

Doctoraal onderzoek

Dwang: separatie versus medicatie

**De ingrijpendheid van
dwangmiddelen in de psychiatrie
vanuit patiëntperspectief**

Naam: F. E. Welles
Organisatie: Stichting PVP, Utrecht

Ondergetekende F.E. Welles bevestigt hierbij dat de onderhavige verhandeling mag worden geraadpleegd en vrij mag worden gefotokopieerd. Bij het citeren moet steeds de titel en de auteur van de verhandeling worden vermeld.

Voor mijn collega's van de Stichting PVP

Zonder jullie medewerking had ik dit onderzoek nooit kunnen uitvoeren. Ik hoop dat het onderzoek bijdraagt aan een beter begrip van wat het ondergaan van dwangmiddelen in de psychiatrie betekent voor patiënten.

**Femke Welles
Den Dolder, 29 april 2006**

SAMENVATTING

De ingrijpendheid van dwangmedicatie en -separatie

DOEL: Het beschrijven van de ingrijpendheid van de dwangmiddelen separatie en medicatie vanuit patiëntperspectief. *METHODE:* Voor dit eerste deel van het onderzoek werd aan psychiatrische patiënten gevraagd wat men ingrijpender vond als dwang moest worden toegepast: dwangmedicatie of separatie. *RESULTATEN:* 400 psychiatrische patiënten die op dat moment waren opgenomen in een ggz-instelling gaven aan of zij te maken hadden gehad met dwang en zo ja welk dwangmiddel men had opgelegd gekregen. 313 patiënten gaven hun mening over welke vorm van dwang voor hen ingrijpender was geweest of wat hen ingrijpender leek: dwangmedicatie of separatie. Van de patiënten die beide dwangmiddelen hebben ervaren vindt 50 % dwangmedicatie ingrijpender separatie en 40 % separatie ingrijpender dan dwangmedicatie, 10 % noemde beide of andere dwang. 61 % van de patiënten die wel gesepareerd waren maar geen dwangmedicatie kregen, geeft aan dat dwangmedicatie hen erger lijkt dan separatie. Oudere patiënten geven vaker aan dat ze dwangmedicatie erger vinden dan separatie. Slechts 1 % van de ondervraagde patiënten onderging dwangmedicatie zonder gesepareerd te zijn geweest. *CONCLUSIE:* Patiënten vinden dwangmedicatie vaker ingrijpender dan medicatie. Het dwangmiddel dat men heeft ondergaan wordt meestal als ingrijpender beoordeeld dan het dwangmiddel waarmee men geen ervaring heeft. Leeftijd speelt een rol in de verdeling van de aversie jegens dwangmiddelen.

De beleving van de dwangmiddelen

DOEL: Het beschrijven van de beleving van de dwangmiddelen separatie en medicatie vanuit patiëntperspectief. *METHODE:* Aan psychiatrische patiënten die één of beide dwangmiddelen hadden ondergaan werden vragenlijsten voorgelegd over hun emoties en cognities met betrekking tot de separatie en/of dwangmedicatie. Antwoorden van patiënten over separatie werden vergeleken met de antwoorden van patiënten over dwangmedicatie. *RESULTATEN:* Met betrekking tot separatie werden de ervaringen verzameld van 26 patiënten. Met betrekking tot dwangmedicatie werden ervaringen verzameld van eveneens 26 patiënten. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de antwoorden van patiënten na dwangmedicatie en separatie. Ongeveer de helft van de respondenten uit beide groepen is van mening zeker geworden te zijn door de dwang en een toename van negatieve emoties te hebben ervaren. Respondenten voelden zich door separatie vaker eenzaam en vergeten. Patiënten met een psychotische stoornis geven aan vaker rustig te worden van separatie dan van dwangmedicatie en ervaren door dwangmedicatie meer angst. De gevonden samenhang tussen de items die beantwoord werden over separatie is voor alle componenten hoger dan over dwangmedicatie. *CONCLUSIE:* Patiënten ervaren de dwangmiddelen voornamelijk negatief. In hoeverre de emoties van patiënten worden beïnvloed door het dwangaspect en in hoeverre door effect van de separatie en van de medicatie, is op basis van deze cliëntenaantallen niet vast te stellen. De interpretatie van het verschil in samenhang tussen componenten na separatie en dwangmedicatie, is dat de beleving van dwangmedicatie voor verschillende cliëntgroepen anders is. Veel patiënten geven aan nog lang last te hebben van de dwang. Gezien de negatieve gevolgen voor patiënten moet dwang waar mogelijk worden voorkomen. Acties tegen separatie mogen niet tot gevolg hebben dat vaker wordt ingegrepen met dwangmedicatie.

TREFWOORDEN: separatie, dwangmedicatie, dwangbehandeling.

ABSTRACT

The first part of the study

PURPOSE: Describing patients' preferences to coercive treatment using seclusion and forced medication. *METHOD:* In this first part of the study psychiatric patients were asked whether they preferred seclusion or forced medication, if coercive treatment had to take place.

RESULTS: 400 psychiatric patients, who were admitted to a psychiatric hospital, gave information to whether they ever experienced coercion and, if so, what kind of treatment was enforced. 313 patients gave their opinion to what kind of coercive treatment had had or would have had more impact on them: forced medication or seclusion. Half of the patients who had experienced both means preferred seclusion to forced medication; 40 % preferred forced medication to seclusion; 10 % thought both had an equal impact or mentioned other means like restraint. Two thirds of the patients who had been secluded but who had not experienced forced medication thought the latter would be worse than seclusion. Older patients more often than younger ones preferred seclusion to forced medication. Only 1 % of the patients in the sample experienced forced medication without ever having been secluded. *CONCLUSION:* Patients will rather experience seclusion than forced medication if coercion has to take place in order to prevent harm for the patient or others. The coercive measure (seclusion or forced medication) the patient has not experienced is judged more acceptable to the coercive measure or means one did not experience. Not only experience but also age influences the opinion of patients towards forced medication and seclusion.

Second part of the study

PURPOSE: Describing the impact of seclusion and forced medication to emotions and cognitions from the patients' view. *METHOD:* Psychiatric patients who experienced seclusion and/or forced medication answered questions about their emotions and cognitions during the coercive treatment. Answers about the seclusion experiences were analysed and compared to the answers about the forced medication experiences. *RESULTS:* Seclusion experiences of 26 patients were compared to experiences with forced medication of 26 patients. No significant differences were found between the answers of patients after forced medication and seclusion. About half of the patients from both groups thought that their illness had become worse because of the coercion. Also they experienced an onset of negative emotions like fear. Patients with a diagnoses of psychosis more often reported calming down during seclusion than after forced medication and experienced more fear because of forced medication. Also seclusion made patients feel more lonely and forgotten. The reliability of the seclusion items was higher than the reliability of the items about forced medication. *CONCLUSION:* Most patients experience coercion in a negative way. Whether the emotions of patients are influenced by the coercive aspect or by the effects of seclusion and medication cannot be concluded. The explanation of the high reliability found for components of seclusion and low reliability found for components of forced medication, is that patients experience forced medication in different ways. Many patients reported experiencing long time after effects because of the coercive measures. Considering these negative consequences coercion should be used as a last resort. Experiments to reduce the use of seclusion should not lead to more use of forced medication.

KEYWORDS: seclusion, forced medication, coercive treatment

Voorwoord

Met dit onderzoek wordt voortgebouwd op de literatuurstudie naar *separatie in de psychiatrie, bescherming, beheersing en behandeling* die in 2005 heeft plaatsgevonden.

Het onderzoek is uitgevoerd in 31 psychiatrische instellingen in Nederland. In totaal verleenden meer dan 400 patiënten, die op dat moment waren opgenomen, hun medewerking.

Een aantal personen wil ik bedanken voor hun bijdrage aan het tot stand komen van dit onderzoek. Ten eerste al mijn collega's patiëntenvertrouwenspersonen, die zeer nauwgezet de verschillende vragen aan patiënten hebben voorgelegd en de antwoorden zorgvuldig hebben opgetekend. Hun belangrijke bijdrage in het contact met de patiënten en in het verzamelen van de gegevens maakt dit onderzoek tot een waardevol geheel. Ik hoop van harte dat hiermee een stap is gezet op weg naar een betere kennis over en begrip van de beleving van psychiatrische patiënten die onvrijwillig worden behandeld.

Ten tweede wil ik bedanken vanuit de Universiteit Utrecht dr. Melanie Appels. Zij voorzag mij op een aantal manieren van feedback.

Ten derde wil ik bedanken mijn collega mr. drs. Ton Peter Widdershoven, die mij hielp om zowel de onderzoeksvragen als de onderzoeksresultaten te plaatsen binnen een juridische context en met wie menige discussie over het onderwerp is gevoerd. Collega dr. Ad Deenen droeg bij aan het opruimen van mijn methodische kennis en hielp me een weg te zoeken in de wirwar van informatie die tijdens het onderzoek werd vergaard.

Femke Welles, april 2006.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting.....	4
Abstract.....	5
Voorwoord.....	6

HOOFDSTUK 1: INTRODUCTIE

1.1 Inleiding.....	8
1.2 Probleemstelling.....	13
1.3 Hypothesen.....	14

HOOFDSTUK 2: OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

2.1 Methode voor de eerste onderzoeksvraag.....	15
2.2 Methode voor de tweede onderzoeksvraag.....	17
2.3 Statistiek.....	18

HOOFDSTUK 3: RESULTATEN

3.1 Resultaten van het eerste deel van het onderzoek.....	19
3.1.1 Ervaringen met dwangmiddelen.....	20
3.1.2 Leeftijd.....	21
3.2 Resultaten van het tweede deel van het onderzoek.....	23
3.2.1 Separatie.....	23
3.2.2 Dwangmedicatie.....	23
3.2.3 Dubbele dwang.....	24
3.2.4 Beleving van de dwangmiddelen.....	24
3.2.5 Aspecten van dwangtoepassing.....	27
3.2.6 Emoties door dwangtoepassing.....	28
3.2.7 Medicatie lang- en kortdurend.....	28
3.2.8 Diagnose.....	29
3.2.9 Effecten na de dwangtoepassing.....	30

HOOFDSTUK 4: DISCUSSIE

4.1 Ingrijpendheid van dwangmedicatie en –separatie.....	32
4.2 De beleving van de dwangmiddelen.....	34
4.3 Beperkingen van deze studie.....	37
4.3 Tot slot.....	38

LITERATUUR.....	40
-----------------	----

BIJLAGEN.....	45
---------------	----

1. INTRODUCTIE

1.1 Inleiding

In Nederland voltrekt zich een intensieve discussie over dwangmiddelen in de psychiatrische praktijk. In deze discussie neemt separatie een speciale plaats in. Wat betreft de hoge frequentie waarmee in Nederland separatie wordt toegepast, zo'n 18.000 maal per jaar¹, bevinden we ons in een uitzonderlijke positie vergeleken met de ons omringende landen, waar separatie beduidend minder vaak voor komt (Langelaan, 2001, Vorselman, 2003). Nogal wat auteurs geven aan dat de Nederlandse separeerpraktijk hen een doorn in het oog is (Hrachovec, 2001, Van Veldhuizen, 2004, Van der Werf, 2001). Op verschillende plaatsen in het land zijn projecten gestart om het separeren te verminderen of zelfs uit te bannen (Abma & Widdershoven, 2005). Toch rapporteerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat vorig jaar weer méér patiënten zijn gesepareerd dan het jaar daarvoor.

Separeren, patiënten opsluiten in een kale ruimte, is barbaars, traumatisch voor cliënten en een uitvloeisel van de onduidelijke hiërarchische verhoudingen waarbij uiteindelijk alleen nog met een machtsmiddel als separatie ingegrepen kan worden als alle grenzen zijn overschreden (Kassander, Hrachovec & Hutschemaekers, 2003).

Dwangmedicatie is na separatie de meest toegepaste vorm van dwang (IZG, 2004). Het is opvallend dat de projecten om dwang te verminderen zich veel vaker toespitsen op het verminderen van separatie dan op het verminderen van dwangmedicatie. Hoewel er geen onderzoek naar gedaan is, gaan sommige hulpverleners er van uit, dat separeren minder ingrijpend is voor patiënten dan dwangmedicatie, vanuit het idee dat ingrijpen *in* het lichaam (zoals met medicatie) verder gaat dan ingrijpen *aan* het lichaam (zoals met separatie). Anderen vinden dat separeren juist ingrijpender is dan dwangmedicatie. Psychiater Van Veldhuizen breekt een lans voor een nieuwe behandelwet, waarin separeerverpleging als *ultimum remedium* als meer restrictief wordt gezien dan dwangmedicatie (Van Veldhuizen, 2004).

Van Dale omschrijft *dwang* als: 'een machtsuitoefening waardoor men iemand tot iets noodzaakt of waardoor men genoodzaakt wordt'. Volgens Janssen, De Jonge en Pols (1995), gaat het bij dwang in de psychiatrie vooral om machtsuitoefening die onvrijwillig wordt ondergaan. Bij andere vormen van macht is dit niet per definitie het geval. Daardoor heeft dwang in de psychiatrie altijd een negatieve morele betekenis.

De termen separatie, isolatie, time out en afzondering worden in de praktijk door elkaar gebruikt. Vroeger in Nederland en tegenwoordig in Vlaanderen gebruikt men het woord isolatie. Tegenwoordig heeft men het in Nederland meestal over -het vriendelijker klinkende- separatie.

Separatie zoals toegepast in Nederland, is het opsluiten van een patiënt in een daartoe bestemd vertrek. In artikel 2 van het Besluit Middelen en Maatregelen Bopz wordt separatie als volgt omschreven: 'Separatie, waaronder wordt verstaan het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt (...), in een speciaal daarvoor bestemde en door Onze minister als separeerverblijf goedgekeurde ruimte.' Lendemeijer (1997) komt tot de

¹ Lendemeijer zorgde op het congres van GGz Nederland over dwang en drang in de psychiatrie voor enige ophef toen hij zijn schatting presenteerde dat in Nederland zo'n 18.000 maal per jaar een patiënt wordt gesepareerd.

volgende definitie: 'Het ter bescherming van de patiënt en zijn omgeving opsluiten van een patiënt, alleen in een kamer, om verpleging en behandeling mogelijk te maken'.

Onder *dwangmedicatie* wordt verstaan het aan de patiënt toedienen van psychofarmaca tegen diens wil (Van de Klippe, 1997). Toediening van een medicijn aan een patiënt die zich lijfelijk verzet, is feitelijk alleen mogelijk als het medicijn kan worden geïnjecteerd. Patiënten die orale medicatie gebruiken tegen hun wil, doen dat meestal omdat zij weten dat bij fysiek verzet de medicatie wordt geïnjecteerd.

Dwanginterventies die worden toegepast op grond van de Wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz) om acute noodsituaties op te heffen of te voorkomen, behoren te voldoen aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doeltreffendheid. Dat betekent, dat de behandelaar moet kiezen voor het middel dat deze noodsituatie het meest doeltreffend voorkomt of opheft, onder de concrete omstandigheden het minst ingrijpt in het leven van de patiënt en niet verder gaat dan nodig. Pas als aan deze criteria (doeltreffendheid, proportionaliteit en subsidiariteit) is voldaan, zou men kunnen bepleiten dat, en alléén als dat aan de drie voorgaande criteria geen afbreuk doet, gekozen kan worden voor het middel dat daarnaast ook nog een therapeutische effect resorteert.

Ook voor het toepassen van een *dwangbehandeling* stelt de Wet Bopz het therapeutische effect niet boven het beveiligingsaspect. Als toepassing in het kader van een dwangbehandeling wordt meestal gekozen voor separatie en wel in 58,3 % van alle dwangbehandelingen (Bopzis-3, 2004).

