel I worden de kwaliteitscriteria toegelicht, in deel II worden de lokale projecten gepresenteerd.

In het kort komen de kwaliteitscriteria neer op het volgende.

- Aan een beslissing om over te gaan op dwang en drang moeten meerdere overwegingen ten grondslag liggen.
- Emoties moeten besproken worden, ook van de kant van de hulpverleners.
- Ingrepen zijn alleen te rechtvaardigen in een context van betrokkenheid.
- Goede communicatie is vereist.
- Kijk niet alleen naar het afwenden van gevaar maar ook naar hoe de interventie zal bijdragen aan de mogelijkheden van de cliënt om de greep op zijn leven te behouden.
- Gebruik niet meer ingrijpende maatregelen dan nodig.
- Zorg voor evaluatie en anticipeer op toekomstige vormen van dwang en drang.
- Streef naar adequate randvoorwaarden.

De instellingen werden geholpen bij de implementatie door bijvoorbeeld het aanstellen van agressiecoaches en het maken van signaleringsplannen.

Widdershoven en Berghmans gaan in hun bijdrage in op de ethische achtergrond van dwang en drang. Ze doen dat aan de hand van het verhaal van Odysseus en de Sirenen. De Sirenen lokken met hun betoverende gezang zeelieden hun kant op die vervolgens op de klippen lopen. Om dit te voorkomen stopt Odysseus was in de oren van zijn manschappen en draagt hen op om hemzelf aan de mast vast te binden. Als hij het gezang van de Sirenen hoort en in de betovering raakt, smeekt hij hen om hem los te maken, maar zij horen hem niet en sjoeren hem nog vaster aan de mast. Zo komen ze er ongeschonden langs. Widdershoven en Berghmans werpen de vraag op waarom Odysseus niet zelf ook was in zijn oren deed. Hun antwoord is dat hij wel graag het gezang van de Sirenen wilde horen, maar geen gevaar wilde lopen. De manschappen ontlopen het gevaar van het op de klippen lopen door de was in hun oren, een vorm van 'medicatie' zou je kunnen zeggen: het gevaar is afgewend, maar de emotie raakt ook verloren, de manschappen krijgen niet de beleving van het gezang van de Sirenen. Odysseus ontloopt het gevaar door 'fixatie': daardoor beleeft hij de emotie ook nog eens volledig.

Dwang betekent een inbreuk op de vrijheid van de persoon en dit staat op gespannen voet met het zelfbeschikkingsrecht. Achterliggende gedachte is dat mensen zelf moeten kunnen bepalen wat goed is, zonder de inmenging van anderen. Dit wordt wel aangeduid met negatieve vrijheid. Iemand is vrij indien hij niet door anderen wordt belemmerd: zelfbeschikking. Soms is een persoon echter niet in staat zelf te bepalen wat goed voor hem is, zo'n persoon is wilsonbekwaam. Hij is niet in staat om een keuze te maken die getuigt van inzicht in de situatie. Met drang kan zo iemand tot het juiste gedrag worden aangezet. Men zou ook van zo'n persoon kunnen zeggen dat hij in zijn keuze niet vrij is. Dit wordt wel aangeduid als positieve vrijheid. Iemand is vrij als hij zijn leven zelf vorm weet te geven: zelfontplooiing. In

Samenvattingen

Dwang en drang in de psychiatrie, een verkenning

Eindrapportage door Maria Wassink en Gee de Wilde
Uitgegeven door Landelijk Platform GGZ 2009

Het rapport is een beschrijving van de wijze waarop het actieplan tot het terugdringen van dwangmaatregelen van de werkgroep Dwang en Drang van het Landelijk Platform GGZ is uitgevoerd in de periode oktober 2007 tot begin 2009.

De werkgroep heeft in deze periode 47 GGZ-instellingen benaderd. Dit waren allemaal instellingen die niet meededen met het tegelijkertijd lopende project van GGZ Nederland om dwang en drang terug te dringen waar 43 instellingen aan deelnamen. Zo is voorkomen dat er verwarring zou ontstaan binnen de instellingen over de verschillende projecten.

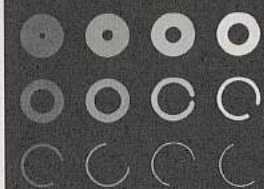
Het actieplan bestond hieruit dat aan de hand van negen criteria de hulpverleners werden aangemoedigd de dwangmaatregelen te beperken:

1. beleid: de instelling voert beleid over middelen en maatregelen zoals separeren en isoleren;
2. voorkomen: de instelling streeft ernaar isoleren tot een minimum terug te brengen;
3. alternatieven: de instelling probeert alternatieven te vinden voor dwangmaatregelen;
4. scholing: hulpverleners worden geschoold op het gebied van wettelijke beperkingen, evaluatie en registratie;
5. naasten: de cliënt én zijn naasten worden betrokken bij de hulpverlening;
6. veiligheid;
7. registratie: de instelling draagt zorg voor nauwgezette registratie;
8. evaluatie: de instelling evalueert zowel op persoonlijk niveau als op instellingsniveau het beleid ten aanzien van dwangmaatregelen;
9. rechten en plichten: cliënten worden erop gewezen dat ze het recht hebben een 'second opinion' aan te vragen.

In het rapport worden vervolgens per instellingssoort (FPA, PAAZ, Verslavingszorg, etc) de negen criteria getoetst aan de praktijk van de aan het actieplan deelnemende instellingen. Interessant zijn de ruimtelijke alternatieven voor separeren die worden besproken. Zo heeft de Ziekenhuisgroep Twente in Almelo een comfortroom waar de patiënt tot rust kan komen en die ook 's nachts toegankelijk is (pag. 27). Of een aparte familiekamer naast de separeerkamer waar de familie kan blijven slapen vlakbij de patiënt en eventueel ingeschakeld kan worden bij de begeleiding zoals in het Amphia Ziekenhuis in Breda (pag. 26). In de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt gebruik gemaakt van een 'zachte ruimte' met een boksbal en kussens (pag. 35). Het strippen van de eigen kamer wordt niet als een goed alternatief voor separeren beschouwd, aangezien het een aantasting is van het persoonlijk domein.

