

**Voorstudie naar de haalbaarheid
en wenselijkheid van een
Multidisciplinaire Richtlijn
Drang & Dwang**

Colofon

Financiering:

Deze voorstudie is tot stand gekomen met financiering van het Ministerie van VWS.

Projectleiding:

Drs. Simone M. van de Lindt

Projectuitvoering:

Drs. Simone M. van de Lindt

Drs. Ineke Kok

Drs. Gerdien Franx

© 2009, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Inhoudsopgave

1	Aanleiding	5
2	Dwangopnames en separaties (literatuur)	9
2.1	Aantallen dwangopnames	10
2.2	Aantallen separaties	12
3	Knelpuntenanalyse (interviews en literatuur)	15
3.1	Onvoldoende (deskundig) personeel en leidraad	15
3.2	Praktijk ontwikkelt langzaam	15
3.3	Te weinig preventieve en intensieve zorgvoorzieningen	16
4	Best practice en wetenschappelijke onderbouwing	19
4.1	Monodisciplinaire richtlijn	19
4.2	Andere richtlijnen en literatuur	20
4.3	Eerdere projecten	21
4.4	Beperkte evidence, voldoende best practice	22
5	Wenselijkheid en haalbaarheid Multi- disciplinaire richtlijn	25
5.1	Wenselijkheid	25
5.2	Haalbaarheid en kosten	25
5.3	Afbakening van de richtlijn	26
5.4	Sectoren betrokken bij drang en dwang	26
5.5	Implementatie	27
6	Conclusies en aanbevelingen	29
6.1	Is een richtlijn dringend nodig voor het onderwerp dwang- toepassing in de GGZ?	29
6.2	Is het voor het onderwerp dwangtoepassing in de GGZ mogelijk om een richtlijn op te stellen?	30
6.3	Is een richtlijn een adequate vorm om adviezen en aanbevelingen te geven?	30
6.4	Aanbevelingen	31
Bijlagen:		
Bijlage I	Checklist interview over haalbaarheid en wenselijkheid van een multidisciplinaire richtlijn drang en dwang	33
Bijlage II	Geraadpleegde experts	35
Bijlage III	Geraadpleegde literatuur	37

1 Aanleiding

Dit rapport doet verslag van een voorstudie naar de haalbaarheid en wenselijkheid van een multidisciplinaire richtlijn drang en dwang.

Aanleiding voor deze studie zijn de 'Beleidsvoornemens terugdringen van Dwang en Drang', die de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aankondigt in een brief aan de Tweede Kamer (Tk vergaderjaar 2008-2009, 30492, nr.34, 19 mei 2009)¹. In deze brief benadrukt de Minister de meerwaarde van een samenhangende aanpak voor een verdere reductie van dwangtoepassingen in de GGZ. Hij benoemt een aantal acties om de toepassing van dwang en drang in de GGZ verder terug te dringen. Hoewel in de Tweede Kamer voorgesteld werd, dat er een norm van 50 procent voor dit jaar zou moeten worden nagestreefd, is het op dit moment niet bekend, of dit streefcijfer ook haalbaar is en niet leidt tot averechtse effecten. Het zou kunnen zijn, dat andere dwangtoepassingen dan toenemen, bijvoorbeeld het toedienen gedwongen medicatie. De beleidsvoornemens van de Minister bevatten meer acties. Op dit moment zijn de GGZ-instellingen bezig met een verbetering van het separatiebeleid, mede omdat er zich een aantal ernstige incidenten heeft voorgedaan. Onder meer nemen GGZ-instellingen deel aan het project dwang en drang van GGZ-Nederland. De Minister heeft ook op 6 november 2009² een brief aan de GGZ-instellingen gestuurd om het belang van terugdringing van drang en dwang onder de aandacht brengen. Daarnaast wil de Minister een veldbijeenkomst organiseren, samen met GGZ-Nederland, het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) en de Inspectie Geestelijke Gezondheidszorg (IGZ) waarbij zowel de resultaten meegenomen worden van de projecten dwang en drang, als de aanbevelingen van de IGZ naar aanleiding van hun onderzoek naar eerste dag separaties, zoals neergelegd in het rapport "Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg"³ (IGZ, 2008).