Patiënten zijn overwegend negatief over hun ervaring in de separeercel (GIGV, 1992b; Hoekstra et al., 2004; Lendemeijer, Ruitenbeek, Kahn & Shortridge-Baggett, 2000; Meehan, Vermeer & Windsor, 2000). Sorgaard (2004) vond dat separatie de belangrijkste voorspeller is van dwang die patiënten ervaren tijdens een psychiatrische opname. Daarbij valt op, dat er veel kritiek is op de manier waarop de separaties uitgevoerd worden (Ray, Myers & Rappaport, 1996).

Een aantal patiënten is ook positief over de separatie. (Feldberg, 1995; Lendemeijer & Shortridge-Baggett 1997; Meehan, et al., 2000; Palazzolo, 2004; Ray et al. 1996; Stolker, Nijman & Zwanikken, 2004). Patiënten voor wie de separatie al geruime tijd geleden is, zijn over het algemeen positiever over hun ervaring dan degenen voor wie het korter geleden is (Hoekstra, Lendemeijer & Jansen, 2004). De patiënten die achteraf positief waren over hun ervaring, vonden dat hun gedrag gevaarlijk was geweest, dat ze goed waren behandeld en dat ze waren opgeknapt van de separatie.

Een aantal factoren springen in het oog als doorslaggevend in de beleving van de separatie door de patiënt. Zo wordt communicatie met medewerkers onderscheiden als een belangrijke determinant van de beleving (Meehan et al., 2000; Hoekstra et al, 2004). Ook Holmes, Kennedy & Perron (2004) denken dat het niet zozeer de separatie *an sich* is die de negatieve beleving veroorzaakt, maar het gebrek aan communicatie tussen de gesepareerde patiënt en de hulpverlener. De wijze waarop met patiënten wordt omgegaan als ze gesepareerd zijn en het begrip dat de patiënt heeft van de maatregel, zijn van invloed op de beleving (Feldberg, 1995).

In een Nederlandse steekproef had 28 procent van de patiënten gewild dat de verpleging vaker was langsgelopen. Een even groot deel had zich opgesloten en alleen gevoeld (Stolker et al, 2004). Patiënten benadrukken het belang van communicatie tijdens de separatie (Meehan et al., 2000). Een derde van de patiënten in het onderzoek van Stolker et al. (2004) noemt spontaan dat er te langzaam was gereageerd op de bel of de intercom.

Aangezien er geen wetenschappelijk onderzoek is verricht naar de *therapeutische* effecten van separatie, kan de werking er van aangetoond noch uitgesloten worden (Tomasoa en Kuipers, 1988). Gerlock en Solomons (1983) concludeerden dat 83 procent van de patiënten gestoord gedrag vertoonden bij aanvang van de separatie en maar 23 procent bij het beëindigen van separatie. Deze onderzoeksresultaten geven wellicht enige aanleiding om te concluderen dat separatie dus effectief zou kunnen zijn in het verminderen van gestoord gedrag. De effectiviteit van separeren als behandeling is als zodanig echter nog nooit wetenschappelijk onderzocht. Sailas en Fenton (2003) hielden 2155 onderzoeken over separatie en fixatie tegen het licht ten behoeve van een Cochrane-analyse. In geen van deze onderzoeken was sprake van een gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeksopzet.

Sommige hulpverleners geloven dat separatie kan helpen om agitatie te doen afnemen. Gutheil & Tardiff (1984) stellen dat het verblijf in de separeercel een vermindering van sensorische stimuli betekent. Deze reductie van sensorische stimuli als effect van separatie wordt onderschreven door een groot aantal auteurs (American Psychiatric Association, 1988; Fisher, 1994; Hodgkinson, 1985; Lendemeijer 1997; McCoy & Garritson, 1983).

Laboratoriumonderzoek heeft aangetoond dat sensorische deprivatie grote psychologische effecten kan hebben. Grassian en Friedman, (1986) beschrijven onderzoek naar de effecten van sensorische deprivatie, dat is verricht door de Hebb groep in 1950. In deze onderzoeken werden proefpersonen in een omgeving geplaatst waar externe prikkels zo veel mogelijk waren gereduceerd, namelijk een ruimte die donker, geluidsdicht en leeg was, met kartonnen kokers om armen en handen om ook tactiele sensaties te verminderen. Proefpersonen ontwikkelden karakteristieke symptomen, zoals vervormingen van de waarneming, vooral visueel, maar ook auditief, sensorisch en olfactorisch, levendige fantasieën, die vaak vergezeld gingen van opvallend heldere hallucinaties, derealisatie en hypergevoeligheid voor externe stimuli (Grassian & Friedman, 1986). Het ontstaan van wanen en hallucinaties wordt soms beschreven als ongewenste bijwerking van het middel separatie (Wadeson & Carpenter, 1976). Echter, het effect van sensorische deprivatie op psychotische patiënten met schizofrenie lijkt anders dan op niet psychotische mensen. Voor een aantal psychotische patiënten blijkt sensorische deprivatie juist een afname te geven van hallucinaties. In een onderzoek naar ervaringen met hallucinatie tijdens de separatie onder patiënten, bleek dat de helft in de separeercel had gehallucineerd. Echter, vóór de separatie hallucineerde 70 procent in deze groep (Kennedy, Williams & Pesut, 1994). Voor een aantal psychotische patiënten geeft separatie een verbetering in het cognitief en klinisch functioneren (Grassian & Friedman, 1986). Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn, dat mensen in een psychose vaak moeilijk onderscheid kunnen maken tussen informatie die van buiten komt (sensorische stimuli) en informatie die van binnen komt (hallucinaties en/of wanen). In de separeercel wordt de sensorische informatie beperkt, wat het makkelijker maakt om deze te verwerken. Patiënten in een recent Nederlands onderzoek noemden vaak rust als positief effect van separatie. Patiënten met een bipolaire stoornis, manische fase, die sterk reageren op prikkels, kunnen baat hebben bij een prikkelarme omgeving. (Gutheil & Tardiff, 1984).

Gutheil (1984) benadrukt dat separatie een middel is om de patiënt te isoleren van contacten met anderen die paranoïde agitatie veroorzaken of versterken. Een patiënt die op de afdeling steeds terecht komt in te intense interactie met verpleging of medepatiënten, kan in de separeercel pauzeren, weer op verhaal komen en zijn weerstand herstellen (Brown & Tooke, 1992; McCoy & Garritson, 1983). Zo beschrijft Palazzolo (2004) dat Franse patiënten die vóór de separatie pathologische intense relaties met anderen aan waren gegaan, vonden dat ze waren opgeknapt van de separatie. Veel agressie incidenten vinden plaats na contact met de verpleging, daar waar deze grenzen stelt of een verzoek doet aan de patiënt (Broers & De Lange, 1996). Een periode in de separeercel verschaft de patiënt als het ware een time out van

dit soort interacties en de eisen die in het dagelijks leven op een afdeling aan patiënten wordt gesteld. Anderzijds ontstaat veel agressie juist doordat de patiënt tegen zijn wil naar de separeercel wordt gebracht (Wynn, 2003) en komt de verhouding met de hulpverlener onder druk te staan doordat de patiënt de separatie ervaart als onrecht of als straf (Holmes, Kennedy & Perron, 2004).

Andere toepassingen van separatie vinden plaats als medicatie tot een minimum beperkt moet blijven, bijvoorbeeld tijdens observatieperioden of tijdens perioden van een geagiteerd (bijvoorbeeld toxisch) delirium of psychose, of tijdens het behandelen van agressieve perioden bij zwangere patiënten (Fisher, 1994), voor het voorkómen van letsel tijdens het begin van dwangopneming of het toedienen van dwangmedicatie, tijdens de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek, als de patiënt daarvoor toestemming geeft en op verzoek van de patiënt (Van der Klippe, 1997).

Separatie als effectieve therapeutische interventie wordt in de literatuur ook in verband gebracht met het ontbreken van een interne structuur bij psychiatrische patiënten. Het separeren zou dan een vervangende externe structuur bieden (Hodgkinson, 1985; Heyman, 1987; Fisher, 1994). Niet zozeer de separatie zelf zou dan een therapeutisch effect hebben, als wel de structuur die door de separatie wordt opgelegd (Lendemeijer, 1999; Mason, 1994; Mooy, 1993). Hiermee wordt niet de separeercel de therapie, als wel de plaats waar de therapie kan plaatsvinden. De separeercel geeft hulpverleners de mogelijkheid om te communiceren met de patiënt, als de patiënt zich buiten de separeer door zijn gedrag onttrekt aan deze communicatie (McCoy & Garrison, 1983; Gutheil & Tardiff, 1984). Ook kan separatie een oplossing zijn als de toegediende medicatie tijd nodig heeft om werkzaam te worden (LeGris, Walters & Browne, 1998).

Evenmin is onderzoek bekend naar de therapeutische of juridische doelmatigheid van dwangmedicatie. Hoewel onderzoek is gedaan naar de werking van medicatie, zijn geen groepen onderzocht die medicatie onder dwang kregen toegediend. Men mag er van uit gaan, dat de werking van dwangmedicatie afhankelijk is van de soort en de hoeveelheid medicatie, van de toedieningsvorm, van de stoornis van de patiënt en de aard van de noodsituatie. Daarnaast kan niet worden uitgesloten dat de weerstand van de patiënt tegen de medicatie een effect heeft op de uitwerking. De patiënten die met dwangtoepassingen te maken krijgen, zijn vaak onvrijwillig opgenomen (Van de Klippe, 1997). Houston en Mariotto (2001) vonden dat patiënten die onvrijwillig zijn opgenomen minder vooruit gingen dan vrijwillig opgenomen patiënten tijdens de opname. Patiënten die zich verzetten tegen behandeling met antipsychotica onderscheiden zich van patiënten die wel toestemming geven, door minder ziekte inzicht, ernstiger ziekteverschijnselen en een langere opnameduur, die niet verklaard kan worden door minder of later medicatiegebruik (Kasper, Hoge, Feucht-Haviar, Cortina & Cohen, 1997). Over het verband tussen separatie en medicatie is bekend dat het gebruik van psychofarmaca separatie kan verminderen of voorkomen (Chengappa, Levine, Ulrich, Parepally, Brar, Atzert, et al., 2000; Stolker, Hugenholtz, Heerdink, Nijman, Leufkens, & Nolen, 2003). In dit onderzoek is niet betrokken of de medicatie onder dwang dan wel vrijwillig werd genomen.

Hoewel in de literatuur dus aandacht wordt geschonken aan de therapeutische aspecten van separatie, blijft onduidelijk hoe deze therapeutische effecten tot stand komen (Lendemeijer & Shortridge-Bagett, 1997). Dit onderzoek gaat niet in op de therapeutische werking van de dwangmiddelen; wel op hoe patiënten die beleven en hoe zij de therapeutische werking ervaren.

Een verklaring voor het ontbreken van wetenschappelijk onderzoek naar de werking van separatie en dwangmedicatie (Hoge, 1998), kan worden gevonden in het gegeven dat patiënten op wie dwang wordt toegepast een zeer complexe en slecht toegankelijke patiëntengroep vormen. Om goed wetenschappelijk onderzoek te doen naar de effecten van

dwangtoepassingen zouden de dwangmiddelen *at random* over patiënten verdeeld moeten worden, waarna men de effecten meet. Hiervoor behoren de proefpersonen eerst toestemming te geven, wat haaks staat op het karakter van de dwang. Onderzoek naar de werking van (gewenste) medicatie vindt plaats met behulp van steekproefsgewijs samengestelde populaties, waarbij patiënten niet weten of ze het onderzochte middel krijgen of een placebo en de onderzoeker zelf daar evenmin van op de hoogte is. Het is niet ondenkbaar dat een middel dat onder dwang wordt gegeven anders of minder werkzaam is dan een middel dat de patiënt uit vrije wil neemt.

Wellicht kan in de toekomst door middel van het gebruik van andere onderzoeksmethoden inzicht worden verkregen in de effectiviteit van separeren, bijvoorbeeld door het observeren en vergelijken van niet-gerandomiseerde patiëntengroepen (Bouter & Van Dongen, 1995), zoals Van Erven deed met sterk gedragsgestoorde en agressieve (SGA) patiënten (Van Erven, 1992). Cashin (1996) bijvoorbeeld, vergeleek twee psychiatrische afdelingen met elkaar, één waar wel en één waar niet werd gesepareerd, op de tijd waar binnen een noodsituatie werd verholpen en het gebruik van ‘zo nodig’ medicatie. Volgens de betrokken verpleegkundigen was separatie effectiever (Cashin, 1996).

De hulpverlener behoort te kiezen voor het dwangmiddel dat het meest doelmatig is om het gevaar of dreigend gevaar af te wenden (Dijkers & Widdershoven, 2004). In dit kader wordt de juridische doelmatigheid, dat wil zeggen de mate waarin de noodsituatie wordt opgeheven of voorkomen, nog wel eens verward met de therapeutische doelmatigheid, waarmee bedoeld wordt de werking van het middel ten aanzien van de stoornis waaruit het gevaar voortvloeit. Daar waar dwang wordt toegepast om een noodsituatie te voorkomen, gaat het er om het middel te kiezen dat de noodsituatie zo goed mogelijk opheft of voorkomt. Als het doel is om letsel en schade te voorkomen, is separatie vrijwel altijd doelmatig (Fisher, 1994, Lendemeijer & Shortridge-Baggett, 1997, Palazzolo, Favre, Vittini & Bougerol, 2002). De juridische doelmatigheid van medicamenteuze dwang om een noodsituatie te voorkomen of op te heffen, is tot op heden niet onderzocht. In die zin valt de vergelijking tussen de doelmatigheid van separatie en dwangmedicatie uit ten gunste van separatie.

Behalve de unieke positie die ons land inneemt wat betreft het frequente separeren ten opzichte van de ons omringende landen, spitst de kritiek zich toe op het gegeven dat de dwanginterventie effectief moet zijn. Behandelaren vinden soms dat ingrijpen met medicatie de voorkeur verdient boven het ingrijpen met separatie (Pols, 2001, Van Veldhuizen, 2004). Soms wordt dan ook de toepassing van dwangmedicatie in plaats van separatie hardop bepleit (Boogaarts en Van Dorp, 2005, Van Veldhuizen, 2004). Psychiater Pols verwoordt de gevoelens van menige behandelaar wanneer hij als reactie op een uitspraak van de rechtbank over een dwangbehandeling schrijft (Pols, 2001, p. 45):

“Als toch dwangbehandeling moet worden toegepast, waarom dan niet een methode gebruiken die voor de patiënt het voordeel kan hebben van een therapeutisch effect?... De paradox doet zich voor dat separatie als nauwelijks of niet werkend middel makkelijker wordt toegestaan dan werkzame middelen... En dat alles omdat een traditionele, maar onhoudbare opvatting zegt dat separatie minder ernstig is. Het is te wensen dat over deze kwestie spoedig een brede discussie op gang komt.”

In het licht van de huidige ontwikkelingen rond de nieuwe generatie neuroleptica is de reactie van Pols begrijpelijk. Deze nieuwe medicatie heeft minder bijwerkingen en wordt sneller werkzaam in het lichaam dan de eerdere generaties psychofarmaca (Citrome, 2004). Het gebruik van psychofarmaca kan separatie verminderen of voorkomen (Chengappa, Levine, Ulrich, Parepally, Brar, Atzert, et al., 2000; Stolker et al, 2003).