In het rapport wordt op verschillende plaatsen aangegeven dat het feit dat de maatstaven van het voormalige College bouw ziekenhuisvoorzieningen nog steeds gebruikt worden bij de opstelling van plannen voor nieuwbouw en dat de beoordeling daarvan door de Inspectie verdragend werkt bij de vernieuwing van de instellingen (pag. 45 en 55). Het Landelijk Platform GGZ neemt zich voor de maatstaf onder de loep te gaan nemen.

dwang en drang
in de psychiatrie
een verkenning



Samenvattingen

Alleen, berichten uit de isoleercel

Wouter Kusters, Sam Gerrits, Jannemiek Tukker
Uitgeverij Lemniscaat, 2008

"Ze vallen niet op, gebouwen voor de psychiatrie. Geen bordjes met: Wie hier binnentreedt, laat alle verstand varen. Aan de buitenkant geen enkel teken van het voortdurende gevecht om de macht daarbinnen." Uitgangspunt van het boek; 'Alleen, berichten uit de isoleercel': neem één persoon, snijd hem af van de mensheid en maatschappij en stop hem in een inrichting. Plaats hem daarbinnen nog eens in quarantaine. Wat gebeurt er dan? Daar geeft dit boek inzicht in.

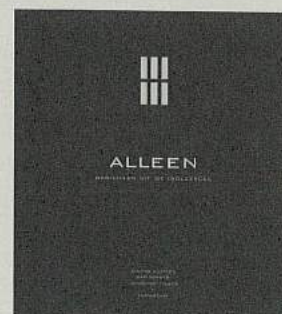
Twee schrijvers en een schilderes verhalen over hun ervaringen in de isoleercel in het psychiatrisch ziekenhuis. Ze proberen de wereld, die alleen door psychiatrische patiënten zelf wordt gezien, toegankelijk te maken voor iedereen. *"Daar was ik weer: laatste halte, dromenland. Ik keek mijn verplegers één voor één aan en smeekte ze of ze me deze keer alsjeblieft niet wilden separeren. Maar al gauw lag ik op een dikke plastic matras, in een scheurhemd met een kokosmakronpapieronderbroek, in een witte ruimte. Wachtend op de spuit richting vergetelheid."*

De isoleercel is een substituut voor werkelijke zorg, maar enkel sluiting van de isoleercel levert niet onmiddellijk een beter alternatief. *"Hij zit opgesloten, het is voor ieders bestwil. Waar hij verbleef was veel te gevaarlijk, voor hemzelf en voor anderen. Daarom hebben we hem in observatie, isolatie en controle. Als blijkt dat hij weer gereed is, dan pas openen we de deur. Maar dat moet hij dan eerst zelf willen. Slaan op het raam is daarbij niet bevorderlijk. Ja, we horen wel dat hij eruit wil. Dat willen we allemaal wel. Maar we zien dat het niet kan. Dat gebonk op het raam begint ons behoorlijk de keel uit te hangen. Het lawaai maakt iedereen onrustig, terwijl we nu juist zo naar rust verlangen."*

'Alleen' omschrijft de weg naar de isoleercel en het gevoel van verlatenheid, angsten en verveling in de cel. De dagelijkse gang van zaken wanneer je bent opgesloten in een isoleercel en het gebrek aan menselijk contact. Ondanks dat er vraagtekens worden gezet bij de therapeutische waarde van

het separeren, geeft het boek aan dat de alternatieven nu niet voorhanden zijn. *"Maar de onpersoonlijke omhelzing van een dak, een vloer en vier muren waar je je niet aan kunt bezeren, is het beste alternatief dat we op dit moment hebben."*

Wie ontwerpt er nu zoiets als een gekkenhuis? In een interview met een architect van een RGC, geeft het boek een uitgebreide beschrijving over het ontwerpen van een gesloten afdeling en de isoleercel. Is er geen ruimtelijk alternatief voor de isoleercel en kan er niet wat aan de uitstraling van de cel gedaan worden door middel van kleur, vorm, uitzicht, enzovoort. In het boek vraagt de architect zich af of hij door de vorm van zijn gebouw het genezingsproces zou kunnen beïnvloeden. *"Eigenlijk is er niets in het gebouw wat rekening houdt met de gekte zelf. Een RGC is in alles vooral een antithese van de waan. In de isoleercel worden de lichamen van waanzinnigen vastgehouden en geobserveerd. Deze ruimte kent maat, orde en beheersing, maar geen bezieling. Dit is een harde ruimte met reëel bestaande muren, vloeren en plafonds. Dit boek gaat over de verbeelding van waanzin in gesloten ruimtes en tegelijkertijd over de ontbeelding van ruimtes in de waanzin."*



Interviews

Henk Nijman, bijzonder hoogleraar forensische psychologie aan de Radboud Universiteit en hoofd-onderzoeker bij de divisie OFP

F. Feenstra en R.H. Gortemaker

Henk Nijman is sinds april 2004 bijzonder hoogleraar forensische psychologie aan het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit te Nijmegen. Daarnaast is hij hoofdonderzoeker bij de divisie OFP, Altrecht. Sinds 1992 verricht hij in gesloten instellingen onderzoek naar meetmethoden, oorzaken en preventie van agressie van (forensisch) psychiatrische patiënten.

Het gesprek heeft als onderwerp de relatie tussen ruimte en gedrag binnen psychiatrische klinieken. Henk Nijman heeft jarenlang het gedrag van patiënten binnen afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen bestudeerd en beschreven. Voor hem is het dan ook niet moeilijk om de bronnen van stress en spanning binnen een afdeling te benoemen. Te nauwe gangen kunnen al snel tot conflicten leiden. Te weinig privacy, een slechte akoestiek werken ook spanningverhogend. Het is niet moeilijk om te bedenken wat hierop het antwoord moet zijn. *"Maar alles wat ik zeg, kost ruimte!"* Of personeel, zou je er nog aan toe kunnen voegen.

Kan de patiënt afstand nemen binnen zijn verblijfsomgeving? Is er voldoende ruimte, zowel fysiek als psychologisch? Is er voldoende privacy? Heeft de patiënt een eigen kamer? En is die wel of niet af te sluiten? Het zijn allemaal factoren die invloed hebben op het stressniveau van de patiënt. En dan de separeer. Momenteel wordt in zeer veel instellingen geëxperimenteerd met alternatieven voor de separeer. *"We moeten wel oppassen dat we de separeer uiteindelijk niet gewoon anders zijn gaan noemen"*, aldus Nijman. Maar er is momenteel wel een aantoonbare verkorting van de duur van separaties ten opzichte van een paar jaar geleden. Helemaal uitbannen is waarschijnlijk onmogelijk. Soms is iemand echt niet te handhaven in een groep, denk bijvoorbeeld aan een patiënt die ernstig seksueel ontremd en agressief is.

