

AFZONDERING VAN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN: EEN BEHANDELINGSMETHODE IN OPSPRAAK

1. Een passend ministerieel initiatief

In een Omzendbrief d.d. 24.10.1990 vestigde de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden, Dhr. H. WECKX, de aandacht op het gebruik van dwangmaatregelen in de psychiatrie. Het beleid met betrekking tot de afzondering van opgenomen psychiatrische patiënten wordt er in vastgelegd.

Afzondering is een gebruikelijke behandelingsmethode, zowel in de psychiatrische ziekenhuizen (P.Z.) als psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (P.A.A.Z.). De bewegingsvrijheid van de patiënt wordt beperkt tot de gesloten ruimte van een daartoe ingerichte afzonderingskamer. Eventueel kan de patiënt eveneens fysiek gefixeerd worden op het bed van de afzonderingskamer, d.w.z. vastgebonden worden aan beide enkels en polsen en met een buikband. Zowel gedwongen als vrij opgenomen patiënten komen hiervoor in aanmerking. In de praktijk wordt deze maatregel zelfs frequenter toegepast op zogenaamde vrije patiënten dan op gedwongen opgenomen patiënten.

Deze behandelingswijze is opvallend problematisch. Zij druist nl. in tegen de ethische normen die de laatste 20 jaar meer en meer richtinggevend zijn voor het medisch handelen, zowel binnen als buiten de psychiatrie. Hier kunnen o.a. worden vermeld:

- de doctrine van de geïnformeerde toestemming (informed consent) volgens dewelke de patiënt (of - voor minderjarigen - zijn vertegenwoordiger) uitdrukkelijk toestemming moet geven voor elk medisch onderzoek en/of elke medische behandeling;
- als gevolg van het voorgaande heeft de patiënt het recht een voorgestelde behandeling te weigeren; in de Verenigde Staten is aan gedwongen opgenomen psychotische patiënten zelfs het recht toegekend om neuroleptische medicatie te weigeren (dwangopname betekent dus nog niet dwangbehandeling);
- de doctrine van het minst beperkende behandelingsalternatief (least restrictive alternative) volgens dewelke ambulante behandeling te verkiezen is boven ziekenhuisopname (die trouwens zo kort mogelijk dient gehouden te worden), eerder beschut en beschermd wonen dan residentieel verblijf, enz.

De concrete toepassing van deze ethische normen in de klinische realiteit stelt tal van problemen op medisch en juridisch vlak. De bespreking daarvan wordt hier beperkt tot de problemen die zich stellen bij het afzonderen van patiënten, een therapeutische maatregel - volgens medici althans - die uiterst beperkend is, die zonder toestemming van de patiënt wordt uitgevoerd en waarbij medicatie kan worden opgelegd. Een vertoon van medische macht kortom, zij het ook beperkt in de tijd: van enkele uren tot enkele dagen.

2. Het dispuut in de media

Dit ministerieel initiatief ligt in het verlengde van de discussie over het gebruik en/of misbruik van afzonderingskamers in een kinderpsychiatrische afdeling waarover een commissie ad hoc medio januari 1990 rapporteerde. De vader van 2 opgenomen kindjes en een groep die de belangen van patiënten behartigt, hadden via pamfletten en persmededelingen concrete aanklachten geformuleerd in verband met fysiek en psychisch geweld bij het gebruik van de afzonderingskamers in een kinderpsychiatrische dienst. Deze klachten, met inbegrip van verhalen over een sterfgeval in de afzonderingskamer en gebroken ledematen bij gevechten daarrond, kregen ruime aandacht van de pers.

Wat heeft de onderzoekscommissie uiteindelijk vastgesteld? De afzonderingskamers waren ruim en veilig maar op meerdere punten inderdaad ongeschikt, o.a. wegens de gebrekkige verluchting en temperatuurregeling, de te felle verlichting, de afwezigheid van een sas en de slechte bereikbaarheid van sanitaire voorzieningen. De afzonderingskamers bleken ook oneigenlijk te worden gebruikt, namelijk als 'bezienskamers', b.v. na wegliep-gedrag, of als 'time-out'-kamer (zie hierna voor de medische indicaties bij het gebruik van afzonderingskamers).

Anderzijds bleken de verhalen rond gebroken ledematen en sterfgeval(len) in de afzonderingskamer totaal uit de lucht te zijn gegrepen. Terechte klachten werden dus onnodig aangedikt met fantasmen. Wat betreurenswaardig is omdat de aanklagers hierdoor hun globale geloofwaardigheid verliezen en meteen ook de belangstelling van de media voor het probleem.