Volgens Widdershoven maakt de dwangbehandelingsregeling van de Wet Bopz geen onderscheid tussen separatie en medicatie. Althans niet vanuit het idee dat op voorhand (als

algemene regel) het één ingrijpender zou zijn dan het andere. In concrete situaties gaat het om het oordeel wat onder de unieke gegeven omstandigheden het minst ingrijpende alternatief is. Het standpunt van degene die de dwang moet ondergaan, is daarbij relevant (Widdershoven, 2001). Om de vrijheid van degenen die tegen hun wil interventies ondergaan zo min mogelijk te beperken, ligt het voor de hand om binnen het onvrijwillige kader van de dwangtoepassing de patiënten, daar waar dat verantwoord is, een stem te geven. Als we er van uit gaan dat waarschijnlijk minstens een derde van de patiënten separatie prefereert boven andere vormen van dwang (Frigge, 2002; Sheline & Nelson, 1993), houdt dat in dat met afschaffing van separatie deze groep een mogelijk ‘minst ingrijpend’ alternatief wordt ontnomen.

1.2 Probleemstelling

Heiligt het doel, het terugdringen van het aantal gedwongen separaties, middelen zoals het vaker toepassen van dwangmedicatie? Is het verstandig om er naar te streven dat voor nieuw te bouwen ggz-instellingen geen separeerverblijven meer worden ingetekend (Hrachovec, 2001)? Of onttrekt men daarmee psychiatrische patiënten een mogelijk minst ingrijpend, niet-chemisch alternatief?

De hulpverlener behoort te kiezen voor het dwangmiddel dat het minst ingrijpend is (Dijkers & Widdershoven, 2004). Er is vrijwel geen Nederlands onderzoek bekend waarin patiënten aangeven wat zij meer of minder ingrijpend vinden: gedwongen separatie of dwangmedicatie. Schmied en Ernst (1983) vonden dat Duitse patiënten een voorkeur hadden voor separatie ten opzichte van dwangmedicatie. Dit onderzoek is echter uitgevoerd in een tijd waarin er sprake was van eerdere generaties antipsychotica. Sheline en Nelson (1993) vroegen patiënten waar hun voorkeur naar uitging als in een noodsituatie dwang zou moeten worden toegepast. Terwijl 64 procent van de ondervraagde patiënten aangaf medicatie het minst ingrijpende middel te vinden, werd 34 procent liever onderworpen aan een vrijheidsbeperkende interventie zoals separatie (Sheline & Nelson, 1993).

Uit recenter Nederlands onderzoek van Frigge (2002), blijkt een derde van de patiënten desgevraagd liever te worden gesepareerd dan medicatie te krijgen als ingegrepen moet worden. De meeste patiënten in deze onderzoeken die kiezen voor medicatie, prefereren benzodiazepinen (kalmeringsmiddelen). Slechts een kwart geeft aan een antipsychoticum te willen. De Nederlandse studie is in het kader van een hbo afstudeerproject verricht onder een kleine groep patiënten (N=9), die verbleven op een enkele afdeling. Toch geven de resultaten aan dat een deel van de patiënten de toepassing separatie als minder ingrijpend kunnen ervaren dan medicatie (Frigge, 2002).

Als men kijkt naar de hoeveelheid klachten die in 2004 op basis van artikel 41 Wet Bopz, met ondersteuning van een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) werden voorgelegd aan de gezamenlijke klachtencommissies van de psychiatrische ziekenhuizen, dan blijkt dat er meer geklaagd werd over medicamenteuze dwangbehandeling, dan over dwangbehandeling met separatie, zowel in relatieve als in absolute zin². Ook dit gegeven verleent steun aan de idee dat er patiënten zijn die interventies met separatie in plaats van dwangmedicatie, als minder ingrijpend ervaren.

² In 2004 werden in Nederland 86 klachten over medicatie en 67 klachten over separatie aan de Bopz-klachtencommissies voorgelegd op basis van de klachtenregeling van artikel 41 Wet Bopz met ondersteuning van een pvp. Bron: registratiegegevens Stichting PVP, verstrekt door dr. A. Deenen: a.deenen@pvp.nl
De Inspectie voor de Gezondheidszorg registreerde in 2004 wel de aantallen, maar niet de onderwerpen van de klacht. Informatie mondeling verkregen bij P. D. van Marle, coördinator Bopz: p.v.marle@igz.nl

Het eerste deel van dit onderzoek is gericht op het beantwoorden van de vraag hoe patiënten die dwang ondergaan, staan ten opzichte van deze twee belangrijkste dwangmiddelen in de geestelijke gezondheidszorg, gedwongen medicatie en separatie. Hiermee wordt geprobeerd een bijdrage te leveren aan de discussie over de wenselijkheid om separatie uit te bannen als dwangmiddel, ten gunste van andere dwangtoepassingen. Het tweede deel van het onderzoek spitst zich toe op de effecten van separatie en dwangmedicatie zoals patiënten deze ervaren. Het ontbreken van onderzoeksgegevens over dwangmiddelen is de aanleiding geweest voor dit onderzoek en heeft geleid tot de formulering van de volgende doelstellingen:

1. Het beschrijven van de mening van opgenomen psychiatrische patiënten over de ingrijpendheid van de twee meest toegepaste dwangmiddelen in ons land, separatie en medicatie
2. Het beschrijven van de emoties en cognities die deze houding van patiënten ten aanzien van dwangseparatie en –medicatie mede bepalen.

Om deze doelstellingen te bereiken, zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat vinden psychiatrische patiënten ingrijpender, dwangmedicatie of dwangseparatie?
2. Geven de twee dwangmiddelen medicatie en separatie aanleiding tot verschillende emoties en cognities bij de patiënten die het ondergaan?

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn in het eerste deel van het onderzoek 400 psychiatrische patiënten gevraagd naar hun mening over de ingrijpendheid van de twee belangrijkste dwangmiddelen, separatie en medicatie. Om inzicht te vergaren in de beleving van de dwangmiddelen, gaven 26 patiënten antwoord op vragen over hun cognities en emoties ten aanzien van de separatie die zij hadden ondergaan en eveneens 26 patiënten over de cognities en emoties ten aanzien van de dwangmedicatie die zij ondergingen.

1.4 Hypothesen

Al het voorgaande in betrekking nemend, worden de volgende hypothesen geformuleerd:

- Minstens een derde van de patiënten ervaart separatie als minder ingrijpend dan dwangmedicatie.
- Patiënten die ervaring hebben met één dwangmiddel, beoordelen dat dwangmiddel als ingrijpender dan het dwangmiddel waarmee zij geen ervaring hebben opgedaan.
- Er bestaat geen verband tussen relatieve voorkeur voor een dwangmiddel en kenmerken van patiënten, zoals geslacht, juridische status, leeftijd of opnameduur.
- Separatie en dwangmedicatie beïnvloeden emoties van degenen die het moeten ondergaan negatief.
- Separatie beïnvloedt emoties en cognities van patiënten negatiever dan dwangmedicatie.
- Kortdurende dwangmedicatie beïnvloedt de emoties en cognities van de mensen die het ondergingen negatiever dan langdurige dwangmedicatie.

2. OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

2.1 Methode voor de eerste onderzoeksvraag: ingrijpendheid

Om er achter te komen wat psychiatrische patiënten ingrijpender vinden, gedwongen separatie of medicatie, is de mening gevraagd van psychiatrische patiënten.

De volgende vraag werd daartoe geformuleerd: ‘Als er onder dwang ingegrepen moet worden, wat zou u dan liever ondergaan, separatie of dwangmedicatie?’ Deze vraag werd gesteld aan 25 patiënten die op dat moment opgenomen waren in een ggz-instelling. Al gauw bleek dat veel patiënten negatief reageerden op de vraagstelling. Enkele patiënten dachten dat hen binnenkort een dwangtoepassing te wachten stond. Andere patiënten reageerden negatief omdat zij op basis van de formulering van de vraag meenden dat de vraagsteller achter het toepassen van de dwang stond. Na deze ervaringen werd de vraag anders geformuleerd, namelijk: ‘Wat vindt of lijkt u erger: dwangmedicatie of separatie?’

Eerst werd gevraagd of mensen dwang hadden meegemaakt in de vorm van separatie, dwangmedicatie of anders. Vervolgens werd gevraagd of respondenten op dat moment te maken hadden met dwang. Van alle respondenten werd de leeftijd, de juridische status, de opnameduur en geslacht genoteerd. (Bijlage 1).

De vragen werden voorgelegd aan patiënten die contact hadden gezocht met een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp).³ Alle patiënten die gebruik maken van de diensten van een pvp, worden geïnformeerd over de registratie van de desbetreffende vraag of klacht. Hiertoe worden een aantal gegevens van de cliënt gevraagd en genoteerd, zoals geslacht, leeftijd, juridische status en opnameduur. Op het formulier wordt verder het onderwerp van de vraag of klacht gecodeerd aangegeven, samen met de acties die de pvp heeft ondernomen om de cliënt te helpen.

Gedurende de zomermaanden van 2005 vroegen 23 pvp'en toestemming aan hun cliënten om drie extra vragen te mogen stellen en het antwoord te mogen noteren. Aan de patiënt werd uitgelegd dat de gegevens bedoeld waren voor een onderzoek over dwangtoepassing en de mening van patiënten daarover (zie bijlage 2). Er werd geen selectie gemaakt; de respondenten vormen een doorsnede van de populatie die gebruik maakt van de diensten van een pvp. Deze populatie wijkt iets, maar niet veel, af van de gemiddelde populatie opgenomen psychiatrische patiënten wat betreft leeftijd, geslacht, juridische status of verblijfsduur. Een aantal patiënten gaf aan de vragen niet te willen beantwoorden. Aan patiënten die op dat moment erg in de war of geagiteerd waren, zijn de vragen niet voorgelegd. De kenmerken van deze groepen zijn niet verder onderzocht.

³ De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) verleent psychiatrische patiënten advies en bijstand bij het handhaven van hun rechten. De pvp-voorziening is vastgelegd in artikel 59 van de Wet Bopz.

Tabel 1: Cliënten uit de steekproef vergeleken met pvp-cliënten en met de patiëntenpopulatie uit de psychiatrische ziekenhuizen

		Ziekenhuis patiënten ⁴ 1997	Pvp cliënten 1997 ⁵	Pvp cliënten 2004	Steekproef Pvpcliënten 2005
Geslacht	Man	47,4 %	50,3 %	53,0 %	50,3 %
	Vrouw	52,6 %	49,7 %	47,0 %	49,3 % ⁶
Leeftijd	0-14	0,7 %	2,3 %	2,5 %	1,0 %
	15-24	11,0 %	10,6 %	10,6 %	11,3 %
	25-44	43,1 %	52,7 %	53,3 %	48,3 %
	45-64	25,1 %	25,6 %	25,8 %	36,5 %
	65-65 +	20,0 %	6,2 %	6,0 %	2,3 %
	onbekend			1,9 %	
Juridische status	Vrijwillig	85,4 %	62,3 %	57,9 %	41,8 %
	IBS	7,3 %	11,6 %	11,7 %	13,5 %
	RM	5,6 %	21,5 %	25,7 %	40,3 %
	Anders ⁷	1,0 %	3,2 %	4,8 %	3,3 %
Verblijfsduur in de instelling	0-6 mnd	62,7 %	55,8 %	60,7 %	41,5 %
	6-12 mnd	9,0 %	8,9 %	11,5 %	13,8 %
	1-2 jaar	6,2 %	7,9 %	6,1 %	13,0 %
	2-5 jaar	6,8 %	11,3 %	8,2 %	9,0 %
	5 jaar en langer	15,1 %	12,5 %	13,5 %	21,5 %
N		N=57290	N=6852	N=9513	N=400

⁴ Bron: algemene psychiatrische ziekenhuizen, gegevens uit de PiGGz 1996, NVGGz en SIG Zorginformatie, Utrecht, 1997. De percentages uit de kolom ziekenhuispatiënten zijn samengesteld uit de bestandgegevens en de gegevens van ontslagen en overleden patiënten. Deze groep patiënten is bij benadering de groep patiënten die in een kalenderjaar een beroep had kunnen doen op de pvp.

⁵ Weergegeven zijn de cijfers van het gecorrigeerde cliëntenbestand, dat wil zeggen:

- exclusief de gegevens van cliënten van wie sinds 1 januari van het lopende jaar al eerder een klacht geregistreerd was
- exclusief dubbeltellingen door gelijktijdige klachten van één cliënt
- exclusief cliënten die met een gezamenlijke klacht kwamen

⁶ Niet alle percentages tellen op tot 100, omdat niet van alle registraties alle gegevens bekend zijn.

⁷ Hieronder valt: last strafrechter op grond van artikel 37 lid 1 Wetboek van Strafrecht, TBS, overige plaatsingen in het kader van strafrechtspleging, , opneming minderjarigen krachtens rechterlijke uitspraak.

Het meest opvallende verschil tussen de ‘gewone’ ziekenhuispopulatie en de cliënten van de pvp, zowel op jaarbasis in 1997 en 2004 als in de steekproef, is het hoge percentage cliënten dat onvrijwillig is opgenomen. Dit betekent dat mensen die gedwongen zijn opgenomen verhoudingsgewijs meer vragen en klachten voorleggen aan een pvp dan patiënten die vrijwillig in de instelling verblijven. Ook laat de tabel zien dat in de steekproef proportioneel meer mensen zijn betrokken met een relatief lange verblijfsduur in de instelling.

2.2 Methode voor de tweede onderzoeksvraag

Voor het onderzoek naar de beleving van dwangmiddelen was het de bedoeling om de subjectieve effecten van dwangmedicatie te vergelijken met de subjectieve effecten van dwangseparatie. Daartoe werden patiënten benaderd die óf dwangseparatie óf dwangmedicatie ondergingen. Omdat tijdens de steekproef van 400 patiënten in het eerste deel van het onderzoek bleek, dat de groep die alléén dwangmedicatie (maar geen –separatie) had ondergaan zeer klein is, werd gekozen om ook patiënten te betrekken in dit deel van het onderzoek die ervaring met beide dwangmiddelen hadden.

Om de effecten en beleving van beide dwangmiddelen te onderzoeken, werden vragenlijsten samengesteld, bestaande uit drie typen vragen (zie bijlagen 3, 4 en 5):

- Feitelijke vragen over de dwangtoepassingen: hoe vaak heeft dwang plaatsgevonden, wanneer voor het laatst, hoe lang duurde de toepassing, is de behandelaar er van op de hoogte wat cliënt het minst ingrijpend vindt en houdt hij/zij daar rekening mee, etc.
- Vragen naar de werking, de effecten en de emotionele beleving van de dwangmiddelen⁸, waarbij antwoorden konden worden genoteerd op een driepuntsschaal.
- Open vragen naar de mening van de patiënt over de dwang en ruimte voor opmerkingen (bijlage: de vragenlijsten).

De patiënten die deze vragenlijsten voorgelegd kregen, waren bekend met de functie en de persoon van de pvp. De pvp'en benaderden cliënten van wie zij wisten dat men met dwang te maken hadden gehad. Er werd gericht gezocht naar cliënten die ervaring hadden met dwangmedicatie, maar niet met separatie.

De patiënten die werden benaderd, kregen eerst uitleg over het onderzoek, de opzet en de bedoeling. Benadrukt werd dat de patiënt vrij was om geen medewerking te verlenen (bijlage 6). Daarnaast werd uitgelegd dat de respondent anoniem zou blijven en de verkregen gegevens niet herleidbaar zouden zijn tot personen. Als patiënten sommige vragen weigerden te beantwoorden en geen toestemming gaven de informatie te betrekken bij behandelaar of in het dossier, werd hierop niet aangedrongen. Aan de respondenten werd het aanbod gedaan om na deelname te kunnen praten over de ervaringen als men daar naderhand behoefte aan had. Over de cliënten die er voor kozen om niet mee te werken zijn geen gegevens bekend. Geruime tijd na deelname kregen respondenten een cadeaubon, waarvan zij van te voren niet op de hoogte waren, zodat dit vooruitzicht hun beslissing om wel of niet mee te werken niet zou beïnvloeden.

⁸ Patiënten werden verzocht hierbij de dwangtoepassing als uitgangspunt te nemen die men het meest recent had meegemaakt, er van uitgaande dat deze ervaring in het geheugen het makkelijkst zou kunnen worden opgeroepen.

