

“Respect en participatie kunnen veel conflicten voorkomen”

De geestelijke gezondheidszorg maakt op heel wat domeinen een omwenteling door. Ook op het gebied van dwang, afzondering en fixatie slaan veel ziekenhuizen een andere weg in. “En zo hoort het ook”, bevestigt psychiater Chris Bervoets van de KU Leuven. “Wij moeten niet alleen streven naar minder dwang, we moeten vooral het aantal conflicten terugdringen. Dat is de essentie van het Advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) hierover.”

Psychiater Chris Bervoets nam het initiatief voor het Advies van de HGR vanuit de Vlaamse Vereniging van Psychiaters. “Twee hoofdredenen speelden mee”, vertelt hij. “Om te beginnen wilden we een antwoord bieden op het maatschappelijk debat na enkele persoonlijke getuigenissen over de psychiatrie. Wij nemen die verhalen ernstig. Ze gaan over isolatie en dwangmaatregelen, maar ook over de moeilijke toegang tot zorg. Sommige mensen voelen zich in de hulpverlening gedwongen, andere mensen vinden geen hulp. Als psychiaters mogen wij niet buiten dit debat blijven. We staan open voor dialoog. De tweede reden voor het advies is dat de wetenschappelijke evidentie over dwangmaatregelen eigenlijk vrij mager is. Er bestaat weinig literatuur en wat bestaat is dikwijls opiniërend of vrij lokaal en daardoor niet zomaar over te hevelen naar andere contexten. Daarom wilden we komen tot een soort van handvest.”

Hoe is het advies tot stand gekomen? Ging dat vlot of is er veel overleg aan voorafgegaan?

“Ja, er is behoorlijk wat dialoog geweest. Een expertencomité heeft er eerst de literatuur op nageslagen. Dat resultaat was dus vrij mager. Toen we de dialoog op gang brachten, bleken heel diverse meningen over dwangmaatregelen te bestaan. Vrij snel kwamen we overeen om ons niet te beperken tot enkele technische aanbevelingen over fixatie en dergelijke. Dat is het puur operationele niveau. Wij mikten hoger, met name: hoe kun je de zorg zo organiseren dat er minder dwangmaatregelen nodig zijn. Met andere woorden:

hoe voorkom je conflicten? Daarover gaat het advies”.

Betekent het dat de mensen die hun ervaringen openbaar maakten een punt hadden?

“Jazeker. Er doen natuurlijk diverse verhalen de ronde, maar wat telkens terugkeert is de roep naar erkenning. Veel mensen voelen zich niet erkend of gehoord. Dat moeten we proberen te vermijden. Psychiatrie vandaag moet gestoeld zijn op respect en participatie. Het betrekken van de patiënt en van de familie is belangrijk. In voorbereiding van het advies hebben we lange discussies gehad, bijvoorbeeld over hoe lang je een patiënt mag isoleren voor er een nieuwe evaluatie moet gebeuren. Sommigen vonden een half uur het maximum, anderen pleitten voor 24 uur. Uiteindelijk hebben we hierop geen vaste duur geplakt, maar het is duidelijk: het overleg met de patiënt en/of de familie moet zo snel mogelijk op gang worden gebracht. Dat is ook de geest van de adviestekst van Zorgnet-Icuro over de gedwongen opnamen. Participatie moet vandaag een evidentie zijn.”

Participatie klinkt goed en concreet, maar hoe pak je dat in de praktijk aan?

“Dat is inderdaad gemakkelijker gezegd dan gedaan. Er zijn op verschillende niveaus acties nodig. Verpleegkundigen hebben meer dan psychiaters directe contacten met patiënten. Die dagelijkse communicatie op de afdeling is cruciaal. Maar die communicatie wordt in grote mate bepaald door de cultuur op de afdeling en daar hebben de hoofdverpleegkundige, de artsen en de organisatie als geheel een grote verantwoordelijkheid. Er moet een visie ontwikkeld worden met richtlijnen over hoe conflicten kunnen worden voorkomen. Verpleegkundigen moeten zich ondersteund weten en ook de ruimte krijgen om authentiek participatief te zijn. Veel conflicten kunnen met kleine ingrepen worden vermeden. Is het echt zinvol om mensen te verplichten om therapie te volgen? En moet je ze ‘straffen’ als ze niet naar de therapie komen?

In veel ziekenhuizen gebeurt het en is het een bron van conflicten. Er kan heel wat op ziekenhuisniveau worden opgelost, andere maatregelen moeten van de overheid komen, bijvoorbeeld via de wet op de gedwongen opname.”