De commissie heeft m.a.w. het kaf van het koren gescheiden en gewezen op reële, zij het minder spectaculaire, mankementen. Uit haar werkzaamheden is daarboven gebleken dat de aangeklaagde situatie in dat bijzonder kinderpsychiatrisch centrum een probleem vormt dat de hele psychiatrische sector aangaat. Om deze reden is het nuttig hier bij het verslag van de commissie stil te staan. Het eindigt met de volgende aanbeveling: 'Elke dienst voor kinder- of volwassenenpsychiatrie zou een geschreven document moeten opstellen over het gebruik van de afzonderingskamers in hun eigen dienst. Controle van deze uitzonderlijke vorm van behandeling moet mogelijk zijn en deze is slechts mogelijk wanneer geschreven regels vastgelegd worden en er een minimale registratieprocedure bestaat. Er mag dan ook verwacht worden dat zowel beroepsbeoefenaars zelf als de betrokken ministeries hiertoe het nodige initiatief zouden nemen'.

3. Belangrijke rechtsregels

De reeds evidente medico-legale problemen die de afzondering van patiënten stelt, werden verleden jaar aangescherpt door de 'Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke' (de nieuwe Belgische collocatiewetgeving). Artikel 1 van deze wet zegt: 'Buiten de beschermingsmaatregelen waarin deze wet voorziet, kunnen de diagnose en de behandeling van psychische stoornissen geen aanleiding geven tot enige vrijheidsbeperking, onverminderd de toepassing van de Wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen de abnormale en gewoontemisdadigers'. En artikel 3 voegt hieraan

toe: 'Degene die zich vrij laat opnemen in een psychiatrische dienst, kan deze te allen tijde verlaten'.

Het probleem is duidelijk vanuit juridisch standpunt: buiten de internering, op grond van de Wet d.d. 1 juli 1964, en de gedwongen opname bij rechterlijke beslissing, ingevolge de Wet d.d. 26 juni 1990, zijn opnamen per definitie vrije opnamen en kan er geen maatregel tot gehele of gedeeltelijke vrijheidsberoving worden genomen. Gebeurt dit toch dan kan artikel 434 van het Strafwetboek worden ingeroepen: 'met de gevangenisstraf van 3 maanden tot 2 jaar en met geldboete van 26 Bfrs. tot 200 Bfrs., worden gestraft zij die iemand aanhouden of doen aanhouden, gevangen houden of doen gevangen houden zonder een bevel van het gestelde gezag en buiten de gevallen waarin de wet de aanhouding of de gevangenhouding van bijzondere personen toelaat of voorschrijft'.

Het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens voorziet in artikel 5.1.e: 'eenieder heeft recht op persoonlijke vrijheid en veiligheid. Niemand mag van zijn vrijheid worden beroofd, behalve in de navolgende gevallen en langs wettelijke weg ... In het geval van rechtmatige gevangenhouding van personen die een besmettelijke ziekte zouden kunnen verspreiden, van geesteszieken, van verslaafden aan alcohol of verdovende middelen of van landlopers'.

Geesteszieken kunnen dus principieel wel in aanmerking komen voor een vrijheidsbeperkende maatregel, maar deze kan hoe dan ook maar worden genomen, als er een wettelijke basis voor is.

In het probleem dat ons aanbelangt worden deze rechtsregels dagelijks massaal overtreden zonder strafrechtelijk gevolg. Inderdaad, er zit een keerzijde aan de medaille. Het Ministerie van Volksgezondheid voorziet immers 'observatie-kamers' in de officiële erkenningsnormen van psychiatrische diensten voor zowel acute (A), chronische (T) als jeugdige patiënten (K). Deze 'observatiekamers', eigenlijk de hier besproken afzonderingskamers, moeten beschikbaar zijn voor het afzonderen van onrustige patiënten, en moeten zodanig zijn ingericht dat zij de veiligheid van de patiënten waarborgen. In het kader van de ziekenhuiswetgeving bestaan er nochtans geen wettelijke bepalingen en ook geen officiële onderrichtingen die het gebruik van dwangmiddelen, in casu afzonderingskamers, regelen. Hun gebruik, als onderdeel van een behandelingsplan, valt dus wettelijk binnen de uitoefening van de geneeskunst.