2.3 Statistiek

Voor het bewerken van de resultaten is gebruik gemaakt van het programma SPSS voor Windows, versie 14. In het eerste deel van het onderzoek zijn resultaten getoetst met behulp van een Chi-kwadraat toets. In het tweede deel van het onderzoek zijn correlaties tussen items op de verschillende vragenlijsten berekend met behulp van Kendall's Tau B voor enerzijds de antwoorden na separatie en anderzijds de antwoorden na dwangmedicatie. De onderlinge samenhang van items uit de vragenlijsten is weergegeven met Cronbach's Alpha bij meer dan drie items, of Kendall's Tau B bij minder dan drie items. Samenhangende items worden aangegeven met 'schaal'.

Verschillen tussen de antwoorden op de items uit de langste vragenlijst (bijlagen 3, 4 en 5), of schalen van verschillende items, zijn getoetst voor mensen die separatie ondergingen en de mensen die dwangmedicatie ondergingen, met behulp van de Mann-Whitney test voor twee niet gekoppelde steekproeven. Verschillen *binnen* de groep mensen met *zowel* separatie- als dwangmedicatie ervaring zijn voor de afzonderlijke items uit de lange vragenlijst en de schalen van de twee korte vragenlijsten apart getoetst met behulp van Wilcoxon Signed Ranks test voor twee gekoppelde steekproeven.

3. RESULTATEN

3.1 Resultaten van het eerste deel van het onderzoek

In totaal werden de vragen uit het eerste deel van het onderzoek voorgelegd aan 400 psychiatrische patiënten die op dat moment in 31 ggz-instellingen verbleven.

Tabel 2: Patiënten met en zonder dwangervaring die hun voorkeur aangaven.

	Ooit dwang ervaren	Nooit dwang ervaren	Totaal
Voorkeur onbekend	16	71	87
Voorkeur bekend	210	103	313
Totaal	226	174	400

Van de respondenten heeft 56,5 % ooit te maken gehad met dwang. 43,5 % van de patiënten gaf aan nooit dwang te hebben meegemaakt. Aan 71 van hen werd de tweede vraag ('Wat vindt of lijkt u erger, dwangmedicatie of separatie') daarna niet voorgelegd. Aan 103 cliënten die geen dwang hadden meegemaakt, werd de vervolgvraag wel gesteld. De antwoorden van deze groep zijn daarna betrokken in het onderzoek, samen met de antwoorden van de mensen die wel ooit ervaring hadden opgedaan met dwang.

Tabel 3: Mening over ingrijpendheid van dwangtoepassingen

Onderzoek dwangtoepassingen N = 313		
Wat is of lijkt u erger?	Separatie	144
	Dwangmedicatie	140
	Anders	15
	Beide	12
	Vrijheidsbeperking ⁹	2
	Totaal	313

Voor de 313 cliënten die antwoord gaven op alle vragen, blijkt de aversie tegen separatie en dwangmedicatie gelijk verdeeld te zijn. Mannen en vrouwen verschillen niet wat betreft hun aversie tegen separatie of dwangmedicatie. 12 Cliënten gaven aan dat hun aversie tegen separatie en dwangmedicatie even groot is en 15 cliënten noemen een andere dwangtoepassing, zoals fixatie, waartegen zij een grotere aversie hebben.

⁹ Met 'vrijheidsbeperking' wordt bedoeld het niet mogen verlaten van de afdeling.

Tabel 4: Verdeling van de mening over de ingrijpendheid van twee dwangmiddelen naar juridische status

		Wat vindt u, of lijkt u, erger?			
		separatie	dwangmedicatie	anders/beide	totaal
Juridische status N = 313	Vrijwillig	45	47	11	103
	Ibs	20	24	9	53
	Rm	67	67	8	142
	Anders	12	2	1	15
	Totaal	144	140	29	313

Er is weinig verschil tussen de groepen vrijwillige patiënten en patiënten met een inbewaringstelling (ibs) en rechterlijke machtiging (rm) wat betreft hun aversie jegens dwangmedicatie of separatie. Cliënten met een andere juridische status (zoals tbs) hebben meer moeite met separatie (Chi kwadraat = 147,8, df = 3, $p < 0,000$).

3.1.1 Ervaringen met dwangmiddelen

Tabel 5: Verdeling van de meningen over de ingrijpendheid van dwangmiddelen tussen groepen met verschillende ervaringen met dwang

		Wat vindt u, of lijkt u, erger?			
		separatie is erger	dwangmedicatie is erger	anders/beide	totaal
Ervaren dwang	dwangmedicatie meegemaakt	1	3	0	4
	geen dwang meegemaakt	42	51	13	106
	beide vormen meegemaakt	47	58	10	115
	separatie meegemaakt	54	28	6	88
	Totaal	144	140	29	313

De cliënten die geen *of* beide vormen van dwang hebben ervaren (n = 221), lijken gezien de aantallen in de tabel niet veel te verschillen in hun aversie jegens separatie of dwangmedicatie. In beide groepen zijn er meer cliënten met een grotere afkeer van dwangmedicatie.

De cliënten die *alleen* separatie hebben ervaren, geven vaker aan dat zij separatie erger vinden dan dwangmedicatie. Toch voelt nog bijna een derde (28 van de 88 cliënten) na een separatie te hebben ondergaan een grotere aversie tegen dwangmedicatie.

Slechts één procent van de ondervraagde patiënten heeft dwangmedicatie gehad, zonder in de separeercel te hebben gezeten. Van deze vier mensen vinden er drie dwangmedicatie erger dan separatie.

Van de groep patiënten die ervaring met beide dwangmiddelen heeft, vindt 41 % separatie erger en 50 % dwangmedicatie erger; 8,7 % heeft een andere mening. Dit verschil is significant ($\chi^2 = 323$, $df = 4$, $p < 0,000$).

3.1.2 Leeftijd

Van de cliënten die jonger zijn dan 44 jaar hebben er 65 alleen separatie ondervonden en 73 zowel separatie als dwangmedicatie meegemaakt. Onder de cliënten ouder dan 44 jaar, zijn er naar verhouding veel meer die met beide vormen van dwang ervaring hebben.

Tabel 7: Verdeling van de ervaring met dwang onder leeftijdsgroepen

		Ervaren dwang				Totaal
		medicatie	geen	beide	separatie	
Leeftijd	t/m 17		5	3	1	9
	18-24		12	13	10	35
	25-44	3	46	57	54	160
	45+	1	43	42	23	109
	Totaal	4	106	115	88	313

Oudere cliënten zijn naar verhouding naast separatie vaker ook met dwangmedicatie geconfronteerd. Dit weerspiegelt zich in een grotere aversie tegen dwangmedicatie.

Tabel 8: Verdeling van de mening over de ingrijpendheid van dwang onder leeftijdsgroepen

		Wat vindt u of lijkt u erger?			totaal
		separatie	anders/beide	dwangmedicatie	
Leeftijd	t/m 17	4	0	5	9
	18-24	20	5	10	35
	25-44	76	13	71	160
	45+	44	11	54	109
	Totaal	144	29	140	313

Patiënten tot 44 jaar uit de steekproef vinden separatie vaker ingrijpender (vergeleken met dwangmedicatie) dan ouderen. Jongere mensen hebben vaker dan oudere mensen alleen ervaring met separatie.

Leeftijd speelt een significante rol in de verdeling van de aversie tegen een bepaald dwangmiddel, zoals gemeten met χ^2 toets ($\chi^2 = 84,125$; $df = 2$; $p < 0,000$).

Tabel 9: Mening over ingrijpendheid van dwangmiddelen verdeeld naar ervaring onder patiënten tot 25 jaar

Leeftijd tot 25 jaar		Wat is, of lijkt u, erger?			Groepstotaal
		separatie is erger	dwangmedicatie is erger	anders/beide/ onbekend	
Ervaren dwang	Separatie meegemaakt	8	2	1	11
	Dwangmedicatie meegemaakt	0	0	0	0
	Beide vormen meegemaakt	9	4	3	16
	Geen dwang meegemaakt	7	9	8	24
	Totaal	24	15	12	51

In deze tabel is te zien dat 8 van de 11 jongeren (73 %) die separatie meemaakten, aangeven dat separatie hen erger lijkt dan dwangmedicatie. Jonge mensen zijn in verhouding meer met alleen separatie geconfronteerd en dit weerspiegelt zich in een grotere aversie tegen separatie. Van de jongeren die geen ervaring hebben met dwang, ziet 29 % meer op tegen separatie, terwijl 37,5 % meer opziet tegen dwangmedicatie. In de groep jongeren die ervaring heeft met beide vormen van dwang is te zien dat van hen ruim twee keer zoveel personen (9 versus 4) separatie erger vindt dan dwangmedicatie.

Tabel 10: Mening over ingrijpendheid van dwangmiddelen verdeeld naar ervaring onder patiënten tussen de 25 en 44 jaar

Leeftijd 25-44 jr		Wat is, of lijkt u, erger?			Groepstotaal
		separatie is erger	dwangmedicatie is erger	anders/beide/ onbekend	
Ervaren dwang	Separatie meegemaakt	35	21	2	58
	Dwangmedicatie meegemaakt	2	2	1	5
	Beide vormen meegemaakt	22	30	5	57
	Geen dwang meegemaakt	22	22	29	73
	Totaal	81	75	37	193

Mensen die tussen de 25 en 44 jaar oud zijn en beide vormen van dwang kennen, hebben een duidelijker aversie tegen dwangmedicatie (53 %) dan tegen separatie (39 %), een verhouding van globaal 4 : 3.

Tabel 11: Mening over ingrijpendheid van dwangmiddelen verdeeld naar ervaring onder patiënten van 45 jaar en ouder

Leeftijd 45 +		Wat is, of lijkt u, erger?			Groepstotaal
		separatie is erger	dwangmedicatie is erger	anders/beide/ onbekend	
Ervaren dwang	Separatie meegemaakt	15	7	6	28
	Dwangmedicatie meegemaakt	0	1	0	1
	Beide vormen meegemaakt	17	27	2	46
	Geen dwang meegemaakt	16	23	52	91
	Totaal	48	58	60	166

In de groep oudere patiënten is het duidelijkst te zien dat er een tendens bestaat om separatie als minder ingrijpend te beoordelen als dwangmedicatie. De patiënten die beide vormen van dwang ondergingen kiezen significant vaker tegen dwangmedicatie (30 van de 57 patiënten; 59 %) dan tegen separatie (22 van de 57 patiënten; 37 %).

3.2 Resultaten van het tweede deel van het onderzoek

De vragenlijsten over de beleving van de dwangmiddelen werden voorgelegd aan 38 patiënten. Twaalf patiënten hadden ervaring met separatie, twaalf met dwangmedicatie en veertien patiënten ondergingen beide vormen van dwang. In totaal zijn van 12 + 14 = 26 mensen ervaringen verzameld met dwangmedicatie en van 12 + 14 = 26 mensen ervaringen verzameld met separatie. Respondenten varieerden in leeftijd van 20 tot 65 jaar.

3.2.1 Separatie

26 respondenten rapporteerden in totaal 687 separaties te hebben ondergaan, met een gemiddelde duur van 7,3 dagen. De kortste separatie duurde 1 uur en de langste 2 maanden. Van de 687 separaties werd 19 % uitgevoerd bij opname van de patiënt en 81 % op een later moment. In een kwart van de gevallen ging het volgens de respondenten om een noodseparatie, driekwart van de separaties werd uitgevoerd op basis van een behandelingsplan.

3.2.2 Dwangmedicatie

26 respondenten gaven aan in totaal 707 keer dwangmedicatie te hebben gekregen, met een gemiddelde duur van 11,6 dagen. Tien patiënten kregen medicatie die kortdurend werkzaam was (1 dag tot 1 week). Elf patiënten kregen medicatie toegediend met een werkingsduur variërend van 7 tot 28 dagen. Vijf patiënten wisten niet meer precies hoe lang de medicatie werkzaam was geweest. Van de dwangmedicaties werd volgens de respondenten 14 % toegediend bij opname en 86 % later tijdens het verblijf.

3.2.3 Dubbele dwang

Van de patiënten die zowel separatie als dwangmedicatie ondergingen, gaf 93 % aan de dwangmiddelen minimaal eenmaal gelijktijdig te hebben ondergaan, met een gemiddelde van 14 en een maximum van 125 maal.

Volgens 8 van de 14 patiënten met dubbele dwangervaring, was hun behandelaar op de hoogte van hun voorkeur voor een bepaald dwangmiddel. Slechts twee respondenten gaven aan dat de behandelaar ook rekening hield met hun voorkeur.

3.2.4 Beleving van de dwangmiddelen

De samenhang tussen de antwoorden op de vragen naar de beleving van het dwangmiddel is bepaald met een correlatietabel (Tau B). Vervolgens is de betrouwbaarheid van de items die onderling sterk samenhangen bepaald met Cronbach's alfa. Voor onderlinge samenhang van minder dan drie items is de Tau B gegeven voor zover deze significant is.

De correlatietabellen zijn als bijlage toegevoegd.

Separatie

Ten aanzien van de patiënten met *separeerervaring* (n = 26) werden voor de eerste vragenlijst ('Ik voelde mij eenzaam' t/m 'Achteraf weet ik er niet meer zoveel van', antwoordmogelijkheden 'ja', 'neutraal' en 'nee', zie bijlagen 3 en 5) drie schalen bestaande uit onderling samenhangende items gevonden. De items 'Ik weet er achteraf niet meer zo veel van' en 'Ik merkte er niet zo veel van' zijn retrospectief beschouwd niet goed geformuleerd en passen niet goed bij een van de schalen.

De correlatie tussen de onderstaande items is zo hoog, dat sprake is van een 'schaal'.

Het gaat om de volgende items:

- *Ik voelde mij (niet) beschermd*
- *Ik voelde mij (niet) geholpen*
- *Ik werd (niet) beter van de separatie*

De antwoorden op deze items hangen onderling samen en hangen samen met nog drie items:

- *Ik voelde me vergeten*
- *Ik voelde mij eenzaam*
- *Ik verveelde me*

De onderlinge samenhang tussen deze zes items, gemeten met Cronbach's alpha reliability bedraagt 0,86 en is hoog. Indien het item 'verveelde me' wordt weggelaten zou de Cronbachs alpha zelfs 0,89 bedragen. Deze schaal gaat over de effectiviteit van separatie als interventiemiddel en over het effect op de gevoelens van de respondenten. Patiënten gaven aan dat hun mening over (niet) beter worden door separatie samenhang met het gevoel zich (niet) geholpen, (niet) beschermd en (wel) eenzaam en vergeten te voelen.

Het tweede schaalje bestaat uit de items:

- *Ik voelde mij rustig worden*
- *Ik werd er zeker door*

De antwoorden op deze twee items geven weer wat de patiënten de effecten vonden van separatie op de geestelijke stoornis (Tau b =0,37, p=0,045).

De derde schaal bestaat uit de items:

- *Ik vond de separatie zelf (niet) nodig*
- *Separatie was overbodig*
- *Ik doe er alles voor om niet nog eens gesepareerd te worden*
- *Ik raakte in de war*
- *Ik voelde me overrompeld*

Deze schaal heeft een Cronbach's alfa van 0,84. Indien het item 'in de war' buiten beschouwing wordt gelaten stijgt de alpha tot 0,88. Deze schaal gaat voornamelijk over de mening van de patiënt ten aanzien van de noodzaak tot separatie.

De spreiding van de antwoorden in de items 'ik voelde mij machteloos' en 'Ik wilde terug naar de afdeling' is te gering. Door de geringe spreiding van de antwoorden kan de samenhang tussen de overige drie items hier niet worden aangetoond.