De inrichting van de separeer kan daarnaast nog sterk worden verbeterd. *"Zo'n schoolbord, is dat het nou?"* Misschien patiënten mogelijkheden geven

om voor radio of muziek te kiezen, als de toestand het toelaat? Een tv achter onbreekbaar glas? En waarom kunnen cliënten niet zelf de temperatuur binnen een bepaalde marge regelen? En als er een intercom is, zorg dan ook dat die meteen wordt beantwoord. Met zo'n klein raampje in de deur krijg je ook snel het idee van *"ze sluiten me op!"*.

"Het is wel zo gemakkelijk om op de teamkamer te blijven, daar is de beste koffie en zijn de makkelijkste stoelen, maar.... het beleid is momenteel wel heel snel aan het veranderen!" Steeds meer is er sprake van één op één begeleiding en goed medicatiebeleid. Daarbij moeten we niet vergeten dat in Nederland de werkomstandigheden binnen een kliniek wel anders zijn dan in bijvoorbeeld Zweden of Noorwegen waar veel meer staf op een afdeling rondloopt. In Zweden wordt, in plaats van te separeren, gewerkt met fixatie (vasthouden) in combinatie met medicatie. In Noorwegen en Denemarken kan er op sommige afdelingen als het ware met ruimtes worden geschoven om een andere setting te krijgen.

Nijman benadrukt het dilemma tussen aan de ene kant veiligheid en aan de andere kant autonomie. Meer ruimte en meer diversiteit zou dit dilemma deels kunnen oplossen. Meer keuzes: waarom moet een patiënt gedwongen in een groep van 15 personen eten? Waarom mag hij niet op zijn kamer eten, als hij dat liever wil? Waarom is de therapie vaak zo eenzijdig? Als je niet van schilderen of houtbewerking houdt, zijn er vaak vrij weinig alternatieven. Waarom bijvoorbeeld niet meer aandacht voor computer en internet? Het zijn de vragen die aan het einde van het interview nog door Nijman worden opgeworpen. Er is al veel veranderd, maar nog niet genoeg.

Interviews

Norman Kentie, directeur algemene zaken en Pim Beugelsdijk van Rivierduinen, GGZ Haagstreek in Leidschendam

E. Wendel en F. Feenstra

Eén van de meest opvallende aspecten van de huisvesting van GGZ Haagstreek is het uitgestrekte groene terrein in Leidschendam. De hoofdingang is aan de Veursestraatweg in Leidschendam. De gebouwen zijn gebouwd tussen de jaren '50 en '70.

Rivierduinen, GGZ Haagstreek heeft ongeveer 350 medewerkers. Er is een capaciteit van ongeveer 200 bedden voor opnames: 60 patiënten in de langdurige zorg, 60 patiënten op High Care en 60 patiënten kortdurend. Dit is onderverdeeld in een aantal verschillende afdelingen voor basiszorg, ouderen en volwassenen. Op dit moment zijn er in Rivierduinen, GGZ Haagstreek 6 separeerkamers in de gesloten setting. Dit wordt met de nieuwbouw teruggebracht naar 4 separeerkamers.

Norman Kentie: *“De vraag is niet: separeren kan het anders? Maar: Kan ik niet zonder separeren?”*

Door de aanwezigheid van separeers zal het gebruik blijven bestaan. Bij verminderen van separeers zie je de creativiteit van de hulpverlener toenemen om de patiënt op de afdeling te laten verblijven in plaats van isoleren.

Norman Kentie: *“Bij ons is het opnamebeleid veranderd. Vroeger kwamen patiënten binnen met de ambulance en werd het technisch afgehandeld. Tegenwoordig is er eerst persoonlijk contact, wordt er gepraat en een kopje koffie aangeboden. Dit scheelt al zoveel voor patiënten, soms kunnen ze dan direct door naar hun eigen kamer. Tact en bejegening van het verpleegkundig personeel kan separatie veroorzaken of vermijden”.*

Volgens Norman Kentie wordt er nu al 25% minder gesepareerd ten opzichte van 2008. Het aanbieden van verschillende ruimten zoals een comfort room en meer afspraken tussen patiënt en personeel, het betrekken van een patiënt in zijn behandeling en een gesprek aangaan voorkomt al irritaties. Dit wordt niet alleen door psychiaters gedaan, maar ook door

personeel op de afdeling die zich niet terugtrekt in een teamkamer. Vaak hebben patiënten zo'n 'leuk' gesprek met de schoonmaker. Dit omdat deze op een gelijkwaardig niveau even 'een praatje maakt' met patiënten. Dit geeft aan dat patiëntenbegeleiding/-contact op verschillende niveaus belangrijk is.

De personeelsbezetting in Nederland lijkt krap. Is dit wel te veranderen als het budget hiervoor niet aangepast wordt? In Engeland wordt er minder gesepareerd en als er gesepareerd wordt, is er altijd iemand bij die toezicht houdt. In Engeland hebben ze meer personeel. In Nederland hebben we personeel dat op HBO-niveau geschoold is. In Engeland werken ze ook met MBO-ers en vrijwilligers die een sociale kundigheid hebben. Door mensen met verschillende niveaus is hier vaak meer communicatie tussen personeel en patiënten. Doorvoeren van meer functiedifferentiatie lijkt ook een van de oplossingen om het betaalbaar te houden en toch meer personeel in te zetten.

Wat zou de huisvesting bij kunnen dragen in het verminderen van separeren? *“Patiënten willen graag controleren: wie komt er binnen, wat gebeurt er? Dus overzicht is voor veel patiënten belangrijk.*

Daarnaast zijn er patiënten die zich willen afzonderen, die niet graag in groepsruimtes zijn, maar in kleine ruimtes of hoekjes waar het rustig is. Het vergroten van het aanbod van verschillende ruimtes en activiteiten zou al veel 'lucht' geven. Het is tegenwoordig mogelijk om binnen de norm vierkante meters anders te verdelen. Hierdoor moet het mogelijk zijn alternatieve terugtrek- en rustruimten te creëren, maar ook ruimten voor activiteit. Een ruime entree en bredere gangen zijn belangrijk om escalaties te voorkomen. Personeel moet voortdurend op de afdeling aanwezig zijn waardoor teamkamers mijns inziens overbodig worden.”