Tegelijkertijd zijn er ook andere initiatieven gaande om betrokkenen, onder meer cliënten, familieleden en hulpverleners, te ondersteunen in hun streven naar verbetering van de praktijk van drang en dwang in de GGZ. GGZ-Nederland is bezig met de ontwikkeling van een high care-benadering voor alle vormen van dwangzorg en de totstandkoming van veldnormen voor verantwoorde dwangzorg. Deze 'high care' wordt ontwikkeld onder regie van GGZ-Nederland in samenwerking met het LPGGZ, de IGZ en het Ministerie van VWS. Het gaat hierbij om normen 'high care' in de GGZ, een begrip dat nog geen heldere kaders kent en op verschillende manieren wordt geïnterpreteerd. Om een kader te scheppen is daarom ingezet op de ontwikkeling van veldnormen voor deze 'high care' in de GGZ. De eerste resultaten (globale normen) zal GGZ Nederland in maart 2010 beschikbaar stellen. Deze normen zijn van belang voor een toekomstige multidisciplinaire richtlijn drang en dwang.

¹ Brief aan de Tweede Kamer over de beleidsvoornemens dwang en drang. TK vergaderjaar 2008-2009, 30492, nr.34

² Verslag schriftelijk overleg beleidsvoornemens terugdringen dwang en drang, Kamerstuk, 26 november 2009

³ 'Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg', Onderzoek naar insluiting in de separeer op de eerste dag van opname in psychiatrische opnameafdelingen van GGZ-instellingen, IGZ, Den Haag 2008

Eind 2008 is door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een monodisciplinaire richtlijn "Besluitvorming dwang: opname en behandeling"⁴ opgesteld. Deze richtlijn is alleen gericht op psychiaters. Het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen in de (curatieve) GGZ is de primaire verantwoordelijkheid van de verschillende beroepsgroepen.

De Minister wil dit ook bij de Regieraad Kwaliteit van Zorg, die zich onder andere bezig gaat houden met het inventariseren van richtlijnonderwerpen, nadrukkelijk onder de aandacht brengen:

*'Ik zal bij de beroepsgroepen aandringen op de ontwikkeling van deze multidisciplinaire richtlijn dwang en drang. Ook bij de Regieraad Kwaliteit van Zorg, die zich bezig gaat houden met onder andere het signaleren aan welke richtlijn(ontwikkeling) er nog behoefte is, zal ik dit nadrukkelijk onder de aandacht brengen'*⁵.

De werkwijze bij deze voorstudie is als volgt verlopen:

- A. *Inventarisatie en analyse van relevante documenten.* De inventarisatie omvatte een digitale search naar artikelen, onderzoeksrapporten, beleidsdocumenten en projectrapportages. Er is gezocht op trefwoorden zoals, toepassing drang en dwang in GGZ/verslavingszorg, gedwongen opname, separeren, isoleren, richtlijnen. In buitenlandse literatuur is gezocht naar richtlijnen van de NICE en de APA⁶ op het gebied van severe mental illness, violence en seclusion (Bijlage III). Daarnaast zijn beleidsdocumenten en kamerstukken geraadpleegd en literatuur die via experts aanbevolen is.
- B. *Interviews met experts uit betrokken beroepsgroepen.* De experts vertegenwoordigen verenigingen voor cliënten en familieleden, (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters, geneesheerdirecteuren, maar ze zijn vooral geselecteerd vanwege hun deskundigheid op het terrein van drang en dwang (Bijlage II). De meeste geïnterviewden hebben ook door hun beroepspraktijk ervaring met toepassing van drang en dwang in de GGZ. De experts hebben samen goed zicht op het draagvlak voor een multidisciplinaire richtlijn dwang en drang. De interviews zijn gehouden aan de hand van een checklist (Bijlage I). De centrale vraag was of een multidisciplinaire richtlijn drang en dwang haalbaar en wenselijk is.
- C. *Analyse en concept rapportage.* De analyse is gebaseerd op de verzamelde literatuur, documenten, websites en zestien interviews met experts. De resultaten zijn beschreven in dit rapport.

⁴ Tilburg, W. van, J.R. van Veldhuizen, E. W. Beijaert, M.V. van de Ven-Dijkman, C.L. Mulder, P.F.J. Schulte, E.P.K. Sikkens en A.J. Tholen (2008). (NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang) Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling, Utrecht.