Toch zijn er vanuit de medische inspectiedienst bepaalde onderrichtingen gegeven die in overleg met de ziekenhuizen zijn vastgesteld. Die betreffen zowel de technische aspecten van afzonderingskamers als de functionele aspecten van hun gebruik.

Wat de technische aspecten betreft dienen de afzonderingskamers te voldoen aan vereisten van veiligheid, hygiëne, geluids- en visuele isolatie. Bij de functionele aspecten moet men denken aan het toezicht en de registratie. De betrokken Omzendbrief van de Gemeenschapsminister Hugo WECKX is gericht op deze functionele aspecten, vooral door het opleggen van de verplichting aan elke dienst dat een interne gedragscode moet worden opgesteld voor het nemen van dwangmaatregelen zoals afzondering van patiënten. Afzonderingskamers zijn in de psychiatrie dus verplicht maar mogen, vanuit juridisch oogpunt, niet worden gebruikt, behalve in het geval van internering en gedwongen opname bij rechterlijke beslissing.

Ten slotte mag eraan worden herinnerd dat de Code van Geneeskundige Plichtenleer ter zake weinig zegt. Artikel 3, lid 2 luidt als volgt: 'teneinde deze opdracht te vervullen moet de geneesheer, welke discipline van de geneeskunde hij ook uitoefent, ten volle bevoegd zijn en de menselijke persoon steeds eerbiedigen'. En artikel 34: 'wanneer de geneesheer de behandeling van een patiënt aanvaardt, moet hij hem zorgvuldig en gewetensvol de zorgen toedienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis'. Maar welke is de geldende wetenschappelijke kennis voor het gebruik van de afzonderingskamer?

4. Medische opdracht en medische ideologie

De aangehaalde juridische normen wijzen er op dat dwangmaatregelen, zoals afzonderen en fysiek fixeren, niet toegelaten zijn tenzij ze worden getroffen krachtens een rechtsgeldige wet. Dit nu is in de praktijk beslist niet altijd het geval. Meer nog, het Ministerie van Volksgezondheid voorziet zelfs afzonderingskamers in psychiatrische diensten, waarin, in principe althans, geen enkele patiënt kan worden opgenomen bij rechterlijke beslissing.

Dit wijst erop dat juristen en medici een totaal andere benadering van het probleem hebben. Hier stuit men m.a.w. op paradigmatische verschillen tussen het juridisch en het medisch denken. Of de betrokken patiënt vrij is opgenomen of niet, maakt voor een medicus geen enkel verschil uit wanneer hij een beslissing tot afzonderen moet nemen. Het gaat hem enkel om een therapeutisch bedoelde interventie die al dan niet onmiddellijk moet worden genomen. Een patiënt, die is opgenomen bij rechterlijke beslissing, komt a priori niet meer dan een andere in aanmerking voor afzondering. De relevante variabelen in een medische redenering zijn de psychiatrische toestand op een zeker ogenblik en de vraag of afzondering therapeutisch kan zijn voor de patiënt, d.w.z. zijn lijden enigszins verminderen of erger lijden voorkomen. Niet afzonderen kan inderdaad schadelijker zijn voor de betrokkene en zijn omgeving.

Niettemin worden medische behandelingsprioriteiten meer en meer in overeenstemming gebracht met het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt; de klinische praktijk evolueert duidelijk in deze richting. Maar bij de bespreking van situaties, waarin afzondering aangewezen kan zijn, stuit men op de onverzoenbaarheid van beide benaderingen. De genoemde Ministeriële Omzendbrief wordt gemotiveerd met het 'gebrek aan een duidelijke wettelijke regeling' en stelt dat 'de bescherming van de gezondheid en de fysieke en psychische integriteit van de patiënt, de belangrijkste maatregelen voor het beoordelen van het geoorloofd karakter van een dwangmaatregel zijn'.

Toch heeft de toenemende nadruk op psychotherapie, milieu therapie en psychopharmacologische behandelingsmogelijkheden het belang van afzondering en fixatie als behandelingsmethoden ongetwijfeld doen afnemen. De wetenschappelijke literatuur wijst inderdaad op een spontane afname ervan. Centra welke zich speciaal hebben toegelegd op het uitwerken van alternatieven, en dus een 'niet-afzonderingsbeleid' voeren, vermelden een merkwaardige afname van de hoeveelheid afzonderingsuren zonder significante neveneffecten. Hierbij wordt bedoeld op vermeerdering van de medicatie, op meer letsels toegebracht aan personeels-

leden of medepatiënten, op weigeringen van opname en op het doorsturen van bepaalde categorieën patiënten.