Door het intensiveren van behandel-/activiteitsaanbod zoals bewegen/sport, maar ook internet, radio, tv en telefoon op de kamer geeft minder escalaties tussen patiënten onderling of tussen patiënten en personeel.

Interviews

Daarnaast biedt de comfortroom zeker uitkomst: je kunt patiënten een alternatief bieden (proportionaliteit in mogelijkheden). Deze wordt dan ook vrij regelmatig gebruikt. Overzicht geeft een gevoel van veiligheid.

De U-vorm van het gebouw wordt in dit kader niet als nadelig gezien. Dit is organisatorisch op te vangen: de patiënten worden verdeeld over het personeel, ieder houdt de hem toegewezen patiënten in het vizier (visuele privacy is bovendien ook belangrijk). Bejegening van patiënten (mensgericht en op maat) is de belangrijkste factor als het gaat om wel of niet separeren, het gebouw kan dat zeker faciliteren en ondersteunen.

Als het erom gaat wat er anders zou moeten zijn in het huidige gebouw dan worden de volgende onderwerpen genoemd:

- Alles zou gelijkvloers moeten zijn gezien de mobiliteitsproblematiek.
- Daarnaast zou er geen binnentuin moeten zijn waar je op elkaar uitkijkt. Dit geeft teveel prikkels en interactie met de aanpalende afdeling.
- Er ontbreekt een verbinding tussen de groepen, het personeel kan dus niet binnendoor. Ze moeten dus met de jas aan 'bijspringen', dit geeft een haastige indruk, alsof er geen tijd en aandacht zou zijn.
- Het plafond van de separeer zou lager kunnen zijn, dat is intiemer en minder confronterend. Overigens zijn de meningen hierover verdeeld.
- Elke separeercel zou een eigen voorruimte moeten hebben, dit voorkomt dat patiënten elkaar dwars zitten en geluidsoverlast veroorzaken.

Interviews

Meinte Vollema, onderzoek determinanten separeren binnen meerkanten, gepromoveerd op schizofrenie; Jan Willem van der Zee, verpleegkundig specialist langdurige zorg en Bas-Jan Stoute, meewerkend unit coördinator bij GGZ Meerkanten – Ermelo

P.S. van der Schaaf

Er is onderzoek gedaan naar de determinanten van separeren als onderdeel van het grotere project 'Minder separeren', de resultaten hiervan komen binnenkort vrij. De variabelen die zijn meegenomen zijn onder andere: de personeelssamenstelling (geslacht, leeftijd, ervaring, aantal aanwezig), het tijdstip van de dag, de bedbezetting, het aantal meerpersoonskamers, de beschikbaarheid van de separeer, de ervaren veiligheid van het personeel, wat ging er vooraf in de week vóór de separatie (observatie verpleegkundige). De actuele psychopathologie (ongeacht de diagnose) blijkt een goede voorspeller, evenals de samenstelling van het team, de ervaren veiligheid van het personeel, het terugtrekgedrag van patiënt in de week voorafgaand aan separatie, het inzetten van gemengde teams (bij gemengde teams minder separatie, meer vrouwen leidt tot meer separatie). Er blijkt dat er een beperkt aantal patiënten is dat een groot deel van de separaties voor zijn rekening neemt. Ook blijkt tegen de verwachting in dat er in de langdurige zorg evenveel gesepareerd wordt als op de opnameafdeling.

Separeren is en blijft een noodmaatregel, die alleen in uiterste nood toegepast mag worden, separeren heeft geen therapeutische waarde. Maar separeren kan ook niet volledig uitgebannen worden. Er zijn patiënten die dusdanig ziek zijn dat agressie of grensoverschrijdend gedrag niet te beïnvloeden is. In die gevallen is dit gedrag min of meer inherent aan het ziektebeeld. Je kunt je ook afvragen of deze patiënten überhaupt hun omgeving waarnemen, dan wel of de gebouwde omgeving er voor hen toe doet (!). De grote angst van patiënten in de separeer is: *"ze vergeten me!"* De verpleegkundige kent de patiënten, je voelt direct als je de afdeling oploopt hoe de vlag er bij hangt. Bejegening en reflectie op je eigen handelen als verpleegkundige vergt continue coaching van leidinggevend, verpleegkundigen vervallen anders in routinematig handelen en reactief gedrag (dit is ook heel menselijk). Terugdringen van separeren bestaat uit een complex samenspel van allerlei factoren op patiëntniveau, stafniveau (inclusief afdeling) als omgevingsniveau, waarbij de organisatie van de zorg,

inclusief de bejegening, cultuur en visie cruciaal zijn. Dit vergt continue aandacht.

Wat is de invloed van het gebouw op het welzijn en het terugdringen van agressie? In nieuwbouw komt meer differentiatie in woonmilieus, komen verschillende vrijheidsgraden en wordt een comfortroom opgenomen. Niet iedereen is geschikt voor een hateenheid, dit kan niet iedereen aan qua verantwoordelijkheid, overzicht, en kans op vereenzaming. Slaapkamers rechtstreeks gekoppeld aan de huiskamer kan teveel prikkels opleveren. De top vijf van gebouwgerelateerde maatregelen is:

1. eenpersoonskamers;
2. proportionaliteit in maatregelen: scheiden van patiënten. *"Ga maar even iets doen/ naar je kamer/ naar buiten/ naar de comfortroom."* Je hoeft dus niet direct over te gaan tot het zwaarste middel van separeren;
3. activiteitenbegeleiding/dagbesteding;
4. bejegening (proactief in plaats van reactief, preventief, reflectie op eigen handelen); gastvrije benadering, patiënt is klant die zich aan bepaalde normen/huisregels moet houden;
5. iedere dag worden alle patiënten doorgesproken (erg veel fluctuaties in gedrag door de dagen heen, vergt continue afstemming e.d.)

Privacybeleving en autonomie zijn essentieel, dit moet ook ruimtelijk vertaald worden. Plekken waar veel mensen tegelijkertijd aanwezig zijn, roepen snel irritaties op door een veelheid aan prikkels en interacties. Als mensen het toch met beperkte ruimte moeten doen, scheelt het enorm als er eenpersoonskamers zijn.