- *Ik voelde me machteloos* (92% mee eens)
- *Ik wilde terug naar de afdeling* (85% mee eens)
- *Ik ben tegen het opsluiten van mensen* (68% mee eens)

Dwangmedicatie

Ten aanzien van patiënten die *dwangmedicatie* ondergingen (n = 26) werden voor de eerste vragenlijst ('Ik voelde mij eenzaam' t/m 'Achteraf weet ik er niet meer zoveel van', zie bijlagen 4 en 5) drie schalen met onderling samenhangende items gevonden.

Een eerste schaal van vier items met een alpha van 0,77:

- *Ik werd (niet) beter van de medicatie,*
- *Medicatie was overbodig*
- *Ik voelde me (niet) geholpen*
- *Ik voelde me machteloos*

Deze schaal gaat over de effectiviteit van dwangmedicatie als interventiemiddel en over het effect op de gevoelens van de respondenten. Patiënten gaven aan dat hun mening over (niet) beter worden door (overbodige) dwangmedicatie samenhang met het gevoel zich (niet) geholpen en (wel) machteloos te voelen.

Een tweede schaal werd gevonden van vier items, met eveneens een alpha van 0,77:

- *Ik werd er zieker door*
- *Ik raakte in de war*
- *Ik voelde me eenzaam*
- *Ik voelde me vergeten*

De antwoorden op deze items geven weer wat de patiënten de effecten vonden van separatie op de geestelijke toornis. Dit effect hangt samen met gevoelens van eenzaamheid. (Ter vergelijking: gevoelens van eenzaamheid en vergeten worden hangen bij separatie samen met de mening over (niet) beter, beschermd en geholpen worden.)

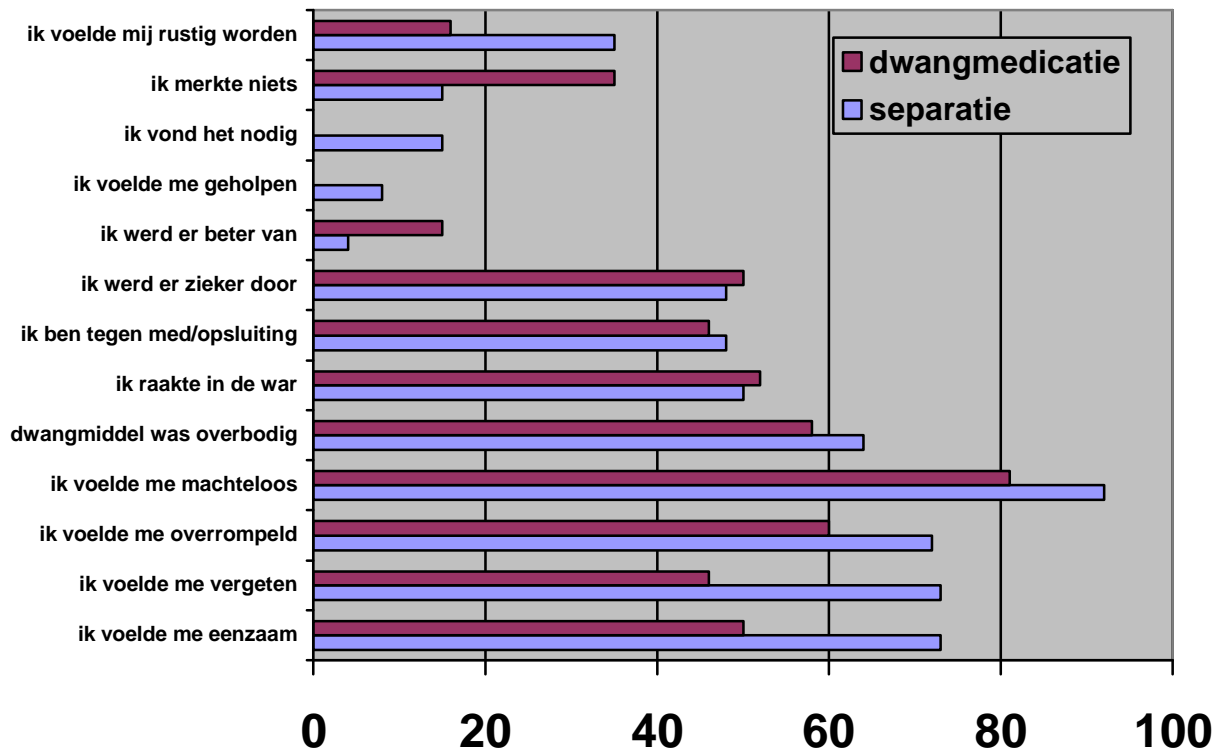
Twee items die te maken hebben met de houding van de respondenten ten aanzien van de dwangmedicatie, hangen onderling samen (Tau b=0,45, p<0,016):

- *Ik ben tegen het gebruik van medicatie*
- *Ik wilde stoppen met de medicatie*

Vergelijking tussen dwangmedicatie en separatie op individuele items

Vergelijking tussen de medicatie- en separatiegroep op de individuele items levert slechts voor enkele items verschil op; de verschillen tussen de meeste items zijn klein en geen van de verschillen is significant, zoals gemeten met de Mann Whitney U test en de Wilcoxon Signed Ranks test.

Grafiek 1: Percentage patiënten met separatie ervaring (n=26) en patiënten met dwangmedicatie ervaring (n = 26) dat antwoordt met 'ja' op 13 verschillende items



Hoewel de meningen over de verbetering die separatie oplevert niet veel verschillen met de antwoorden over de verbetering na dwangmedicatie, beamen net iets meer mensen de uitspraak 'Ik werd er beter van' (15 % versus 4 %, gemiddelde rangscore separatie 642 en gemiddelde rangscore dwangmedicatie 684). Dit verschil is niet significant (zoals getoetst met de Mann-Whitney test: $U = 317$; $p < 0,853$ en de Wilcoxon Signed Ranks test: $Z = 0,000$, $p < 1,000$).

Patiënten vinden net iets vaker dat ze in de war raken van medicatie (52 % antwoordt met ja, gemiddelde rangscore 637), dan dat ze in de war raken van separatie (50 % zegt ja, gemiddelde rangscore 588). Dit verschil is niet significant, zoals getoetst met de Mann-Whitney test ($U = 288$, $p < 0,793$) en de Wilcoxon Signed Ranks test ($Z = 0,000$, $p < 1,000$). Met separatie voelen meer patiënten zich rustig worden (35 %, gemiddelde rangscore 725,5) dan met dwangmedicatie (16 %, gemiddelde rangscore 600,5), terwijl meer dan de helft van de patiënten in beide groepen aangeeft dat ze zich *niet* rustiger voelden worden. Het verschil is echter niet significant, zoals getoetst met de Mann-Whitney test ($U = 265$, $p < 0,290$) en de Wilcoxon Signed Ranks test ($Z = 0,000$, $p < 1,000$).

Patiënten voelden zich na een separatie vaker eenzaam dan na een dwangmedicatie (73 % versus 50 %; gemiddelde rangscore 762 versus 616) en na separatie vaker vergeten dan na medicatietoediening onder dwang (73 % versus 45,5 %; gemiddelde rangscore 746,5 versus 528,5). Het verschil op 'Ik voelde mij eenzaam' is niet significant zoals getoetst met de Mann-Whitney U test ($U = 265, p < 0,124$) en de Wilcoxon Signed Ranks test ($Z = -0,548, p < 0,584$). Het verschil op 'Ik voelde mij vergeten' is bijna significant (gemeten met de Mann-Whitney U test: $U = 228,5, p < 0,064$) maar niet zoals gemeten met behulp van de Wilcoxon Signed Ranks test: $Z = -0,954, p < 0,340$).

Meer patiënten vonden dat ze niets merkten van de dwangmedicatie (35 %) vergeleken met separatie (15 %; gemiddelde rangscore 684 versus 642, Mann Wittney U test: $U = 317, p < 0,853$; Wilcoxon Signed Ranks test: $Z = -1,512, p < 0,131$).

Vijftien procent van de patiënten vond de separatie nodig, vergeleken met geen enkele patiënt (0 %) die dwangmedicatie nodig vond. Het verschil is echter niet significant (gemiddelde rangscores 707 en 619, Mann-Whitney U test: $U = 294, p < 0,398$; Wilcoxon Signed Ranks test: $Z = -0,44, p < 0,65$).

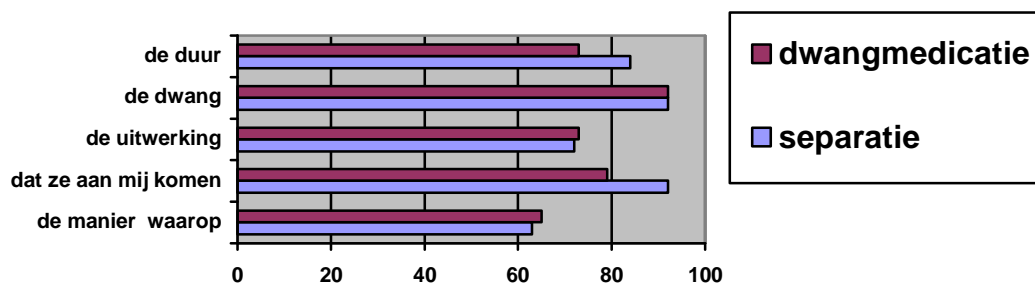
3.2.5 Aspecten van dwangtoepassing

Een aantal aspecten van het dwangmiddel werd ter beoordeling aan de patiënten voorgelegd: ('Wat vond u van: de manier van separeren/toedienen, dat ze aan u komen, de uitwerking, de dwang en de duur van het dwangmiddel?', zie bijlagen 3, 4 en 5). Men kon antwoorden: 'heel vervelend', 'niet zo erg' of 'positief'.

De samenhang tussen de antwoorden op de vragen naar de verschillende aspecten van het dwangmiddel is bepaald met een correlatietabel (Tau B). Vervolgens is de samenhang van de vijf items bepaald met Cronbach's alfa (bijlage 7). Deze schaal krijgt de titel 'aspecten van dwang zijn vervelend/positief'.

Ten aanzien van de vragen over de beoordeling van de verschillende aspecten van de dwangtoepassing was Cronbach's alfa reliability voor de separatiegroep 0,853 en voor de medicatiegroep 0,633.

Grafiek 2: Verdeling van de antwoorden in procenten tussen de groepen patiënten met separeerervaring ($n=26$) en dwangmedicatie ervaring ($n=26$). Dit aspect van de dwangtoepassing vond de patiënt *heel vervelend*:



Ondanks kleine verschillen worden de aspecten van de twee dwangmiddelen globaal hetzelfde beoordeeld door de patiënten zoals gemeten met de Wilcoxon Signed Ranks test ($Z = -0,586, p < 0,558$) en de Mann-Whitney U test (gemiddelde rangscores 586 en 590, $U = 261, p < 0,558$).

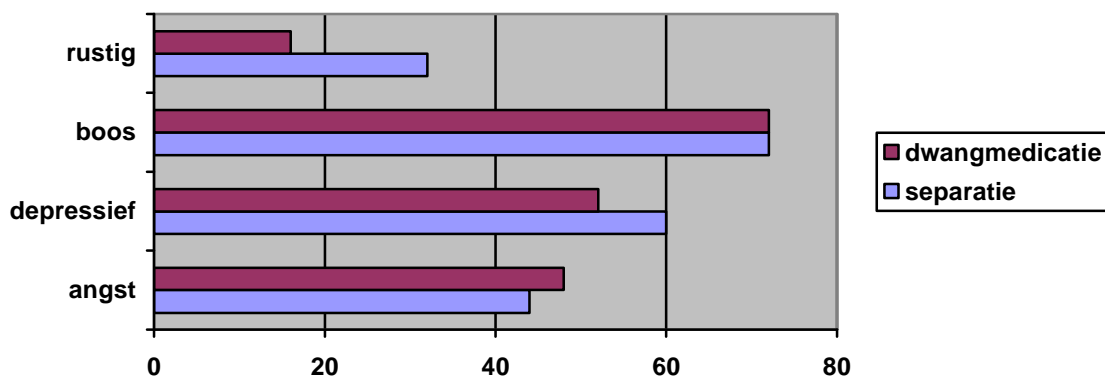
3.2.6 Emoties door dwangtoepassing

Patiënten werden gevraagd welke invloed het dwangmiddel had op hun emoties ('Door de dwangmedicatie/separatie werd deze emotie erger of minder erg: angst bang, depressief, boos, blij gelukkig, radeloos, rustig, in de war'). Men kon antwoorden: 'minder', 'neutraal' of 'meer'.

Op gelijke wijze als gebeurde bij de vragen naar de beleving werd de samenhang berekend op de vragenlijst over de invloed van de dwang op de emoties van de patiënten (6 items, zie bijlagen 3,4 en 5). Deze schaal krijgt de titel 'Door dwang meer angst'. Voor de invloed van *separatie* op de emoties werd een Cronbach's alfa gevonden van 0,79. De antwoorden op vragen over de invloed van *separatie* op de emoties van de patiënt blijken dus samen te hangen. Voor de invloed van *dwangmedicatie* op de emoties van de patiënten bereikt Cronbach's alfa hier een waarde van 0,65. Het item 'Door de dwangmedicatie werd deze emotie erger of minder erg: blij, gelukkig' werd buiten beschouwing gelaten, omdat er geen spreiding in de antwoorden was. Alle respondenten gaven aan dat ze minder blij en gelukkig waren geworden van de dwangmedicatie.

Voor de cliëntengroep die zowel een separatie als dwangmedicatie heeft ondergaan vertonen de emoties bij de separatie en de emoties bij de medicatie een grote samenhang. Cliënten die aangeven van de separatie depressiever te zijn geworden, melden ook dat ze van de medicatie depressiever zijn geworden (Tau b=0,60, $p < 0,03$).

Grafiek 3: Toename van emoties en gemoedstoestanden, uitgedrukt in procenten, na ondergaan van separatie (n=26) en dwangmedicatie (n=26). Door het dwangmiddel nam dit gevoel toe:

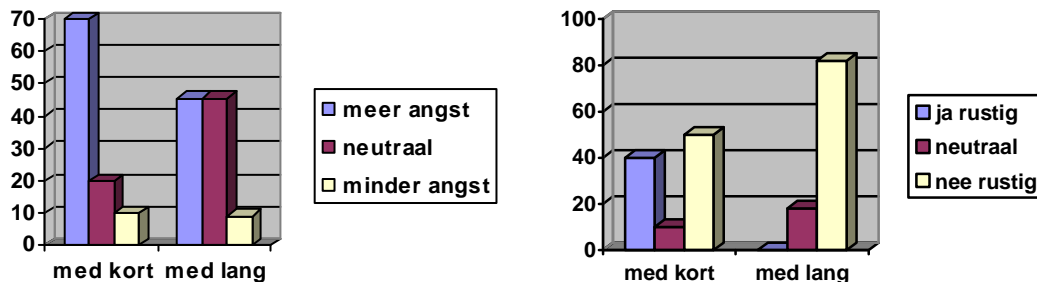


Hoewel iets meer patiënten depressiever en rustiger worden van separatie, werden geen grote verschillen tussen de effecten van de twee dwangmiddelen op de emoties gevonden. De verschillen op deze schaal tussen de emotionele ervaringen met separatie en met dwangmedicatie zijn niet significant, zoals getoetst met de Mann-Whitney U test (gemiddelde rangscores 234 en 256, $U = 102$; $p < 0,558$) en de Wilcoxon Signed Ranks test ($Z = -0,415$, $p < 0,678$).

3.2.7 Dwangmedicatie lang- en kortdurend

Tien patiënten kregen medicatie die kortdurend werkzaam was (1 dag tot 1 week). Elf patiënten kregen medicatie toegediend met een werkingsduur variërend van 7 tot 28 dagen. (Vijf patiënten wisten niet meer precies hoe lang de medicatie werkzaam was geweest.) De antwoorden van de respondenten met ingrijpmedicatie (kortdurend) zijn vergeleken met die van patiënten die een langdurige medicamenteuze dwangbehandeling ondergingen.