Andere initiatieven liepen echter uit op een mislukking. In Pennsylvania geldt sinds 1987 een afzonderingsverbod voor kinderen onder de 14 jaar, opgenomen in een kinderpsychiatrische afdeling. Toen deze maatregel werd geëvalueerd op haar therapeutische gevolgen, was haar impact in het algemeen vrij negatief, met name omdat meer medicatie moest worden toegediend. En de auteurs besluiten dat afzondering in een gesloten ruimte waarschijnlijk een noodzakelijke therapeutische maatregel moet blijven, voornamelijk voor ernstig gestoorde kinderen – zelfs van 7 tot 10 jaar – met zware gedrags- en impulsstoornissen.

De reeds hogerop vermelde commissie hoorde verantwoordelijke psychiaters en psychologen van residentiële kinderpsychiatrische diensten in Vlaanderen. Hun advies was unaniem over de noodzaak van afzonderingskamers, ook in een kinderpsychiatrische dienst. De psychiatrische literatuur bevat weinig harde onderzoeksgegevens maar geeft eveneens blijk van eensgezindheid over de noodzaak van afzonderingskamers, zowel in psychiatrische diensten voor chronische patiënten als in diensten voor voornamelijk acute patiënten. Afzondering is een ultieme maatregel waarnaar kan worden gegrepen wanneer andere middelen hebben gefaald. Zij moet dan worden gelijk gesteld met een vorm van intensieve psychiatrische begeleiding.

Afzonderen is onverantwoord in de volgende omstandigheden: als strafmaatregel, bij personeelsgebrek of uit angst vanwege het behandelingsteam (dus niet ten voordele van de patiënt maar wel van de behandelende staf).

In een afzonderingskamer moet de patiënt ofwel vrij kunnen rondlopen (onder voorwaarden voor de veiligheid i.v.m. brand, automutilatie, suicide) ofwel fysiek kunnen worden gefixeerd op zijn bed, met of zonder een extra dosis medicatie. Zowel medische criteria als elementen van de behandelingscultuur op een afdeling zullen de afzonderingsmodaliteiten bepalen. Een goed beleid i.v.m. psychopharmaca kan beslist meer restrictieve maatregelen zoals afzondering voorkomen. Als er tot afzondering wordt besloten, zullen de verpleegkundige staf en de behandelende geneesheer de voor- en nadelen van intensieve chemotherapie en fysieke fixatie tegen elkaar moeten afwegen. Niet-medici moeten nochtans weten dat om strikt medische redenen vaak fysieke fixatie te verkiezen is boven hoge hoeveelheden neuroleptische of sederende medicijnen.

Afzondering van een patiënt strookt dus met de 'thans geldende wetenschap' zoals bedoeld in de Code van Geneeskundige Plichtenleer, alhoewel ook bij ons sommige (ex-)patiëntengroepen ijveren voor het afschaffen ervan. Dit is m.i. een onverantwoorde stelling. Wel is het zo dat vele vragen tot nu toe onbeantwoord zijn gebleven: wie komt in aanmerking voor afzondering, hoe geraakt iemand in de afzonderingskamer, wie neemt er beslissingen gedurende zijn afzondering en wanneer wordt de afzondering opgeheven?

Eveneens is er de vraag naar mogelijke schadelijke gevolgen.

5. Afzonderen: wie en waarom?

In dit verband worden regelmatig een viertal therapeutische doelstellingen vermeld.

De eerste betreft het in bedwang houden van patiënten die daadwerkelijk gewelddadig zijn of met geweld dreigen. Hun fysieke agressie kan zowel gericht zijn op personen uit de omgeving, medepatiënten of stafleden, als op zichzelf. Fysieke agressie tegen voorwerpen kan bij wijze van uitzondering ook in aanmerking worden genomen indien deze plaatsvindt in een escalatieproces van erger tot erger, of indien hierdoor de algemene veiligheid van de medebewoners in gevaar wordt gebracht, b.v. een patiënt die brand sticht of een geïntoxiceerde toxicomaan die de boel kort en klein slaat. De afzonderingsmaatregel mag dan al worden genomen bij dreigend gevaar voor een gewelddadige uitbarsting. Er moet niet noodzakelijkerwijze worden gewacht tot er ernstige feiten gepleegd worden.