Interviews

Bernadette van Gigch, portefeuille vastgoed, dwang en drang, pilot separeer omvormen en
Esther van der Leur, projectleider gastvrije zorg en dwang en drang bij Parnassia Bavo-groep, Den Haag

P.S. van der Schaaf

Binnen Parnassia wordt actief beleid gevoerd om dwang en drang terug te dringen met behulp van diverse projecten en trajecten. Het project 'Gastvrije zorg' is daar een voorbeeld van. Dit bestaat weer uit diverse projecten, variërend van wijzigingen in voeding en bejegening tot en met aanpassingen in de gebouwde omgeving. Ook risicotaxatie is een belangrijk onderdeel. Centraal staat de gedachte van mensgerichte zorg, zonder een hotel te zijn. Het effect van het project wordt gemeten door de tevredenheid en gastvrijheidsbeleving van de patiënten regelmatig te onderzoeken en het aantal en de duur van de separaties bij te houden. Het project is gericht op het optimaliseren van de omgeving en de zorg en daarmee het voorkomen van dwang en drang.

Daarnaast loopt er een pilotproject om een bestaande separeerkamer om te vormen om te achterhalen of de omgeving kan worden geoptimaliseerd, waarbij de patiënt en het personeel centraal staan. De pilot moet nog plaatsvinden, maar de uitgangspunten zijn reeds geformuleerd. Er wordt gebruik gemaakt van healing environment-principes. De behoeften van patiënt en personeel staan voorop in plaats van de functionaliteit en de veiligheid. Nog niet geheel duidelijk is hoe het nieuwe concept er uit gaat zien en wat de uitgangspunten daarbij zijn. Bij het verbeteren van de autonomie van de patiënt kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het toestaan van tv en muziek en bij het verbeteren van het toezicht door het personeel kan gedacht worden aan de locatie van de separeer ten opzichte van de verpleegpost.

De grote angst van de patiënt in de separeer is: *"wat gaat er gebeuren, vergeten ze me niet?!"* Separeren is waarschijnlijk niet helemaal uit te bannen, maar dat zou wel de inzet moeten zijn. Want separeren is trauma op trauma stapelen en gebeurt zelden vrijwillig. Daarnaast is het ook voor een deel zo dat het aanbod ook gebruik in de hand werkt. Door separeers af te breken zal er waarschijnlijk meer gebruik gemaakt worden van dwangmedicatie; de meningen lopen uiteen wat erger is. Mensgerichtheid (ken je patiënt, doe aan agressietaxatie) en bejegening kunnen veel voorkomen als het gaat om dwang en drang.

Het gebouw is niet zozeer van ondergeschikt belang als het gaat om terugdringen van dwang en drang, het gebouw heeft juist een faciliterende werking om anders te werken, om mensgerichte zorg te leveren. Bovendien heeft de gebouwde omgeving invloed op het menselijk welzijn. Terugdringen van dwang en drang is een compleet pakket van maatregelen, van aanpassing van de bejegening tot en met aanpassing van het gebouw. Er kan een andere attitude worden gebruikt bij de intake. Dus niet automatisch de patiënt eerst opnemen in de separeer maar juist in gesprek gaan of een maaltijd en bed geven zodat iemand tot rust komt (comfort bieden).

Het resultaat van het Dwang en Drang project is dat de duur van de separaties gemiddeld met 45% is afgenomen. Het aantal zelf is niet afgenomen, maar zelfs toegenomen. Dit is te wijten aan de toegenomen zwaarte van de populatie.

De maatregelen die genomen kunnen worden in de gebouwde omgeving ter voorkoming van dwang en drang zijn bijvoorbeeld het aanpassen van de groepsgrootte. Een groepsgrootte van acht patiënten is optimaal, er kan dan nog mensgerichte zorg geleverd worden. Een kleinere groep is vaak personeelstechnisch en budgettair niet haalbaar. Een tuin als onderdeel van de afdeling is te prefereren. Een tuin zorgt voor afleiding en een tuin kan gebruikt worden om patiënten te scheiden. De gebouwde omgeving moet een omgeving zijn die mensgerichte en gastvrije zorg faciliteert. Zo moet de verpleegpost letterlijk worden gescheiden in een front- en een backoffice. De verpleging moet zoveel mogelijk het werk op de groep doen. Het activiteitenaanbod moet divers en op maat zijn. De patiënten moeten een maximale autonomie krijgen, met andere woorden: het gezonde deel van de patiënt moet aangesproken blijven. De patiënt moet zoveel mogelijk zelf de omgeving kunnen regelen qua sleutels, verlichting, zonwering, etc.

Interviews

Eric Noorthoorn, senior onderzoeker bij GGNet – Warnsveld (Kenniscentrum)

P.S. van der Schaaf

Eric Noorthoorn heeft een spilfunctie als het gaat om ARGUS, het registratiesysteem voor GGZ-instellingen om dwang en drang te registreren, waaronder ook separeren en afzonderen. De instellingen zijn verplicht om dwang en drang te registreren en te rapporteren naar de Inspectie.

Het gesprek ging niet specifiek over een afdeling, maar vooral over dwang en drang in algemene zin, welke determinanten zijn te onderscheiden voor separeren, het ARGUS registratiesysteem, lopend onderzoek, etc.

Een betrouwbare, consistente en eenduidige registratie, inclusief eenduidigheid over definities, is essentieel om vergelijkingen te kunnen maken tussen instellingen, laat staan tussen landen. Er zijn sterke aanwijzingen dat Nederland het eigenlijk nog niet eens zo slecht doet als het gaat om separeren, in aanmerking genomen dat in het buitenland op een andere manier wordt geregistreerd.

ARGUS houdt in dat alle dwang-en-drangmaatregelen worden geregistreerd (episodes, incidenten, tijdsduur e.d.). Comfortrooms en IC units zijn als dwangmaatregel los in ARGUS opgenomen. Comfortrooms zijn per definitie niet afsluitbaar. Separeren is over het algemeen onvrijwillig, het is een noodmaatregel. De therapeutische waarde, als die er al zou zijn, is zeer twijfelachtig. Separeren is waarschijnlijk niet helemaal uit te bannen, maar wel is er veel te verbeteren in de duur van separeren, de nazorg en de samenhang met andere mogelijkheden.