Grafiek 4 en grafiek 5: Verschillen in procenten tussen tien patiënten die kortdurende dwangmedicatie (med kort) kregen versus elf patiënten die langdurige dwangmedicatie (med lang) kregen, op de items: ‘Ik voelde mij rustig worden’ en ‘Door de medicatie werd deze emotie erger of minder: angst’.

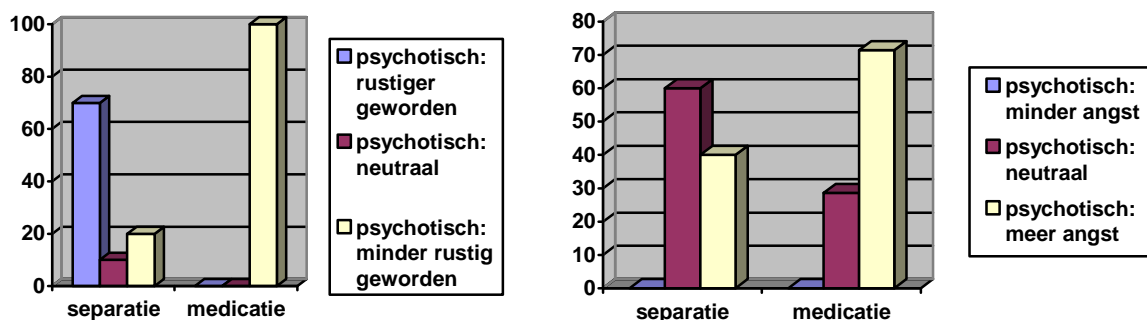


Het relatieve effect wordt duidelijk gemaakt met bovenstaande grafieken. Deze laten zien dat cliënten die kortdurende (ingrijp-)medicatie krijgen meer angst ervaren dan cliënten die lang werkende dwangmedicatie gebruiken. Het verschil is niet significant (rangscores 103,5 en 106,5; $U = 40,5$; $p < 0,442$). Anderzijds ervaren patiënten die langdurig dwangmedicatie gebruiken niet (meer) dat ze rustiger van de medicatie worden. In de groep cliënten die kortdurende (ingrijp-)medicatie kregen zijn er wel cliënten die aangeven er rustiger van te zijn geworden. Ook dit verschil is niet significant (rangscores 78,5 en 131,5; $U = 33,5$; $p < 0,185$).

3.2.8 Diagnose

De diagnose van de respondenten bleek bij 17 patiënten een psychotische stoornis te zijn en voor acht patiënten een bipolaire stoornis. Twee patiënten gaven aan een borderline persoonlijkheidsstoornis te hebben en eveneens twee patiënten hadden een andere stoornis, zoals autisme. De overige negen patiënten weigerden om op te geven wat hun diagnose was of wisten het niet. De groep patiënten met een psychotische stoornis is het grootst en is verder onderzocht op twee effecten na separatie / dwangmedicatie.

Grafieken 6 en 7: Antwoorden in procenten van 17 patiënten met een psychotische stoornis die separatie ($n=10$) en dwangmedicatie ($n=7$) ondergingen, op de items: ‘Ik voelde mij rustig worden’ en ‘Door de separatie/dwangmedicatie werd deze emotie erger of minder: angst’.



Patiënten met een psychotische stoornis geven aan vaker van separatie rustig te worden (70%), terwijl zij allen rapporteren van dwangmedicatie minder rustig worden. Deze verschillen zijn significant, zoals gemeten met de Mann-Whitney U test (rangscores 100,0 en 36,0; $U = 15,0$; $p < 0,047$). Ook beleven patiënten met een psychotische stoornis meer angst na dwangmedicatie dan na separatie (rangscores 79,0 en 74,0; $U = 24,0$; $p = 0,215$).

3.2.9 Effecten na de dwangtoepassingen

Op de vraag: ‘Had de dwangtoepassing naderhand nog effect op u?’, antwoordde het merendeel van de respondenten met ‘ja’. Op de vraag hoe lang dit effect merkbaar was geweest, gaven de meeste patiënten aan dat de toegepaste dwang nog heel lang effect had gehad, zelfs tot jaren na beëindiging van het dwangmiddel. Patiënten gingen hierbij niet alleen uit van de fysieke effecten, maar ook van de psychische effecten die de dwang op hen had.

Tabel 12: Antwoorden op de vraag of de dwangtoepassing naderhand nog effect had op de patiënt

	Ja, separatie had naderhand nog effect	Ja, medicatie had naderhand nog effect
Groep: alleen dwangmedicatie	-	89 %
Groep: beide dwangmiddelen	64 %	79 %
Groep: alleen separatie	66 %	-

Over het effect na de *dwangmedicatie* kunnen de reacties worden verdeeld in psychische en fysieke gevolgen of een combinatie daarvan. Met betrekking tot de effecten na de dwangmedicatie gaven 15 van de in totaal 26 patiënten (58 %) aan last te hebben gehad van fysieke reacties:

- Trillen
- Spierkrampen
- Parkinson-achtige verschijnselen
- Starre spieren
- Niet meer goed kunnen praten
- Invloed op fijne motoriek (kon niet meer schrijven)
- Kwijlen
- Trillen (3 x, waaronder trillende tong)
- Sloom
- Hoofdpijn
- Suf (2 x)
- Slaperig
- Lusteloos (3 x)
- Impotent (2 x)
- Huiduitslag

18 van de in totaal 26 patiënten (69 %) gaven aan last te hebben van psychische (waaronder cognitieve) en emotionele effecten na de dwangmedicatie:

- Intelligentie werd minder (3 x, waaronder een maal ‘minder goed mee kunnen komen met leeftijdsgenoten’)
- Geheugen werd minder
- Creativiteit werd minder (2 x)
- Vervreemding van het zelf (4 x)
- Grip op eigen denken kwijt (2 x)

- Afgevlakte emoties (2 x)
- Sombor
- Depressief
- Angst (3 x)
- Paniek
- Onrust
- Woede
- Machteloosheid
- Vernedering (2 x, waaronder een maal vernedering omdat broek naar beneden werd getrokken voor de injectie)
- Verlies van vertrouwen (3 x, waarvan twee maal in de behandelaar)
- Suïcidaliteit (na dwangmedicatie slagader geprobeerd door te snijden)

Het effect dat de *separatie* naderhand nog op de patiënt had, was vooral van invloed op emoties en gedrag. Geen van de respondenten gaf aan negatieve lichamelijke effecten van de separatie te hebben ervaren.

Op emotioneel gebied noemden 13 van de 26 patiënten (50 %) een negatief effect:

- Angst (3 x, waaronder herbelevingen)
- Boosheid (4 x)
- Nachtmerries
- Negatieve gedachten (over verpleegkundigen die separeerden)
- Herinneringen aan eenzaamheid
- Verlies vertrouwen (2 x, waaronder een maal in behandelaar en een maal in ggz)

7 van de 26 cliënten (27 %) gaven aan dat het effect na de separatie bestond uit veranderd gedrag. Een greep uit de reacties:

- “Ik pas wel op dat het niet meer gebeurt, als ik weer (terecht) kwaad ben reageer ik dat nooit meer op de afdeling af.”
- “Ik ben voorzichtiger in wat ik zeg en doe. Ik verzin smoezen om geen reden tot separatie te geven.”
- “Separatie verandert je karakter. Je gaat meer op jezelf letten. Houd ik mijzelf wel aan de regels.”
- “Ik werd voorzichtiger omdat ik geen aanleiding tot separatie wilde geven.”
- “Ik kijk wel uit om nog eens iets te doen waardoor ik weer in de separeer kan komen.”

Twee patiënten (8 %) benoemden positieve effecten van separatie:

- Vermindering agitatie, rustiger, stabiel
- Separatie helpt door een moeilijke periode heen te komen

Geen van de respondenten gaf aan een positief effect van de dwangmedicatie te hebben ervaren.

4. DISCUSSIE

4.1 Ingrijpendheid van dwangmedicatie en -separatie

Wat vinden psychiatrische patiënten ingrijpender, dwangmedicatie of -separatie? De hypothese, dat een derde of meer van de patiënten separatie als minder ingrijpend ervaart dan dwangmedicatie, wordt aangenomen. Uit de gegevens in het eerste deel van het onderzoek kan worden geconcludeerd dat dwangmedicatie als 'erger' wordt gezien dan separatie, door cliënten die zowel separatie als dwangmedicatie meemaakten, in een verhouding van 5 staat tot 4.

De soort dwang die men heeft ondergaan, lijkt een voorspeller voor een grotere aversie tegen dat dwangmiddel: tweederde (na separatie) tot drievierde (na dwangmedicatie) van de patiënten noemt het dwangmiddel dat men onderging erger dan het dwangmiddel waarmee men geen ervaring heeft. Mensen die dwangmedicatie hebben gekregen, maar nog nooit in een separeercel zijn gesloten (1 % uit de steekproef), zijn ondervetegenwoordigd. Van deze vier patiënten vinden drie dwangmedicatie erger dan separatie.

In de steekproef van 400 patiënten bleek dat 56,5 % tijdens deze of eerdere opnamen dwang heeft ondergaan. Deze verdeling kan niet worden geëxtrapoleerd naar de ziekenhuispopulatie. Immers, de verdeling tussen vrijwillige en gedwongen opnames in de totale patiëntengroep is ongelijk aan de verdeling in de steekproef. In de steekproef bevinden zich meer mensen die onvrijwillig zijn opgenomen. Deze groep krijgt vaker met dwang te maken (Van de Klippe, 1997). Het is waarschijnlijk dat het percentage dwangtoepassingen in de totale ziekenhuispopulatie lager ligt. Er is echter geen reden om aan te nemen dat de soorten dwangmiddelen of – maatregelen waarmee de patiënten in de steekproef te maken hebben gehad, in de ziekenhuispopulatie anders verdeeld zijn dan in de steekproef. Ook uit de rapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt dat separatie vaker wordt toegepast dan dwangmedicatie (Bopzis-3, 2004).

Op basis van de resultaten lijken twee factoren de voorkeuren van de patiënten te beïnvloeden. De eerste factor is de soort dwang die men onderging. Mensen die één van de twee dwangmiddelen ondergingen, kiezen vaker tegen dat middel ten gunste van het andere dwangmiddel dat men nog niet aan den lijve ondervond. Hoewel dit effect op basis van deze gegevens in ieder geval geldt voor de ervaring met separatie, lijkt het aannemelijk dat dit voor dwangmedicatie ook zal gelden. Het dwangmiddel dat men onderging is dus van invloed op de aversie ten aanzien van deze twee vormen van dwang, zodat ook de hypothese dat patiënten die ervaring hebben met één dwangmiddel dat dwangmiddel als ingrijpender beoordelen dan het dwangmiddel waarmee zij geen ervaring hebben opgedaan, niet kan worden verworpen.

Hoe kan dit effect worden verklaard? Het is niet uit te sluiten, dat de impact van het dwangmiddel dat men onderging merkbaar zo groot is, dat een *voorstelling* die men maakt van een ander dwangmiddel hier niet tegenop weegt. Aannemelijk is dat patiënten hun keuze laten bepalen door de associaties die beide zaken bij hen oproepen. De herinnering aan het dwangmiddel dat men onderging is gekoppeld aan angst en andere negatieve emoties, terwijl dat niet geldt voor het middel dat men niet onderging. De inschatting van de kans dat men nog met het dwangmiddel te maken krijgt, speelt wellicht voor sommige patiënten een rol in de negatieve emoties die de

dwangmiddelen oproepen en kan het sterke effect van de ervaring verklaren (zie ook: Hoekstra, Lendemeijer & Janssen, 2004).

In het tweede gedeelte van het onderzoek komt aan bod hoe emoties een rol spelen in het ondergaan van dwang.

De verwachting was, dat er geen verband bestaat tussen relatieve voorkeur voor een dwangmiddel en kenmerken van patiënten, zoals geslacht en juridische status. Uit de steekproef blijkt echter, dat juridische status van invloed is op de voorkeur van de patiënten. Hoewel de meningen van patiënten met een vrijwillige juridische status, een tbs of een rm ongeveer gelijk zijn verdeeld, kiezen patiënten met een andere juridische status zoals tbs, significant vaker tegen separatie. Het zou kunnen dat voor patiënten met een tbs-maatregel een dwangmiddel dat de vrijheid beperkt een negatievere connotatie heeft dan een dwangmiddel als medicatie, dat de bewegingsvrijheid niet beperkt.

De tweede factor die van invloed is op het oordeel van de patiënten, is leeftijd. Oudere patiënten hebben over het algemeen meer problemen met dwangmedicatie dan met separatie; onder jongeren bestaat de neiging om tegen separatie te kiezen. Dit effect speelt door alle leeftijdsgroepen heen een rol. In de groep jongeren die ervaring heeft met beide vormen van dwang is te zien dat ruim twee keer zoveel personen separatie erger vinden dan dwangmedicatie. Het gaat hier echter om relatief kleine aantallen, waardoor afwijkingen gemakkelijker ontstaan. De hypothese dat leeftijd niet van invloed zou zijn op de relatieve voorkeur van de patiënt, moet echter worden verworpen.

Een aantal verklaringen van dit leeftijdseffect is denkbaar. Eén daarvan is dat oudere patiënten vaker te maken hebben gehad met vroegere generaties medicijnen, waarbij zij meer last hadden van ongewenste bijwerkingen dan de nieuwere generaties psychofarmaca. Het is niet uit te sluiten dat bestaande aversies het gevolg zijn van opgebouwde ervaringen, ook voor ouderen die tegenwoordig medicijnen krijgen met minder bijwerkingen.

Een andere, mogelijke verklaring, is dat jonge mensen meer waarde hechten aan hun bewegingsvrijheid. Het verblijf in de separeercel belemmert niet alleen die bewegingsvrijheid, maar ook communicatie met de hedendaagse middelen zoals telefoon, sms, emailverkeer en msn, waarvan veel jongeren gebruik maken en die vaak een belangrijke rol spelen in hun leven. Dwangmedicatie geeft deze beperking niet, waardoor dit dwangmiddel wellicht een minder negatieve waardering krijgt. Het gaat bij dit onderzoek naar de ingrijpendheid van de dwangmiddelen medicatie en separatie om een eenmalige meting naar de verdeling van de keuze van patiënten op dat moment. Het is denkbaar dat een aantal factoren in de toekomst deze verdeling beïnvloeden. Ten eerste is het de vraag of de invloed van de leeftijd op de relatieve voorkeur van de patiënt er voor zal zorgen dat over tien jaar de ouder geworden jongere patiënt nog steeds relatief vaker tegen separatie kiest, of dat met het klimmen van de leeftijd meer patiënten zullen kiezen tegen dwangmedicatie. Ten tweede kunnen in de toekomst nieuwe en verbeterde medicijnen minder aversie oproepen bij de patiënten en de afkeer verminderen. Daar staat tegenover dat zorgvuldig volgens de regels en respectvol uitgevoerde separaties, iets waar de patiëntenvertrouwenspersonen (pvp'en) in de ggz-instellingen op hameren, de aversie van patiënten tegen separatie kan verminderen (Meehan, Bergen & Fjeldshoe, 2003, Hoekstra et al., 2004). Ten derde kan de invloed van de publieke opinie ten aanzien van separatie en / of dwangmedicatie de mening van patiënten beïnvloeden.