Het veilig stellen van de patiënt en/of zijn omgeving is hier duidelijk de bedoeling van de afzondering. De patiënt verkeert op dat ogenblik in een toestand waarin hij de controle over zijn impulsen en over zichzelf heeft verloren. Zijn falende interne structuur wordt tijdelijk gecompenseerd of vervangen door een strakke externe structuur, namelijk afzondering en fixatie. Deze zal duren tot de patiënt opnieuw bereikbaar wordt op verbaal vlak en een zekere controle over zijn gedrag herwonnen heeft. Dit wordt in de meeste gevallen reeds na enkele uren bereikt en kan doorgaans worden bespoedigd door een intensieve begeleiding van de verpleegkundigen. Indien de patiënt psychotisch is, kan het langer duren (dagen) en zal de inwerking van de neuroleptische medicatie moeten worden afgewacht vooraleer de afzonderingsmaatregel progressief kan worden opgeheven. Bij verwardheidstoestanden, zelfs als ze niet gepaard gaan met agressiviteit, kan dezelfde maatregel worden genomen. Ook dan wordt de patiënt beschermd en beveiligd tegen zichzelf, het kwaad dat hij anderen zou kunnen doen en de spijt die hij er achteraf van zou krijgen. Deze groep patiënten is, diagnostisch gesproken, heterogeen en kwantitatief de belangrijkste.

De tweede doelgroep bestaat uit ontremde patiënten die middels afzondering worden onttrokken aan de stimulerende werking van de omgeving. Als voorbeeld kunnen manische patiënten worden genomen die pathologisch ontremd zijn op cognitief, psychomotorisch en emotioneel vlak. Naast medicamenteuze therapie dienen zij ook tijdelijk geïsoleerd te worden in een zo stimulus-arm mogelijke omgeving. De slapeloosheid en aanhoudende eufore gejaagdheid verstoren eveneens de nachtrust van medepatiënten. Afzonderingskamers moeten dus comfortabel maar zeer sober en stimulus-arm zijn.

Afzondering kan ook een onderdeel uitmaken van een gedragstherapeutisch programma. Wij denken hier voornamelijk aan de zgn. 'time-out', een negatieve strafvariant. 'Time-out' is een vorm van interventie om ongewenst gedrag af te leren. Zodra het ongewenste gedrag dat met de patiënt is afgesproken en gedefinieerd, b.v. agressie, voorkomt, wordt hij opgepakt en voor een 15 tot 30-tal minuten afgezonderd, dus onttrokken aan elke vorm van sociale bekrachtiging. In theorie wordt verondersteld dat het ongewenste gedrag blijft bestaan dankzij de bekrachtigende aandacht vanwege de omgeving. Door dit gedrag te onttrekken aan deze bekrachtigende invloed hoopt men de frequentie ervan te verminderen. 'Time-out' moet daarom snel, zakelijk en met een minimum aan sociale interacties worden uitgevoerd.

Deze gedragstherapeutische procedure moet natuurlijk steeds op voorhand grondig worden besproken met de patiënt; hij moet zijn toestemming geven voor de behandelingsprocedure. De onderlinge afspraken worden doorgaans neerge-

schreven in een behandelingscontract. Twee opmerkingen zijn hier nochtans op hun plaats:

1. de duur van de afzondering moet doorgaans zeer beperkt zijn, en
2. de afzondering moet niet noodzakelijkerwijze plaatsvinden in een afzonderingskamer. Een stille bezinningsruimte, waar de patiënt onttrokken wordt aan enige vorm van sociale bekrachtiging is voldoende. De zware infrastructuur van de afzonderingskamer is niet nodig voor deze doelstelling. We stellen dus ook voor deze bijzondere ruimte in principe niet – of slechts uitzonderlijk – te gebruiken voor 'time-out'.

Ten slotte zijn er af en toe – maar eerder uitzonderlijk – patiënten die zelf vragen om in de afzonderingskamer te mogen verblijven. De psychiater kan slechts het verzoek van de patiënt inwilligen als het therapeutisch verantwoord is. In mijn ervaring kunnen 2 situaties hiertoe aanleiding geven. Enerzijds de paranoïde psychiatrische patiënt die zich slechts veilig voelt in de afzonderingskamer, ver van gewaande achtervolgers of schadelijke externe invloeden. Anderzijds extreem angstige patiënten die zich voornamelijk 's nachts rustiger en veiliger voelen in de afzonderingskamer en die daarin wensen te overnachten.