GGNet heeft een reductie kunnen bewerkstellingen in het aantal uren van separeren (en dit komt overeen met het landelijk beeld), daarnaast is ook het absolute aantal patiënten dat gesepareerd wordt afgenomen. Ook het aantal incidenten is significant afgenomen.

De aanpak om separeren terug te dringen is vooral organisatorisch en zorginhoudelijk van aard, zoals scholing en coaching van personeel, samenwerking met familie, meer reflectie op het eigen handelen, etc.

Tweederde van de patiënten prefereert medicatie boven separatie. De gemiddelde verhouding tussen dwangmedicatie en separatie in Nederland is nu nog 1 op 10; het zijn communicerende vaten. De toekomst is wellicht aan het Angelsaksische model, een combinatie van dwangmedicatie, separatie en personele inzet. Welk beleid hierin gevolgd wordt, hangt sterk af van de behandelend psychiater.

Er zijn talrijke factoren die van invloed kunnen zijn op de intensiviteit van separeren, er is daarbij nog weinig bekend over de invloed die de gebouwde omgeving daarop heeft. Wel zijn er sterke aanwijzingen dat privacybeleving (meer oppervlakte per patiënt, het hebben van eenpersoonkamers) en autonomie, het hebben van controle op de omgeving (keuze en variatie in ruimtes) en bouwkundige alternatieven (comfortrooms, IC units) een positieve invloed hebben, wetenschappelijk bewezen is dit echter nog niet. Het is een zeer complex samenspel van factoren. In een onderzoek naar de relatie tussen de gebouwde omgeving en het aantal incidenten, moeten de uitkomsten gecorrigeerd worden voor factoren die op zichzelf veel meer invloed hebben op de uitkomst, zoals teamsamenstelling, type afdeling, diagnose patiënten, verblijfsduur, herkomst patiënten, behandelvisie, etc.

Interviews

Separeren is crisisbeheersing. De voorwaarde om te separeren is: als je een gevaar bent voor jezelf of je omgeving en als dit op geen enkele ander mogelijkheid afgewend kan worden. Het is van belang dat er kort gesepareerd wordt met veel contact. Iemand mag zich niet eenzaam voelen in de separeercel. Als iemand langer dan drie maanden in een separeercel zit is er echt iets mis! Dit is echt vreselijk en zou niet moeten voorkomen! Voor lang separeren moeten andere oplossingen gezocht worden. Erin vraagt zich af of we het belang van een goede bejegening als therapeutisch instrument zijn vergeten sinds de introductie van medicatie. Voor het welzijn van een patiënt is een goede communicatie van groot belang.

De dochter van Erin geeft in haar gesprek met haar moeder aan dat de eerste vijf minuten van een opname zo belangrijk zijn! In plaats van meteen doorgereden te worden naar de separeercel is het zo belangrijk dat je eerst even persoonlijk contact hebt, een kopje koffie krijgt en in een lekkere stoel kan zitten. Bij één van de klinieken waar de dochter van Erin opgenomen is geweest werd gevraagd: *"mogen wij even voor je zorgen?"* Dit is haar altijd bijgebleven, dat voelde zo goed.

Familie en vrijwilligers zouden er voor kunnen zorgen dat er meer begeleiding op de afdelingen is. Dat er af en toe tijd is voor een praatje of wat meer activiteiten. Ruimte is een belangrijke voorwaarde voor rust en respect voor de patiënt. Er moet vervolgens goed nagedacht worden hoe die ruimte optimaal ingezet kan worden, met een variëteit aan ruimtelijke indeling, voor zowel communicatie en overzicht als voor prikkelarm en ruimte voor terugtrekken.

Interviews

Erin Wagenaar, ouder van een dochter met schizofrenie en werkzaam bij de adviesdienst van Ypsilon

F. Feenstra

Ypsilon is een vereniging van familieleden en betrokkenen van mensen met schizofrenie en psychose. Ypsilon is opgericht door en voor familieleden. De familie, inclusief partners en andere naasten, heeft behoefte aan ondersteuning voor zichzelf bij het verwerken van en omgaan met de ziek(t)e. Daarnaast is zij partij in de zorg voor de patiënt, zeker indien deze zelf niet voldoende voor zijn eigen belangen op kan komen, maar ook meer in het algemeen omdat zij sterk betrokken is bij het welzijn van de patiënt. De vereniging werkt vanuit het besef dat patiënt, hulpverlener en familie alleen samen in staat zijn de beste zorg te bieden.

Het belang van patiënt en familie bepaalt de te bieden zorg. Beiden hebben recht op een respectvolle benadering. Het ontbreken van ziekte-inzicht vraagt van de hulpverlening een extra inspanning; niet elke patiënt vraagt om de zorg die hij nodig heeft. Elk familielid beschikt over informatie die waardevol kan zijn voor de behandeling van de eigen patiënt. Ypsilon ziet het als haar taak om de uitwisseling van kennis over de patiënt en betrokkenheid tussen familie en instantie te bevorderen.

Contact met de familie vanaf de eerste fase, komt de kennis over een patiënt ten goede. Ouders en familie werden vroeger ver weg gehouden van de behandeling van de patiënt. Het is belangrijk dat ze betrokken worden, ze hebben vaak kennis die inzicht kan geven in een patiënt. Vooral bij patiënten met een eerste psychose zo rond de achttien, zou in de eerste fase met de familie gepraat moeten worden en zou er bij de crisisopvang een logeerplek voor ouders moeten zijn. Nu zijn er bezoeken voor familie en is er een spreekruimte waar je met een aantal groepjes mensen bij elkaar zit. Het zou een verbetering zijn als er verschillende plekken in de kliniek zijn waar je even rustig kunt praten met je bezoek.

Erin Wagenaar is een ouder van een dochter met schizofrenie. In overleg met haar dochter heeft ze dit interview voorbereid. Zij is zeker niet tegen de separeercel, haar dochter geeft aan: *"dit is de enige plek waar het stil is"*.

Op de groepsruimtes en de afdeling is er altijd herrie. Hier loopt iedereen door elkaar en is er nergens een plek om je terug te trekken. De separeerkamer is een ruimte waarin je je in terug kan trekken en waar je rust kunt vinden in de hectiek van de kliniek. De ervaring van Erin Wagenaar is, dat haar dochter - vooral als ze erg ziek is - er behoefte aan kan hebben om vrijwillig gesepareerd te worden.