⁵ Brief aan de Tweede Kamer over de beleidsvoornemens dwang en drang. TK vergaderjaar 2008- 2009, 30492, nr. 34

⁶ Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) te London en American Psychiatric Association (APA) te Arlington Virginia

D. *Feedbackronde*. In een laatste fase hebben de geïnterviewde experts en ook het Ministerie van VWS een concepttekst toegestuurd gekregen met het verzoek een reactie te geven op het rapport van de voorstudie.

De voorstudie bestaat uit:

- een korte samenvatting over (aantallen) dwangopnames en separaties gebaseerd op de literatuur (hoofdstuk 2),
- een knelpuntenanalyse, gebaseerd op de literatuur en de interviews met experts (hoofdstuk 3),
- een overzicht van de kennis over de toepassing van dwang gebaseerd op best practice, bestaande richtlijnen en literatuur (hoofdstuk 4),
- de meningen van experts over de wenselijkheid en haalbaarheid van een multidisciplinaire richtlijn (hoofdstuk 5),
- conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 6).

2 Dwangopnames en separaties (literatuur)

Al enige jaren worden drang en dwang in één adem genoemd, maar vooral dwang is in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg een controversieel onderwerp. Dat geldt in veel mindere mate voor drang. Er is sprake van drang als iemand in zijn keuze wordt beïnvloed met het doel hem een bepaalde, door de hulpverlener wenselijk geachte, keuze te laten maken. De cliënt wordt dus een keuze aangeboden. Bij drang zijn er zowel positieve als de negatieve kanten; er is ook een aantal termen voor in gebruik, zoals 'bemoeizorg' en 'hulpverlening onder voorwaarden'⁷. Bovendien heeft drang geen wettelijke kaders.

'Onder drang wordt een vorm van gedragsbeïnvloeding verstaan die tot doel heeft de patiënt of cliënt te bewegen tot het ondergaan van een behandeling, het meewerken aan een behandeling, of het nalaten van ongezond, ongewenst of gevaarlijk gedrag. Degene op wie drang wordt uitgeoefend, wordt daarbij onder meer of minder sterke druk gezet. Van drang is sprake wanneer iemand zodanig wordt beïnvloed dat hij of zij minder keuzevrijheid heeft. Van dwang is sprake wanneer iemand tegen zijn wil wordt genoodzaakt iets te doen of te laten. Van vrijheid is dan geen sprake meer. Wanneer dit buiten wettelijke kaders gebeurt, is sprake van informele dwang'⁸.

Bij dwang in de GGZ gaat het om twee elementen die met elkaar samenhangen: de ambulante besluitvorming en toepassing van dwang in het kader van de Wet Bopz en het separeren van patiënten bij/na een opname of tijdens een verblijf in een klinische setting in de GGZ. Bij deze laatste vorm is er ook een onderscheid tussen onvrijwillige separaties in het kader van de Wet Bopz en separaties met instemming van de cliënt.

Professionals, maar ook cliënten- en familieorganisaties wijzen in diverse publicaties^{9 10 11 12 13} op te grote aantallen dwangopnames, de slechte omstandigheden van opname-afdelingen en op de onwenselijke praktijken van het separeren in de klinieken.

⁷ Berghmans, R. (1997) Beter (z)onder dwang? Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer.

⁸ Schermer M.H.N. (2003) Drang en informele dwang in de zorg. Hoofdstuk 3 uit het rapport 'signalering Ethiek en Gezondheid 2003.

⁹ Lendemeijer, B. (1999). Waarom separeren? De mening van verpleegkundigen. *PsychoPraxis*, 1,1, 19- 22

¹⁰ Werf, B. van der (2001a). Een lastig halfuurtje: gedwongen separatie in Europees perspectief. *PsychoPraxis*, 3,4, 146-147

¹¹ Abma, T. en Widdershoven, G. (2005). Dwang en Drang in de psychiatrie. Maandblad voor de Geestelijke gezondheidszorg, 6, 608-622

¹² Mulder, C.L. (2005a). Epidemie van dwangopnames anno 2005, *Journaal GGZ en Recht*, 8, 155-158

¹³ Wassink, M. Wilde, G. (2009) de Dwang en drang in de psychiatrie. Eindrapportage. LPGGZ, Utrecht