6. Afzonderen: wie beslist?

De Ministeriële Omzendbrief herinnert er aan dat de verantwoordelijkheid voor de beslissing om een therapeutische dwangmaatregel te nemen in de eerste plaats ligt bij de behandelende psychiater. Wat de uitvoering betreft dienen andere personeelsleden, en voornamelijk de psychiatrisch verpleegkundigen van de dienst, eveneens hun verantwoordelijkheid te dragen. Het gehele ziekenhuis kan er bij betrokken worden wanneer beroep wordt gedaan op spoedinterventie-eenheden om de patiënt naar een afzonderingskamer te brengen. Over de benaderingstechnieken t.a.v. patiënten die moeten worden afgezonderd zullen wij niet verder uitweiden (zie hiervoor de bestaande literatuur).

Toch mogen er twee opmerkingen in dit verband worden gemaakt:

1. de overbrenging van een gewelddadige patiënt naar de afzonderingskamer dient deskundig en snel te gebeuren, namelijk met de hulp van 4 tot 5 man (één per lidmaat en één coördinator);
2. de veiligheid van zowel de patiënt als de personeelsleden moet verzekerd worden: er zullen hieromtrent duidelijke afspraken moeten worden gemaakt in elke dienst en het personeel zal hiertoe moeten worden opgeleid.

Doorgaans is afzondering een spoedeisende procedure, waarover meteen moet worden beslist door de verantwoordelijke verpleegkundige. Deze beslissing moet in overeenstemming zijn met de bestaande interne beleidsbepalingen dienaangaande. De verpleegkundige moet zo spoedig mogelijk de verantwoordelijke geneesheer verwittigen, die de patiënt zal onderzoeken en zal beslissen over de al dan niet handhaving van de maatregel.

De behandelende psychiater en de verpleegkundigen zijn dus de hoofdacteurs in het proces van afzondering. Daarom moeten op het afzonderingsregistratieformulier, verplicht gesteld door de Ministeriële Omzendbrief, zowel de naam en handtekening van de verantwoordelijke geneesheer als de naam en handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige worden neergeschreven.

De tijdsduur van de afzondering schommelt gewoonlijk zeer sterk en is afhankelijk van uiteenlopende variabelen. De maatregel wordt zoveel mogelijk kort gehouden. Volgens de literatuur duurt zij minimum 10/15 minuten, met een gemiddelde van 4 uren; vaak wordt er één overnachtingsperiode in de afzonderingskamer doorgebracht. SOLOFF et al. noemen als gemiddelde afzonderingsduur 10.8 uren, schommelend tussen 10 minuten en 120 uren. De langste gemiddelde verblijfsduur was 15.7 uren in een opnamedienst voor acute volwassen patiënten. Voor nadere gegevens kan de gespecialiseerde literatuur worden geraadpleegd.

Over de opheffing van de afzondering wordt in overleg beslist door de behandelende psychiater en de verpleegkundigen. Soms wordt ook de patiënt progressief heringeschakeld in het leven op de afdeling. Progressief wil zeggen: in de afzonderingskamer verblijven met de deur open bijvoorbeeld, of regelmatig op afgesproken momenten de kamer kunnen verlaten, enz.

7. Afzonderen: potentieel schadelijk?

Zelfs wanneer stafleden de afzonderingsmaatregel therapeutisch noemen, komt zij patiënt-onvriendelijk over. Onderzoeksgegevens wijzen er bijna allemaal op dat plaatsing in een afzonderingskamer door de patiënten ook nadien wordt beoordeeld als iets negatiefs. De afzondering verhoogt de gevoelens van frustratie en vijandigheid naar de staf toe. Zelfs wanneer patiënten (tot 60%) toegeven dat het enigszins behulpzaam geweest is om rust en kalmte te herwinnen, vermelden zij gevoelens van frustratie en vernedering. Rond de 40% blijft beweren dat het langs geen kanten behulpzaam geweest is en een 'activist in the psychiatric inmates liberation movement' vindt de procedure ronduit onaanvaardbaar. Zij zou moeten verboden worden omdat ze een strafmaatregel vormt en een schadelijke en onaanvaardbare machtsuiting van de staf. Ex-patiënten-actiegroepen, zoals 'Bevrijd de waanzin' in ons land, verdedigen dezelfde stelling.