Het is een grote verbetering om een eigen kamer met eigen sanitair op de afdeling te hebben. De woonkamers zouden kleiner kunnen, misschien ontstaan er hierdoor meer vierkante meters voor alternatieve ruimten om je in terug te trekken. Geluidsisolatie is erg belangrijk, overlast van elkaar zorgt voor veel irritaties, dit zou bijvoorbeeld in de eigen kamers echt beter moeten. Kleine afdelingen van maximaal 10 personen zouden ook veel irritaties wegnemen.

Erin Wagenaar: *"Het zou mooi zijn als je verschillende graden van afzondering zou hebben binnen de afdeling, van een beperkte mogelijkheid tot opsluiten in extreme gevallen tot ruimtes voor vrijwillige terugtrekking als daar behoefte aan is"*. Door meer 'rustige' plekken aan te bieden zoals comfort-rooms, snoezelkamers of rustruimtes kunnen patiënten zich terugtrekken. Grote binnentuinen zouden kunnen bijdragen aan ruimte en rust voor patiënten. Het is niet altijd zo dat je een patiënt moet opsluiten, patiënten willen zelf ook wel eens de regie hebben over je terug kunnen trekken.

Moet de separeercel er dan zo uitzien? Het zou mooi zijn als de separeercel meer een IC unit zou zijn met een slaapkamer, een woonruimte en één op één begeleiding. Het moet ook mogelijk zijn kleine ruimtes te hebben waar mensen zich niet verloren voelen. Een verbetering aan separeercellen zou kunnen zijn dat ze in ieder geval toiletten hebben, vloerverwarming en dat je eigen kleding aan mag houden. Vraag is of er in een psychiatrische kliniek wel een stalen deur nodig is?

Interviews

te maken met een cliënt die structureel niet in een groep kan functioneren. Op een gegeven moment was de verhouding personeel:cliënt 8:1 geworden. Het gevolg was dat hij bijna permanent in de separeer verbleef. Voor deze cliënt is nu een eigen separeerruimte gebouwd die als slaapkamer dienstdoet. Vanuit de separeer leidt een deur naar de huiskamer waar hij overdag naar toe kan gaan. Deze huiskamer grenst aan een afgesloten eigen tuin. Naast de huiskamer heeft de cliënt een eigen badcel.

Een ander initiatief in Wolfheze is de HAT-eenheid voor de afdeling langdurige zorg met een deur naar de groep én een eigen voordeur. De begeleiding kan in overleg met de cliënt bepalen welke deur dicht is om zo rust en veiligheid te brengen zonder dat de cliënt afgezonderd hoeft te worden. Het eigen territorium leidt tot meer eigenwaarde en meer autonomie.

Niet alleen de ruimte, ook de kennis en ervaring van een team is van belang. Een angstig en onzeker team leidt tot meer separaties. Dit is ook begrijpelijk bij nachtelijke opnames waarbij een cliënt soms geboeid door een politieteam wordt afgeleverd. Daarnaast is bejegening en 'aanwezigheid' een belangrijke pijler. Ben Kemper maakt de vergelijking tussen de bejegening van een cliënt door het team en de bejegening van een klant door een ambtenaar achter een loket. Als je eindelijk aan de beurt bent en de ambtenaar zegt dan: *"Ik ga eerst even koffiedrinken"*, dan wordt je boos! Zo is het met een cliënt ook als hij aandacht vraagt en het team zit koffie te drinken of is verward in een overdracht. Deze zaken moeten natuurlijk ook gebeuren, maar zorg dat zich dat buiten het blikveld van de cliënt afspeelt en zorg dat er altijd iemand op de groep is. Agressie vindt vaak plaats op het moment van de overdracht. Tevens wordt binnenkort gefaciliteerd dat de rapportage zoveel mogelijk op de groep plaatsvindt, waardoor de begeleiding aanwezig blijft op de groep. De afsluitbare verpleegkantoren zullen de komende jaren verdwijnen op de afdeling.

De SCU is ruim van opzet, heeft veel uitzicht, is volledig gemeubileerd met een bedbank, een zitje van elementen, een tafel met stoelen en een tv. Men heeft via een raam contact met de verpleegpost. De cliënt kan eigen spullen meenemen in de SCU, bijvoorbeeld om te tekenen. Ook kleding kan worden meegenomen. De elementen van bed en zitje zijn onderling uit te wisselen en te verschuiven zodat de inrichting naar eigen inzicht kan worden aangepast. Ook de zonwering, luxaflex, tv etc kan zelf worden bediend. Met name voor manische patiënten is dat ideaal. De SCU kan ook als een tweede huiskamer of als een gespreksruimte worden gebruikt. Van te voren worden afspraken gemaakt hoelang de cliënt in de SCU blijft. De cliënt kan dus niet zelf besluiten om er eerder weer uit te gaan. De deur naar de afdeling is dicht. Het is niet de bedoeling dat iemand wekenlang in de SCU verblijft. Het verblijf moet altijd kortdurend zijn.

Achteraf was het beter geweest als van de twee SCU's er één 'suicideproof' uitgevoerd zou zijn geweest. Nu is ernstige suïcidaliteit een contra-indicatie voor de SCU. Ook is de SCU niet geschikt voor cliënten die hun agressie op de inrichting uitleven. Dit zijn de enige situaties dat (kortdurend) de separeer gebruikt wordt.

Interviews

Minke Simonis, afdelingsbehandelaar en Ben Kemper, teamleider, De Gelderse Roos, Wolfheze.
Bezoek aan Octaaf: onderdeel van kliniek langdurige zorg volwassenen.

R.H. Gortemaker en F. Feenstra

De Gelderse Roos is in november 2007 gestart met twee Special Care Units (SCU) in de Octaaf, onderdeel van de kliniek voor langdurige zorg (totaal 155 cliënten). De meest complexe cliënten van De Gelderse Roos komen in Octaaf terecht. Deze kliniek had in 2000 nog 6 separeerkamers op 170 cliënten. Bij de nieuwbouw in 2001 van Octaaf werden er 4 separeerkamers en 6 afzonderingskamers (stripkamers) gebouwd op 155 cliënten. De Gelderse Roos heeft sinds enige jaren een beleid ingezet om zo min mogelijk te separeren. In Octaaf zijn er nu dus twee Special Care Units in gebruik en daarnaast nog twee separeerkamers, één met toilet en één zonder. Daarnaast zijn er nog 6 afzonderingskamers. In het komende jaar worden de 3 afzonderingskamers omgebouwd tot 'comfortrooms' en wordt beleid gemaakt om opnieuw 1 separeer te sluiten. In 2010 zal Octaaf dan 2 SCU kamers, 4 comfortrooms en nog 1 separeerkamer hebben voor de 155 cliënten.