“Het mooie is dat veel maatregelen weinig kosten. Let wel, ook de expertengroep pleit voor meer personeel en middelen. Maar laat ons alvast beginnen met wat binnen het huidige kader mogelijk is. Hiervoor moet de overheid wel soepele regels maken. Het moet bijvoorbeeld mogelijk zijn om een acute afdeling beter te bestaffen met de huidige middelen. Op een high intensive care heb je meer en anders gekwalificeerd personeel nodig en bij voorkeur ook een arts die 24/7 ter beschikking is. Maar laat ons ons niet verblijven achter het gebrek aan middelen, hoe belangrijk ook. Laat ons samen kijken wat vandaag al mogelijk is om conflicten te vermijden. Bijvoorbeeld op het gebied van de architectuur en de inrichting van een afdeling. In lijn met artikel 107 moeten we evolueren van strakke structuren naar functionele ruimtes. In plaats van een afzonderingskamer een ‘afzonderingsgebied’ creëren bijvoorbeeld, waar mensen zich even kunnen terugtrekken of een intenser contact met een verpleegkundige of een arts kunnen hebben. Dat zou meer nuance in onze aanpak toelaten. We moeten evolueren naar minder institutionele zorg en meer zorg vanuit de noden van de patiënten.”

Zijn jullie ook op zoek gegaan naar good practices?

“Ja, vooral op het gebied van conflictvermijding. Het *Safewards* model lijkt hiervoor een goed kader. Nogmaals: het gaat dikwijls om kleine, bijna vanzelfsprekende dingen die in de dagelijkse praktijk soms nog ver te zoeken zijn. Dat je je bij een eerste contact met de patiënt even voorstelt en het best ook iets over jezelf vertelt, bijvoorbeeld. Het ‘individualiseren’ van de behandeling zal er alleen maar wel bij varen. Op basis van wetenschappelijke evidentie komt het *Safewards* model tot tien

interventies (zie www.safewards.net) die conflicten vermijden. Het model is onderzocht in tien landen uitgerold. Het sluit nauw aan bij de ideeën van *Open Dialogue*. Ik geloof niet dat je alle dwang en isolatie in de psychiatrie kunt uitsluiten, maar eigenlijk zouden die alleen nog mogen gebeuren op basis van symptomen, zoals bij een acute psychose.

Zijn de ziekenhuizen klaar voor die omslag?

Ik denk het wel. In elk geval zijn de signalen van de ervaringsdeskundigen niet in dovemansoren gevallen. De ziekenhuizen proberen elk op hun manier om het aantal afzonderingen en fixaties terug te dringen. Maar dat mag niet de enige focus zijn. We moeten het ruimere kader zien en ons richten op het vermijden van conflicten. Bovendien, soms hoort dwang thuis in de psychiatrie. We mogen niet de fout maken om nu helemaal naar de andere kant over te hellen. Maar wetenschappelijke evidentie, preventie, respect en participatie moeten doorslaggevend zijn in ons beleid.

Het advies verscheen in juni 2016. Hoe is het ontvangen? En wat gebeurt er nu verder mee?

We hebben veel positieve reacties gekregen. Ook van de gebruikers. We hebben de juiste snaar geraakt. We hebben geen technisch antwoord gegeven op hun roep naar erkenning en een luisterend oor. En we hebben er ons ook niet vanaf gemaakt met een simpel excuus. Samen met het Vlaams Patiëntenplatform, VWGG, Zorgnet-Icuro, het UPC KU Leuven en de faculteit Architectuur van de KU Leuven hebben we zopas afgesproken om in 2017 alvast drie dingen verder uit te werken. Ten eerste zullen we een opleiding organiseren voor de zorgvoorzieningen. Ten tweede willen we verder onderzoek initiëren. En ten derde zullen we gezamenlijk bij de overheid aankloppen voor een soepelere regelgeving die een meer flexibele personeelsinzet toelaat, voor de verdere uitwerking van artikel 107 én voor meer middelen. Drie concrete afspraken dus. Neem volgend jaar gerust opnieuw contact op voor een stand van zaken!

Psychiater Chris Bervoets: “De ziekenhuizen proberen elk op hun manier om het aantal afzonderingen en fixaties terug te dringen. Maar dat mag niet de enige focus zijn. We moeten het ruimere kader zien en ons richten op het vermijden van conflicten.”