Deze negatieve beoordeling is een belangrijk gegeven maar op zichzelf onvoldoende om de maatregel uit het therapeutische arsenaal te halen. Ondervraagde stafleden blijven de mening toegedaan dat de afzondering in het algemeen gunstig is als veranderingsstrategie t.o.v. ongewenst gedrag en als middel om de controle van een patiënt over zijn emoties te herstellen. De afkeer van patiënten van deze therapeutische maatregel is nochtans merkkelijk groter dan de staf denkt. Hierbij mag evenwel niet uit het oog worden verloren dat de afzonderingskamers en het gebeuren daarrond ook een rol spelen bij de overige patiënten die nooit afgezonderd zijn geweest en het ook nooit zullen worden. De staf moet zich m.a.w. ook bezinnen op de plaats die de afzondering inneemt in de afdelingscultuur.

De vaststelling dat een verblijf in een afzonderingskamer negatieve gevoelens bij de betrokken patiënten achterlaat is niet zo verwonderlijk als rekening gehouden wordt met de objectieve gegevens van een dergelijke situatie. Een andere kwestie is of afzondering schadelijke gevolgen kan hebben voor de psychische en lichamelijke integriteit van de patiënt. Afzondering kan beslist negatieve gevolgen hebben onder de volgende voorwaarden:

- als ze niet wordt beschouwd als een vorm van intensieve behandeling, maar eerder als een afwijzing van de patiënt door het team;

- als afzondering een strafmaatregel is voor bijvoorbeeld het niet naleven van afdelingsregels;
- als afzondering de uiting is van negatieve tegenoverdrachtelijke gevoelens of angstgevoelens van het team naar de patiënt toe;
- als afzondering lang duurt zonder verbaal therapeutisch contact of betrokkenheid van het therapeutisch team.

Er is veel documentatie beschikbaar over de psychopathologische effecten van langdurige afzondering in de gevangenis of in gijzelingssituaties. Deze juridische of criminele vormen van afzondering zijn nochtans niet te vergelijken met de hier besproken vorm van afzondering, uitgevoerd in een therapeutische context.

Een patiënt afzonderen is een intensieve vorm van behandeling – een psychiatrische high-care – en, goed toegepast, betekent het een verzwaring van de werkbelasting van de verpleegkundigen i.p.v. een verlichting ervan. Afgezien van gedragstherapeutische programma's betekent afzondering immers nauwer toezicht, betrokkenheid en contact vanwege de verpleegkundigen en stafleden. Onder deze voorwaarden en voor de besproken indicaties is er geen wetenschappelijk bewijs dat afzondering een nadelig effect zou hebben op psychologisch vlak. Verdere onderzoeksgegevens hierover zijn wenselijk maar moeilijk verkrijgbaar.

8. Besluit

Gebrek aan bevredigende alternatieven is mijns inziens de voornaamste reden voor het voortbestaan van afzondering als therapeutisch bedoelde dwangmaatregel in de psychiatrie. Dankzij milieutherapie en psychopharmacotherapie heeft afzondering de laatste decennia duidelijk aan belang ingeboet. Maar, zoals uiteengezet, de chemische dwangbuis, toegepast om strikt medische redenen, is niet steeds te verkiezen boven fysieke middelen zoals afzondering en fixatie.

Het van overheidswege verbieden van deze maatregel lijkt mij dan ook onverantwoord. Elke psychiatrische dienst moet in staat zijn de hem toevertrouwde patiënten met eigen middelen te behandelen. Dit geldt ook voor gedragsgestoorde en agressieve patiënten. Overbrenging naar een andere dienst is niet steeds mogelijk en ontslag om die reden uit een dienst kan een onverantwoord risico voor de gemeenschap betekenen. Onverminderd de mogelijkheid tot afzondering blijft er in de psychiatrie het onopgeloste probleem bestaan van de sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten. Voor deze groep bestaat er geen adequate therapeutische setting en voor haar vormt de mogelijkheid van de afzondering geen afdoend antwoord.

Nochtans moet de praktijk in dit opzicht herdacht worden door de stafleden van de betrokken psychiatrische ziekenhuisdiensten en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Zowel onderzoek als ervaring wijzen er op dat behandelingsgewoonten en afdelingsculturen een belangrijke rol spelen in het afzonderingsbeleid. Dit beleid bestaat meestal impliciet en wordt maar zelden geëxpliciteerd in een geschreven tekst. De Omzendbrief van Gemeenschapsminister H. WECKX verplicht elke dienst tot het schrijven van een gedragscode en het bijhouden van een register ter zake.