2.1 Aantallen dwangopnames

In de eerste plaats is er sprake van een toename van het aantal InBewaringStellingen (IBS) tussen 1978 en 2006 en Rechterlijke Machtigingen (RM) tussen 2000 en 2006¹⁴. Het aantal personen dat gedwongen werd opgenomen steeg van 9.761 tot 12.340 tussen 2002 en 2006¹⁵. De Wet Bopz trad in werking op 17 januari 1994. Meldingen over (onvrijwillige) dwangbehandelingen worden bij de IGZ geregistreerd in Bopzis, het Bopz-informatiesysteem van de inspectie. In dit systeem worden meldingen gekoppeld aan individuen en ook aan instellingen. Op deze wijze kan de inspectie haar toezicht op persoonsniveau inrichten, maar ook op instellingsniveau. In 2009 vond een analyse van de Bopzis-gegevens plaats, om inzicht te krijgen in de praktijk en de consensusvorming van de verruimde dwangbehandeling¹⁶. In het eindrapport van deze Quickscan is te lezen dat het aantal RM-en de laatste jaren schommelt, maar uiteindelijk is toegenomen. Het aantal IBS-en daalt gestaag. Het aantal onvrijwillige separaties¹⁷ is ook gedaald, maar er mag nog niet gesproken worden van een trend.

jaar	IBS	RM	Totaal IBS + RM	Onvrijwillige separaties
2005 - 2006	876	1028	1904	1404
2006 - 2007	806	997	1803	1194
2007 - 2008	720	1054	1774	1205
2008 - 2009	719	1146	1865	1156

Bron: Quickscan: de praktijk van dwangbehandeling in de Wet Bopz.

De Bopzis-gegevens laten ook zien dat het aantal IBS-en en RM-en per regio verschilt. Er is geen verklaring voor vanuit epidemiologische gegevens over psychische ziekten. Blijkbaar is er geen uniformiteit over en transparantie van de uitgangspunten, de inhoud en de kwaliteit van het besluitvormingsproces bij de toepassing van dwang in de psychiatrie. Dit is de conclusie in de inleiding van de monodisciplinaire richtlijn¹⁸. Er wordt dan ook als doel geformuleerd: het systematiseren en standaardiseren van het besluitvormingsproces bij dwangtoepassing en het benoemen van de overwegingen die daarbij een rol moeten spelen. Wetenschappelijke evidentie en best practice vormen hiervoor de basis.

¹⁴ Mulder, C.L. (2005a). Epidemie van dwangopnames anno 2005, *Journaal GGZ en Recht*, 8, 155-158

¹⁵ Tabellenboek Wet Bopz over de periode 2002-2006. IGZ, Den Haag, 2007

¹⁶ Scholten, C. e.a. (2009) De praktijk van dwangbehandeling in de Wet BOPZ. Quickscan, ZCN, Bilthoven

¹⁷ Onvrijwillige separatie is het zonder diens instemming insluiten van een patiënt voor verzorging, verpleging en behandeling in een speciaal daarvoor bestemde en door de minister als separeerverblijf goedgekeurde ruimte (Wet Bopz)

¹⁸ Tilburg, W. van, J.R. van Veldhuizen, E. W. Beijaert, M.V. van de Ven-Dijkman, C.L. Mulder, P.F.J. Schulte, E.P.K. Sikkens en A.J. Tholen (2008). (NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang) Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling, Utrecht

Een vergelijking van de Nederlandse cijfers over dwangtoepassingen met buitenlandse gegevens levert vanwege verschillen in methodologie en registratiemethoden geen bruikbare resultaten op¹⁹.

Volgens Mulder²⁰ (2006, 2009) is één van de oorzaken van de stijging van het aantal dwangopnamen in Nederland dat instanties, zoals de GGZ en Justitie, zich intensiever met probleemgevallen zijn gaan bezighouden. Er is een sterke toename van bemoeizorg, waarbij hulpverleners zorgmijdende patiënten met wie het slecht gaat actief opzoeken²¹. Volgens meerdere experts heeft de toegenomen maatschappelijke vraag naar bescherming van patiënten in combinatie met veiligheid en repressie geleid tot het gebruik van meer drang en dwang in de psychiatrie. Tegelijkertijd zijn de mogelijkheden om een dwangopname te voorkómen beperkt gebleven. Drang en dwang moeten, volgens deze experts, dan ook niet gezien worden als een vermijdbare schadelijke praktijk. Naar aanleiding van de nota 'Noodgedwongen'²² wordt gewezen op het aantal verkommerden en verloederden met ernstige psychiatrische stoornissen en crises, op wie onvoldoende de mogelijkheden van de Wet Bopz wordt toegepast.