4.2 De beleving van de dwangmiddelen

In dit deel van het onderzoek is gekeken naar de beleving van de ervaringen met separatie en met dwangmedicatie. Geven de twee dwangmiddelen medicatie en separatie aanleiding tot verschillende emoties en cognities bij de patiënten die het ondergaan? Allereerst valt op, dat ondanks de verschillende aard van de dwangmiddelen, de antwoorden op de items en schalen na dwangmedicatie en – separatie nergens significant van elkaar verschillen. De kleine omvang van de steekproef vermindert de kans op het vinden van significante resultaten. Daarnaast lijkt het er op dat voor de patiënten het *dwangaspect* overheerst bij het ondergaan van zowel separatie als dwangmedicatie, aangezien de antwoorden op de items voor separatie enerzijds en dwangmedicatie anderzijds meer overeenkomen dan verschillen.

Wat betreft de emoties van patiënten rond het ondergaan van dwang, was de verwachting dat deze negatief getint zouden zijn. Deze verwachting is bevestigd, zodat deze hypothese kan worden aangenomen. Patiënten zijn over beide dwangmiddelen voornamelijk negatief. ‘Baat het niet, dan schaadt het niet’, lijkt ten aanzien van dwangmiddelen voor deze patiënten niet op te gaan. Bijna de helft van de respondenten uit alle groepen is van mening zeker geworden te zijn van het dwangmiddel. Eveneens meer dan de helft van de patiënten geeft aan dat er een toename van negatieve emoties plaatsvindt bij dwangtoepassing. Op emotioneel gebied roepen de dwangmiddelen veel dezelfde reacties op, zoals angst, boosheid en depressie. Het is met deze cliëntaantallen niet te bepalen in hoeverre de emoties worden beïnvloed door het dwangaspect en in hoeverre het effect van de separatie en van de medicatie een rol speelt. Ook is het onduidelijk of cliënten, die als reactie op de dwangtoepassing depressiever worden, separatie en dwangmedicatie anders beleven dan de cliënten die als reactie op de dwangtoepassing juist bozer worden.

Dwangmiddelen worden meestal toegepast om acute noodsituaties te verhelpen of te voorkomen. Vaak zal bij een (dreigende) noodsituatie sprake zijn van agressie en/of opwinding van de patiënt. In dit kader is het relevant of de patiënt zich rustiger voelde worden van het dwangmiddel. Gezien het negatieve karakter van dwang is het niet uitgesloten dat het opleggen van het dwangmiddel leidt tot meer onrust en opwinding. Meer dan de helft van de patiënten in zowel de separatiegroep als in de dwangmedicatie groep geven aan dat zij *niet* rustiger worden bij het ondergaan van de dwang. Bijna twee keer zoveel patiënten geven aan dat zij wel rustig werden van separatie vergeleken met de rust die dwangmedicatie oplevert. Voor een dwangmiddel dat ten doel heeft een acute noodsituatie op te heffen, lijkt dit zeker relevant. Tegelijkertijd voelden iets meer mensen zich depressiever en eenzamer tijdens separatie. Gesepareerde patiënten voelen zich vaker eenzaam en vergeten. Een extra tien procent van de gesepareerde respondenten ten opzichte van de onder dwang gespoten patiënten, ervaart het als ‘heel vervelend’ dat hulpverleners aan hen komen bij het separeren. De hypothese, dat separatie de emoties negatiever beïnvloedt dan dwangmedicatie, kan echter niet worden aangenomen, aangezien statistisch geen significante verschillen zijn gevonden tussen de verschillende groepen. Patiënten die kortdurende medicatie kregen, beleefden de dwangtoepassing over het algemeen als negatiever, maar ervoeren tevens een (klein, relatief) positief effect.

Relatief veel mensen geven aan nog lang last te hebben van de dwang. Het moment van de laatst ondergane dwangtoepassing verschilt tussen de respondenten, variërend van 1 dag tot 5478 dagen. Nogal wat respondenten antwoorden dat de effecten van de laatste dwangtoepassing tot aan het moment van de vraagstelling voortduren. Daarom zou het berekenen van een gemiddelde termijn waarop men nog effecten merkte geen betrouwbare informatie geven en is achterwege gelaten.

Uit de reacties van de respondenten mag duidelijk worden dat men vaak, langdurig en op veel verschillende manieren last houdt van de dwangtoepassing. Zelfs jaren later kan men nog emotioneel worden van de ervaringen. De negatieve effecten na dwangmedicatie lijken in dit onderzoek de negatieve effecten van separatie te overtreffen en zijn in tegenstelling tot de effecten na separatie (mede) van fysieke aard. Het is opvallend dat een kwart van de respondenten dat de angst om weer gesepareerd te worden een invloed heeft op hun gedrag.

Er werd een verschil in beleving gevonden tussen mensen die kort- en langer werkende dwangmedicatie kregen. Hoewel patiënten gemiddeld over kortdurende ingrijpmedicatie iets meer positieve effecten rapporteren, zoals zich rustiger te zijn gaan voelen, ervaren zij ook iets meer angst en andere negatieve emoties dan mensen die een langdurige medicamenteuze dwangbehandeling ondergingen. Ten opzichte van separatie lijkt kortwerkende ingrijpmedicatie hetzelfde aan rust te geven, maar minder angst te veroorzaken. De hypothese dat emoties en cognities van patiënten door separatie negatiever worden beïnvloed dan door medicatie, kan op basis van deze onderzoeksgegevens worden verworpen. Aangezien de respondenten na kortdurende ingrijpmedicatie meer negatieve gevoelens rapporteerden dan na lang werkende dwangmedicatie, kan de hypothese dat kort werkende dwangmedicatie sterker als dwang wordt ervaren dan lang werkende dwangmedicatie niet worden verworpen. Het is denkbaar dat de omstandigheden rond separatie en ingrijpmedicatie voor de patiënten verschillen van de omstandigheden rond lang werkende dwangmedicatie. Zo kan de houding van hulpverleners ten opzichte van ingrijpmiddelen zoals separatie enerzijds en lang werkende dwangmedicatie anderzijds tegenovergesteld zijn. De hulpverlener zal bijvoorbeeld de gesepareerde patiënt als boodschap geven dat het het zaak is om de separatie zo spoedig mogelijk op te heffen. Het appèl op de patiënt die lang werkende medicatie krijgt zal daarentegen veeleer zijn, dat de patiënt er goed aan zou doen om de medicamenteuze behandeling te accepteren. Zodra de patiënt daaraan gehoor geeft, verandert er misschien iets in de interne belevingswereld van de patiënt, maar niets in de externe situatie, in tegenstelling tot separatie en ingrijpmedicatie. Een ander verschil dat van invloed kan zijn op de beleving van dwang door de patiënt, is dat de handelingen die de hulpverlener moet verrichten om de dwang toe te passen, bij separatie en kortdurende dwangmedicatie waarschijnlijk ingrijpender zijn dan bij het toedienen van lang werkende dwangmedicatie die maanden of jaren achtereen gebruikt wordt.

De gevonden samenhang tussen de items die beantwoord werden over separatie is voor alle componenten hoger dan over dwangmedicatie. De interpretatie van dit verschil is dat de beleving van dwangmedicatie voor verschillende cliëntgroepen anders is. Terwijl bekend is dat separaties vaak al om verschillende redenen en op verschillende manieren worden uitgevoerd (Lendemeijer, 1997), is er toch sprake van een gebeurtenis die afgebakend is in de tijd en duidelijk gekoppeld aan de gemoedstoestand van de patiënt. Bovendien wordt tijdens de separatie de rest van het

leven van de patiënt als het ware even stil gezet. Dwangmedicatie als gebeurtenis *an sich* verschilt van separatie in de zin dat allerlei andere zaken in het leven van de patiënt gewoon doorgaan als deze niet gesepareerd is. Dwangmedicatie kan kort- en langdurend worden verstrekt. Buiten het medicamenteus ingrijpen in de thuissituaties van patiënten zoals dat door psychiaters van crisisdiensten gebeurt, zal het toedienen van kortdurende dwangmedicatie in de instellingen veelal plaatsvinden in de separeercel. Zo gaf 93 % van de respondenten aan de dwangmiddelen minstens éénmaal gelijktijdig te hebben ondergaan. Slechts 1 % van de patiënten uit de steekproef gaf aan wel dwang te hebben ervaren, maar nog nooit in de separeercel te hebben gezeten.

Een opvallend (en significant) verschil in beleving van dwangmedicatie en –separatie bestaat onder patiënten met een psychotische stoornis. Op basis van twee items ‘angst’ en ‘rustig worden’ lijken deze patiënten een duidelijke voorkeur te hebben voor separatie ten opzichte van dwangmedicatie. Hoewel hieruit geen conclusies kunnen worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de dwanginterventie, is het aannemelijk dat de groep patiënten met een psychotische stoornis vaker zal kiezen voor separatie ten koste van dwangmedicatie als het gaat om de ingrijpendheid van het dwangmiddel. Dit is in lijn met de conclusies die Grassian en Friedman in 1986 trokken met betrekking tot de effecten van sensorische deprivatie tijdens separatie ten aanzien van mensen met een psychotische stoornis (zie inleiding). Het is niet uit te sluiten dat in de eerste steekproef van 400 patiënten, de patiënten met een psychotische stoornis onder hen veelal hebben gekozen voor separatie en tegen dwangmedicatie. Het verdient aanbeveling hier verder onderzoek naar te doen.

4.3 Beperkingen van dit onderzoek

Bij het ontwikkelen van de items op de lange vragenlijsten over de beleving van de dwang, is niet, zoals in het eerste gedeelte van het onderzoek, gewerkt met een proefversie. De items zijn bedacht op basis van de ervaring van patiëntenvertrouwenspersonen (pvp'en) met patiënten die vertelden wat zij van verschillende dwangtoepassingen vinden en op basis van de beschikbare literatuur. Om de antwoorden op de verschillende items met elkaar te kunnen vergelijken, zijn zo veel mogelijk stellingen over separatie het zelfde geformuleerd als stellingen over dwangmedicatie. Het is echter de vraag, of een uitspraak als *'Ik voelde mij vergeten'*, aan hetzelfde gevoelsaspect appelleert na opsluiting in een separeercel, waarbij de patiënt misschien aan de bezoeken van de verpleging in de separeercel denkt, of na een dwanginjectie, waarbij de patiënt wellicht een associatie legt met de aandacht voor zijn welzijn, of het negeren van bezwaren tegen de medicatie door de behandelaar. In die zin worden in dit onderzoek appels met peren vergeleken.

Een volgende kanttekening bij deze resultaten moet geplaatst worden ten aanzien van de betrouwbaarheid van de antwoorden, nu de respondenten niet zijn geselecteerd op de termijn die is verstreken na de beëindiging van de laatste dwangtoepassing. Uit onderzoek is echter gebleken, dat de verstreken tijd tussen de dwang en de rapportage daarover een rol speelt. Zo vonden Hoekstra, Lendemeijer en Janssen (2004), dat patiënten, voor wie de separatie geruime tijd geleden is, over het algemeen positiever zijn over hun ervaringen dan degenen voor wie het korter geleden is. Dit is in deze studie niet nader onderzocht.

Het is tevens de vraag, in hoeverre de patiënten in staat moeten worden geacht om van deze dwangervaring twee (verschillende) rapporten te geven. Voor de cliëntengroep die zowel een separatie als dwangmedicatie heeft ondergaan, vertonen immers de emoties bij de separatie en de emoties bij de medicatie een grote samenhang. Cliënten die aangeven van de separatie depressiever te zijn geworden, melden ook dat ze van de medicatie depressiever zijn geworden. Het is niet ondenkbaar dat voor de patiënt sprake is van één alomvattende ervaring, waar retrospectief de verschillende emoties en cognities onmogelijk aan één van de twee tegelijk ondergane dwangmiddelen zijn toe te schrijven. De verdeling van de antwoorden over de emoties lijken dan ook meer gekoppeld aan bepaalde copingstijlen van individuele patiënten, dan aan een specifiek dwangmiddel.

Vervolgonderzoek naar de beleving van dwangmiddelen zou plaats moeten vinden onder grotere groepen patiënten, waar bij meer kenmerken van de patiënten en meer aspecten van de omstandigheden waaronder de dwang wordt toegepast worden betrokken. In dit opzicht is het goed om bij de uitkomsten van deze studie de nodige kanttekeningen te zetten. Van meer dan een aanzet om de verschillen in beleving tussen de dwangmiddelen in kaart te brengen, is geen sprake. De dwangmiddelen separatie en medicatie kennen beide een eigen dynamiek, die misschien maar op enkele onderdelen vergelijkbaar is.

Samenvattend kan worden gesteld, dat de geringe omvang van de onderzochte groep patiënten in het tweede gedeelte van de studie beperkingen geeft. Daar komt bij, dat het type vragen dat is gesteld de respondenten kan hebben beïnvloed of (te) weinig ruimte heeft geboden voor andere aspecten van de beleving van de dwangmiddelen. Tenslotte kan het terughalen van met emoties beladen herinneringen zorgen voor problemen met het ophalen van de herinneringen en leiden tot een eventuele onzuivere, gereconstrueerde weergave.

4.4 Tot slot

Projecten om de toepassing van separatie te verminderen, zijn vaak succesvol (Abma en Widdershoven, 2005). Een aantal factoren wordt in vrijwel alle publicaties naar voren gebracht als van belang voor de vermindering van separatie. Een daarvan is het wijzen van de verpleging op de noodzaak om in moeilijke situaties steeds te zoeken naar het *minst ingrijpende middel* om gevaar te voorkomen en het benadrukken dat alleen gevaar voor de patiënt zelf en/of anderen reden mag zijn voor separatie. Een ander belangrijk element blijkt de houding van het hogere management te zijn en de aandacht die wordt gevraagd voor dwangtoepassing. Volgens sommigen is de inzet van duidelijk leiderschap op dit punt zelfs het belangrijkste element (Huckshorn, 2004; Taxis, 2002). Meestal begint men met het vergroten van het bewustzijn van de hulpverleners over de toepassing van de separatie (Taxis, 2002; Schreiner, Crafton & Sevin, 2004; Khadavi, Patel, Atkinson & Levine, 2004). De manieren om dit te doen zijn verschillend en variëren van discussiebijeenkomsten voor het personeel (Boogaarts & Van Dorp, 2004; Schreiner et al., 2004), tot het expliciet opnemen van het verleden van de patiënt met betrekking tot agressie incidenten in het dossier (Templeton, Gray & Topping, 1998; Khadhavi et al., 2004). Een volgend element is deskundigheidsbevordering en training van verpleegkundigen. Hierbij is het belangrijk dat verpleegkundigen sneller leren ingrijpen in situaties die potentieel

kunnen uitmonden in agressie incidenten. Zodra men deze situaties in een vroeg stadium herkent kan verbaal worden geïntervenieerd of anderszins worden ingegrepen (Richmond, Trujillo, Schmelzer, Phillips & Davis, 1996).

Implementatie van strategieën met betrekking tot dwangtoepassing vereist een verandering in de zorgcultuur, handelingsroutines en omgangsvormen tussen medewerkers en cliënten (Vrijlandt, 2001). Des te meer valt op, dat hoge tot zeer hoge succespercentages, tot 95 % vermindering van het aantal gedwongen separaties, worden gerapporteerd in de verschillende publicaties. Spronken, bestuursvoorzitter van Reinier van Arkel Groep en bestuurslid van GGZ Nederland, stelt dat het risico van het toepassen van andere dwangmiddelen toeneemt als separeren wordt afgeschaft terwijl kennis over de gevolgen van het niet-separeren ontbreekt (in: Zuithof, 2006).

De uitkomsten van het onderzoek naar de mening van patiënten over de ingrijpendheid van separatie versus dwangmedicatie en bevindingen in het kleinschalige onderzoek naar de beleving van separatie, geven aanleiding om meer onderzoek te plegen naar de therapeutische werking van het middel. Voor de groep patiënten met een psychotische stoornis zou separatie een aanvaardbaarder dwangmiddel kunnen zijn dan dwangmedicatie. Patiënten die zich niet verzetten tegen separatie zouden gevraagd kunnen worden om de werking zoals zij deze ervaren te beschrijven. Daarnaast zou gemeten kunnen worden wat de werking is van de separatie door het toestandsbeeld van de patiënt nauwkeurig te beschrijven vóór en na de separatie met behulp van een gestandaardiseerd instrument, zoals de HoNOS, de Health of the Nation Outcome Scales (Mulder, Staring, Loos, Buwalda, Kuypers, Sytma en Wierdsma, 2003).