Ook zou deze maatregel wetenschappelijk geëvalueerd moeten worden, o.a. om na te gaan waardoor de frequentie en de duur van afzondering worden beïn-

vloed. In ieder geval zou onderzoek bijdragen aan de verbetering van de rechtszekerheid van de patiënt in deze moeilijke en uitzonderlijke toestand.

Paul Cosyns
18 juli 1991

Enkele referenties

- ANGOLD, A., 'Seclusion', *Brit. Journal of Psychiatry*, (1989), 154, 437-444.
- ANTOINETTE, T., IYENGAR, S. and PUIG-ANTICH, J., 'Is locked seclusion necessary for children under the age of 14?', *American Journal of Psychiatry*, 147, 1990, 1283-1289.
- BINDER, R., 'The use of seclusion on an inpatient crisis intervention unit', *Hospital and community psychiatry*, (1979), 30, 266-269.
- BOYD, W., 'Use of seclusion in Scotland', *Brit. Journal of Psychiatry*, (1989), 155, 263.
- CHAMBERLIN, J., 'An ex-patient's response to soliday', *The Journal of Nervous and Mental Disease*, (1985), 173, 288-289.
- COSYNS, P., *Commissie ad hoc, Algemeen Kinderziekenhuis Antwerpen. Dienst Kinderpsychiatrie, Antwerpen*, 15.01.91, U.I.A., niet gepubliceerd eindverslag.
- DAVIDSON, N., HEMINGWAY, H. and WY SOCK, T., 'Reducing the use of restrictive procedures in a residential facility', *Hospital and Community Psychiatry*, (1984), Vol. 35, p. 164-167.
- GRASSIAN, S., 'Psychopathological effect of solitary confinement', *Am. J. Psychiatry*, (1983), 140, 1450-1454.
- GUTHEIL, T.G., 'Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient', *American Journal of Psychiatry*, (1978), 135, 325-328.
- KINGDON, D. and BAKEWELL, E., 'Aggressive Behaviour: Evaluation of a non-seclusion policy of a district psychiatric service', *Brit. Journal of Psychiatry*, 1988, 153, 631-634.
- MATTSON, M.R. and SACKS, M.H., 'Seclusion: Uses and complications', *Am. J. Psychiatry*, (1978), 135, 1210-1213.
- Nationale Raad van de Orde van de Geneesheren, *Code van geneeskundige plichtenleer*, Brussel, 1975.
- PLUTCHIK, R., TOKSOZ, P.D., KARASU, B., CONTE, H.R., SIEGEL, B. and JERRETT, I., 'Toward a rationale for the seclusion process', *Journal of Nervous and Mental Disease*, (1978), 166, 571-579.
- RUND, D.A., HUTZLER, J.C., 'Emergency Psychiatry', (1983), Mosby Cy.
- SOLIDAY, S.M., 'A comparison of patient and staff attitudes toward seclusion', *The Journal of Nervous and Mental Disease*, (1985), 173, 282-286.
- SOLOFF, P.H., TURNER, S.M., 'Patterns of Seclusion - a prospective study', *The Journal of Nervous and Mental Disease*, (1981), 169, 37-44.
- TARDIFF, K., 'Violence', in ed. TALBOT, HALES and YUDOF SKY, *Textbook of psychiatry*, American Psychiatric Press, 1988, p. 1037-1057.
- TARDIFF, K., 'Management of the violent patient in an emergency situation', *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. II, nr. 4, december 1988, p. 539-549.
- THOMPSON, P., 'The Use of Seclusion in Psychiatric Hospitals in the Newcastle Area', *Brit. Journal of Psychiatry*, (1986), 149, 471-474.
- VAN DE MOORTELE, J., 'De Juridische toelaatbaarheid van vrijheidsberoving en dwangmaatregelen', in *Studiedag Vrijheidsberoving en dwangmaatregel in de psychiatrie*, 16 november 1990, Gent, Universitair Ziekenhuis.
- WADESON, H. and CARPENTER, W.T., 'Impact of the seclusion room experience', *The Journal of Nervous and Mental Disease*, (1976), 163, 318-328.
- WECKX, H., *Omzendbrief aan de psychiatrische ziekenhuizen en aan de algemene ziekenhuizen met een psychiatrische afdeling*, 24.10.90.
- Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (B.S., 27.07.1990), 14806-14825.