Minke Simonis: *"We willen niet separeren, daar worden mensen niet beter van. Minimaal separeren met maximale inzet. Als er dan toch gesepareerd moet worden dan bijvoorbeeld maar voor een uurtje".*

De Gelderse Roos startte in Tiel met een Intensive Care Unit. In Octaaf vond men deze naam niet zo gelukkig gekozen. Daarom is in Octaaf dezelfde unit tot Special Care Unit omgedoopt. Het verschil tussen Tiel en Octaaf is dat in Tiel altijd een verpleegkundige aanwezig is bij de cliënt in de unit. Het beleid in Tiel is te voorkomen dat iemand in de separeer en SCU terecht komt. In Wolfheze wordt hier anders tegenaan gekeken. In het begin van de opname wordt met de cliënt de mogelijkheid van het gebruik van de SCU besproken. De SCU wordt uitdrukkelijk niet als een strafmaatregel en beperkt als een veiligheidsmaatregel voorgesteld. Het is vooral een oplossingsruimte of rustruimte voor afname van spanning en ter voorkoming van agressie.

Minke Simonis: *"Meer contact, een vriendelijke en huiselijke uitstraling, meer uitzicht en meer ruimte leidt tot minder agressiviteit. Als onze gesloten*

afdeling twee keer zo groot zou zijn, zou de agressie met de helft afnemen".

Ben Kemper: *"De hoefijzervorm van Octaaf en de opzet waarbij alles heel dicht bij elkaar ligt, leidt tot meer conflicten. Als mensen meer ruimte hebben en een duidelijk eigen territorium kunnen afbakenen raken ze minder snel geïrriteerd".*

Eind 2009 zijn er 3 afzonderingskamers en een opslagruimte omgebouwd tot comfortrooms. Een comfortroom is een concept dat uit de VS komt. In Nederland is het concept het eerst toegepast door Mediant. De comfortrooms worden samen met de cliënten ingericht met zelfgekozen spullen en meubels. Er is een tv en een dvd-speler. In tegenstelling tot de SCU is de deur van de comfort room wel open en kan de cliënt zelf bepalen erin en eruit te gaan. De deur heeft een hotelslot. De cliënt kan zich dus wel afzonderen in de comfortroom.

Ook in de nieuwe opzet blijft er altijd nog één separeerkamer over. Volgens Minke Simonis zal er altijd één separeerkamer nodig blijven. Er zijn nu eenmaal cliënten die er niet buiten kunnen, die er van tijd tot tijd ook zelf om vragen. Ben Kemper daarentegen denkt dat als het aanbod er is, de vraag ook zal blijven. Als er geen separeerkamers meer zijn, zullen de cliënten er uiteindelijk ook niet meer om vragen. Dit strookt met het beleid van de Raad van Bestuur die de separeerkamers uiteindelijk willen uitbannen.

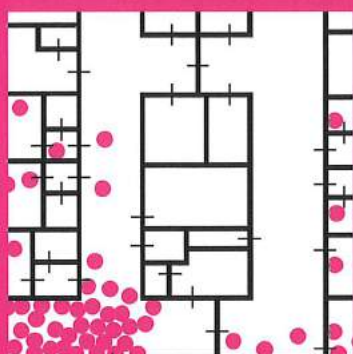
Minke Simonis legt de nadruk op het aanbieden van alternatieven voor cliënten en medewerkers. Behalve de verschillende soorten kamers kan een cliënt ook kiezen om te gaan wandelen om zo even buiten de afdeling te zijn of om een bad te nemen. Haar volgende wens zou dan ook een mooie 'welfare' badkamer voor cliënten zijn. Of een sauna vult Ben Kemper aan. Meer alternatieven leidt tot minder agressie.

Als voorbeeld wordt genoemd de forensische afdeling Kompas, ook op het terrein van De Gelderse Roos in Wolfheze. Hier heeft men op dit moment

Open de laatste deur

bronnen

In Nederland zijn bijna 300 separeerkamers. Separatie is soms noodzakelijk als de veiligheid van de patiënt of zijn omgeving in gevaar komt. Voor sommige patiënten is separatie zelfs de eerste kennismaking met de psychiatrische instelling. Een zeer emotionele ervaring die niet langer past in een humane benadering. Binnen de AWBZ-sector is dan ook al langere tijd een beweging gaande om het separeren van patiënten zoveel mogelijk terug te dringen. Hoe kunnen architecten hieraan bijdragen? Wat zijn de ruimtelijke mogelijkheden om de veiligheid van patiënten te kunnen waarborgen zonder dwang? Kun je het separeren overbodig maken door op een andere manier veiligheid te creëren? Is er vanuit de architectuur een oplossing voor de vraag en behoefte van de patiënt en het probleem van het separeren? Kunnen wij iets leren over de relatie tussen de gebouwde omgeving en het gedrag van de mens?



Erin Wagenaar

"Dit is de enige plek waar het stil is."

Minke Simonis

"Meer alternatieven leidt tot minder agressie."

Henk Nijman

"Alles wat ik zeg, kost ruimte."

De publicatie 'ruimtelijke alternatieven voor separeren' maakt inzichtelijk hoe de ruimtelijke omgeving het gedrag van mensen kan beïnvloeden. Een inventarisatie van bouwkundige alternatieven voor separatie en een analyse van traditionele separeerafdelingen. Het boek laat zien hoe, waar, wanneer, hoelang en waarom er gesepareerd wordt. Daarnaast geeft de publicatie een overzicht van de separeerpraktijk in Nederland vergeleken met andere landen in Europa. Door interviews met professionals en ervaringsdeskundigen wordt inzicht gegeven hoe er in de praktijk gewerkt wordt met de gebouwde omgeving en waar verbetering nodig is. Er is een lijst met relevante literatuur samengesteld waar samenvattingen van zijn gemaakt.