Principes van separatie, zoals prikkelarmoede, kunnen toegepast worden zonder dat sprake hoeft te zijn van dwang. Mocht de patiënt een time out te nodig hebben van ingewikkelde interacties met anderen, kan het ter beschikking stellen van een eenpersoonskamer helpen en separatie helpen voorkómen (Stolker, Nijman & Zwanikken, 2005). In een aantal klinieken in de VS, maar ook al in Nederland (onder andere in de GGZ Breda), past men 'open area seclusion' toe, waarbij de patiënt alleen of met een verpleegkundige verblijft in een afgeschermd huiskamergedeelte van de afdeling, dat prikkelarm is ingericht. Zo kunnen elementen van separatie een bijdrage leveren aan uitbreiding van het scala aan niet-chemische middelen waarmee ingegrepen kan worden in (dreigende) noodsituaties.

Mocht separatie toch onvermijdelijk zijn, dan is het belangrijk om de procedure zo goed mogelijk uit te voeren. Zo zou de patiënt in ieder geval van te voren behoren te worden geïnformeerd dat separatie kan plaatsvinden en de separeercel van binnen mogen bekijken. Ook is het belangrijk dat de patiënt de eigen kleding en wat bezittingen bij zich mag houden als dat verantwoord is. Als eigen kleding te gevaarlijk is behoort goede scheurkleding te worden verstrekt. Eigendommen van de patiënt die voor het separeren worden afgenomen behoren goed opgeborgen en geregistreerd te worden waarvan de patiënt een reçu krijgt. De behandelaar behoort aan te geven welk gedrag niet meer of juist wel moet voorkomen voordat de separatie wordt beëindigd en tevens hoe en op welke momenten dit getoetst wordt. De patiënt hoort een kalender en een goed lopende klok te kunnen waarnemen vanuit de separeercel. De verpleging behoort aan te geven wanneer men langskomt en welke interactie daarbij plaats kan vinden. Voor gesepareerde patiënten is het belangrijk dat de verpleging zich stipt aan deze afspraken houdt.

Daar waar dwang kan worden vermeden, behoort dit een belangrijk streven te zijn. De uitkomsten van dit onderzoek geven aan, dat vanuit patiëntperspectief dwangmiddelen nauwelijks baten, maar zeker schaden. De gevolgen van beide vormen van dwang kunnen jaren lang aanhouden en de verhouding tussen de cliënt en de ggz negatief beïnvloeden.

Pogingen, experimenten en projecten om separatie te verminderen, zouden niet voorbehouden moeten blijven aan dit specifieke dwangmiddel. Gezien de even grote of zelfs grotere aversie die patiënten voelen ten aanzien van dwangmedicatie, is het niet te verdedigen om inspanningen alleen te richten op het verminderen van separatie. Zeker als het streven naar vermindering van dwangseparatie betekent dat eerder dwangmedicatie overwogen wordt, zal wat de patiënten betreft de opbrengst dubieus zijn. Met het sluiten van separeercellen en het weglaten van separeerruimtes bij nieuwbouw, zou patiënten een mogelijk 'minst ingrijpend' niet-chemisch alternatief onthouden worden. Daarbij komt, dat deze middelen bedoeld zijn om een noodsituatie te couperen en niet om de patiënt van de stoornis te genezen. In dat opzicht blijkt de werking van separatie niet onder te doen voor die van dwangmedicatie.

* * *

LITERATUUR

- Abma, T, en Widdershoven, G. (2005). Dwang en drang in de psychiatrie. Cultuurverandering in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60 (6), 608-622.
- American Psychiatric Association Task Force Report 22 (1988). *Seclusion and Restraint: The psychiatric uses*. Washinton: APA.
- Binder, R. L. & McCoy, S. M. (1983). Patients' attitudes towards placement in seclusion. *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 4, 266-269.
- Boogaarts, J. & Dorp, M. van (2004). In T. Abma, G. Widdershoven & B. Lendemeijer (red.). *Dwang en drang in de psychiatrie*, 145-158. Utrecht, Lemma bv.
- Bopzis-3 info 2003/4 Maart 2004. Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Gezien: 22-01-2005. Afkomst: <http://www.izg.nl>.
- Bouter, L. M. & Dongen, M. C. J. M. van (1995). *Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie*. Houten: Bohn.
- Broers, E. & Lange, J. de (1996). *Agressie in de psychiatrie. Agressie tussen patiënten en verpleegkundigen op gesloten afdelingen*. Utrecht: NcGv.
- Brown J. S. & Tooke, S. K. (1992). On the seclusion of psychiatric patients. *Social Science and Medicine*, 35 (5), 711-732.
- Cashin, A. (1996). Seclusion: the quest to determine effectiveness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 34, 17-21.
- Chengappa, K. N., Levine, J., Ulrich, R., Parepally, H., Brar, J. S., Atzert, R., Brienzo, R. & Gopalani, A. (2000). Impact of Risperdone on seclusion and restraint at a state psychiatric hospital. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 9, 827-832.
- Citrome, L. (2004). New treatments for agitation. *Psychiatric Quarterly*, 75, 3, 197-213.
- Dijkers, W. & Widdershoven, T. P. (2004). *Teksten Wet Bopz 2004*. Den Haag: Sdu.
- Erven, A. C. J. M. van (1992). *SGA-patiënten. De psychiatrie van een dilemma*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht.
- Feldberg, C. A. (1995). Psychiatric inpatients' reactions to their seclusion/restraint experiences. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 55, 8-B, 3586.
- Fisher, W. A. (1994). Restraint and seclusion: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 151 (11), 1584-1591.

- Frigge, K. (2002). *De voorkeur van de patiënt, separatie of medicatie*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1992b). *Dat doet de deur dicht. Een onderzoek naar ervaringen van patiënten met middelen en maatregelen*. Utrecht: GIGV.
- Gerlock, A. & Solomons, H. C. (1983). Factors associated with the seclusion of psychiatric patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 21, 2, 47-53.
- Grassian, S. & Friedman, N. (1986). Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement. *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 49-65.
- Gutheil, T. G. & Tardiff, K. (1984). In K. Tardiff (Ed), *The Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint*, 11-19. Washington, American Psychiatric Press, Inc.
- Heyman, E. (1987). Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Services*, 25, 11, 9-12.
- Hodgkinson, P. (1885). The use of seclusion. *Journal of Medicine, Science and the Law*, 25, 3, 215-222.
- Hoekstra, T., Lendemeijer, H. H. G. M. & Jansen, M. G. M. (2004). Seclusion: the inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 276-283.
- Holmes, D., Kennedy, S. L. & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health and Nursing*, 25, 559-578.
- Houston, K.G. & Mariotto, M. (2001). Outcomes for psychiatric patients following first admission: relations with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. *Psychological Reports*, 88, 1012-1014.
- Hrachovec, C. (2001). Nederland isoleert zich door separeerbeleid. *Psy*, 5 (5), 20-21.
- Huckshorn, K. (2004). Reducing seclusion and restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42, 9, 22-33.
- Janssen, M., Jonge, M. de, & Pols, J. (1995). *Dwang in de psychiatrie. Dilemma's feiten, ervaringen, en alternatieven* (p. 78). Amsterdam: Babylon De Geus.
- Kasander, R., Hrachovec, Ch. En Hutschenmaekers, G. (2003). 'Dwang en drang in Europees Perspectief'. In: A. H. Schene e.a. (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2002-2003*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum .
- Kasper, J.A., Hoge, S.K., Feucht-Haviar, T., Cortina, J. & Cohen, B. (1997). Prospective Study of Patients' Refusal of Antipsychotic Medication Under a

Physician Discretion Review Procedure. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (4), 483-489.

Khadavi, A. N., Patel, R. C., Atkinson, A. R. & Levine, J. M. (2004). Association between seclusion and restraint and patient-related violence. *Psychiatric Services*, 55, 11, 1311-1313.

Klippe, H. van der (1997). Behandeling, dwang en regelgeving: historische ontwikkeling. *Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname* (11-58). Academisch proefschrift. Nijmegen: Ars Aequi Libri.

Langelaan, M. (2001). Zwang, tvang, coercion, dwang. *Psy*, 5 (7), 16-18.

LeGris, J., Walters, M. & Browne, G. (1999). The impact of seclusion on the treatment of psychotic inpatients. *Journal of advances Nursing*, 30, 2, 448-459.

Lendemeijer, B. (1997). Het gebruik van separatie in de psychiatrie. *Verpleegkunde*, 12-1, 15-27.

Lendemeijer, B., Ruitenbeek, T., Kahn, R. S. & Shortridge-Bagett (2000). Patients Perception of Seclusion. In: H. H. G. M. Lendemeijer, *Seclusion in Psychiatry: Aspects of decision making*. Proefschrift, 2000, 49-66. Utrecht: Publicard.

Lendemeijer, B. & Shortridge-Bagett, L. (1997). The use of Seclusion in Psychiatry: A Literature Review. *Scolarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11, 4, 299-320.

Mason, T. (1993). Seclusion theory reviewed – a benevolent or malevolent intervention? *Medicine, Science and the Law*, 33 (2), 95-102.

McCoy, S. M. & Garritson, S. (1983). Seclusion: the process of intervening. *Psychological Nursing and Mental Health Service*, 21, 8, 9-15.

Meehan, T., Vermeer, C. & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: A qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 2, 370-377.

Meehan, T., Bergen, H. & Fjeldshoe, K. (2003). Staff and patients' perception of seclusion. Has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47, 1, 33-38

Mooy, A. W. M. (1993). Dwang en behandeling. In: J. W. Fokkens (red.), *Overheid en patiënt. Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie. Opstellen aangeboden aan prof. Dr. N. W. de Smit*, p. 177. Arnhem: Gouda Quint.

Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sytma, S. en Wierdsma, A. I. (2003). *De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Nederlandse bewerking*. Gezien: 21-03-2006. Afkomst: <http://www.euronet.nl/~sogg/honos.htm>

Palazzolo, J. (2004). About the use of seclusion in psychiatry: the patients' point of view. *Encephale*, 30, 3, 276-284.

- Pols, J. (2001). Noot bij Uitspraak Rechtbank klacht ex artikel 41 Bopz. Dwangbehandeling (separatie en medicatie). Separatie i.p.v. medicatie, omdat de bescherming van de lichamelijke integriteit zwaarder weegt dan belangen van derden. *Bopz Jurisprudentie*, 1, 45-46.
- Ray, N. K., Myers, K. J. & Rappaport, M. E. (1996). Patient perspectives on restraint and seclusion experiences: A survey of former patients of New York State psychiatric facilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 1, 11-18.
- Richmond, I., Trujillo, D., Schmelzer, J., Phillips, S. & Davis, D. (1996). Least restrictive alternatives: do they really work? *Journal of Nursing Care Quality*, 11 (1), 29-37.
- Sailas, E. & Fenton, M. (2003). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. [Cochrane review]. *The Cochrane Library*, 2004, vol. 4, 1-23.
- Schmied, K. & Ernst, K. (1983). Isolation and forced injection in the opinion of affected patients and patient care personnel. An accompanied quarter year sample. *Archiv Psychiatrischer Nervenkrankheiten*, 233, 3, 211-222.
- Schreiner, G. M., Crafton, C. G. & Sevin, J. (2004). Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Administration and Policy in Mental Health*, 31, 6, 449-463.
- Sheline, Y. & Nelson, T. (1993). Patients choice: Deciding between psychotropic medication and physical restraints in an emergency. *Bulletin of American Academic Psychiatry and Law*, 21, 321-329.
- Sorgaard, K. W. (2004). Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nord. Journal of Psychiatry*, 58, 4, 299-304.
- Stolker, J. J., Nijman, H. & Zwanikken, P. H. (2005). Are patients' views on seclusion associated with lack of privacy on the ward? *Submitted*.
- Stolker, J. J., Nijman, H. & Zwanikken, P. H. (2004). Separatie: een noodzakelijk kwaad? *Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid*, 59, 193-204.
- Stolker, J. J., Hugenholtz, G. W. K., Heerdink, E. R., Nijman, H. L. I., Leufkens, H. G. M. & Nolen, W. A. (2003). Separatie van opgenomen psychotische patiënten: later bij het gebruik van antipsychotica en mogelijk ook minder vaak. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147, 12, 557-561.
- Taxis, J. C. (2002) Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 157-170.
- Templeton, L., Gray, S. & Topping, J. (1998). Seclusion: changes in policy and practice on an acute psychiatric unit. *Journal of Mental Health*, 9, 28-32.
- Tomasoa, A. & Kuipers, T. (1988). Separeren: therapeuticum of noodmaatregel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 290-301.

Veldhuizen, J.R. van (2004). Van dwangopname naar dwangbehandeling. *Medisch Contact*, 59 (19), 766-768.

Vorselman, A. (2003). *Seclusion, fixation and medication. The application of coercive measures in adult psychiatry internationally compared*. Wageningen, University of Twente. Master thesis, Public Administration and public policy, European studies.

Vrijlandt, A. J. (2001). Zwang, tvang, coercion, dwang. *Psy*, mei 2001 (p. 16-18). Utrecht: GGZ Nederland.

Wadeson, H. & Carpenter, W. T. (1976). Impact of the seclusion room experience. *Journal of Nervous Mental Disease*, 163, 318-328.

Werf, B. van der (2001). Een lastig half uurtje: gedwongen separatie in Europees perspectief. *Psychopraxis*, 3 (4), 146-147.

Widdershoven, T. P. (2001) Reactie op J. Pols. Rechtbank Utrecht, 18 september 2000. Klacht ex artikel 41 Bopz. Middelen en maatregelen (separatie en medicatie). Dwangbehandeling. Medicatie als alternatief voor separatie. Ernstig gevaar, suïcidaliteit. *Bopz Jurisprudentie*, 2001, 3, p. 110-117.

Wynn, R. (2003). Staffs' attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Norwegian Journal of Psychiatry*, 57, 6, 453-462.

Zuithof, M (2006). Het trage einde van een middeleeuwse praktijk. *Zorg en Welzijn*, 2, 26-28.

BIJLAGEN

Bijlage 1:	Het aangepaste A formulier
Bijlage 2:	Instructie bij het invullen van het A formulier
Bijlage 3:	Vragenlijst voor de patiënt die separatie heeft ondergaan
Bijlage 4:	Vragenlijst voor de patiënt die dwangmedicatie heeft ondergaan
Bijlage 5:	Vragenlijst voor de patiënt die zowel dwangmedicatie als separatie heeft ondergaan
Bijlage 6:	Instructie bij het voorleggen en afnemen van de vragenlijsten
Bijlage 7:	Correlatietabellen
Bijlage 8:	Statistische toetsen

BIJLAGE 1

Het aangepaste A formulier ten behoeve van
het eerste deel van het onderzoek

BIJLAGE 2

Instructie aan de patiëntenvertrouwenspersonen

BIJLAGE 3

Vragenlijst ten behoeve van het tweede deel
van het onderzoek: **separatie**

BIJLAGE 4

Vragenlijst ten behoeve van het tweede deel
van het onderzoek: **dwangmedicatie**

BIJLAGE 5

Vragenlijst ten behoeve van het tweede deel
van het onderzoek naar dubbele
dwangtoepassing:

separatie en dwangmedicatie

BIJLAGE 6

Instructie bij het voorleggen en afnemen van
de vragenlijsten

BIJLAGE 7

Correlatietabellen

BIJLAGE 8

Statistische toetsen