Echter voor patiënten is een dwangopname een traumatische ervaring²³. Daar staat tegenover, dat uit literatuuronderzoek blijkt dat een meerderheid van de met dwang opgenomen patiënten positief oordeelt over de behandeling, in behandeling blijft. Er is geen evidence dat een gedwongen opname leidt tot een posttraumatische stressstoornis²⁴. Ook familieleden ervaren een gedwongen opname doorgaans als een ingrijpende gebeurtenis die het liefst voorkómen moet worden²⁵. Daarnaast is vanuit kostenoverwegingen het terugdringen van het aantal dwangopnames een belangrijke kwestie, want de opnames zijn een extra kostenpost²⁶ voor zowel de GGZ-stellingen, als de maatschappij. Er gaan immers personele en materiële kosten mee gemoeid. Echter daar staat tegenover dat de kosten van geweldsmisdrijven, maatschappelijke teloorgang, verloedering en suicides afnemen.

De besluitvorming over en de uitvoering van dwang spelen zich af in een medisch ethisch kader. Psychiaters en andere hulpverleners maken bij het uitoefenen van dwang steeds een afweging of dwang noodzakelijk is en welke gevolgen deze maatregel heeft voor de cliënt en zijn omgeving. De beroepsvereniging van psychiaters heeft in 2008 een monodisciplinaire richtlijn opgesteld die transparantie en verantwoordelijkheid moeten garanderen.

¹⁹ Werf, B van der, Lantink, P. (2009). Separeren in Europees perspectief, In: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 09-6 pp. 471-479

²⁰ Mulder C.L. Kroon, H. (2006 en 2009). ACT: effecten, werkzame ingrediënten en doelgroep. In: *Assertive Community Treatment*, Amsterdam, Boom: Cure&Care

²¹ Lindt, S. van de (2000). *Bemoei je ermee; leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders*. Assen

²² Gezondheidsraad. *Noodgedwongen*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; publicatie nr. 2004/10

²³ Meyer H., Taiminen, T. Vuori, T. Aijala, A. Helenius, H. (1999). Posttraumatic stress disorder related tot psychosis and acute involuntary hospitalisation in schizophrenic and delusional patients. *Journal of Nerv. Mental Disorders*; 187: 343-352

²⁴ Tilburg, W. van, J.R. van Veldhuizen, E. W. Beijaert, M.V. van de Ven-Dijkman, C.L. Mulder, P.F.J. Schulte, E.P.K. Sikkens en A.J. Tholen (2008). (NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang) *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*, Utrecht

²⁵ Pelt, M. van. (2009) De hele GGZ is toe aan een grondige analyse. In: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 09-6 pp. 496-499

²⁶ Nijman H.L.I., J.M.L.G. à Campo, D.P. Ravelli (1999). Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 41,2

2.2 Aantallen separaties

De Bopzis-gegevens van de IGZ geven inzicht in de dwangopnames en dwangtoepassingen in het kader van de Wet Bopz over 2005 - 2009. Van de dwangtoepassingen daalde het aantal onvrijwillige separaties de afgelopen jaren (zie tabel in paragraaf 2.1), maar steeg het toepassen van andere dwangtoepassingen, zoals medicatie, fixatie en afzondering.

Jaar	Afzondering	Fixatie	Medicatie	Totaal
2005 - 2006	252	102	952	1306
2006 - 2007	273	116	988	1377
2007 - 2008	278	120	894	1292
2008 - 2009	289	112	1038	1439

Bron: Quickscan: de praktijk van dwangbehandeling in de Wet Bopz

Een aantal jaar geleden (peiljaar 2002) werd 28 procent van de onvrijwillige separaties niet gemeld bij de IGZ²⁷. Daarnaast vonden bijna 3700 **vrijwillige** separaties plaats, die niet bij de IGZ hoefden te worden gemeld. Door gebrekkige meldingsprocedures en registratiesystemen konden deze aantallen niet jaarlijks opgeleverd worden. In 2008 werd bij een aantal instellingen dat meedeed aan de landelijke drang en dwang reductieproject (GGZ-Nederland), een nieuw registratiesysteem ingevoerd (ARGUS). ARGUS²⁸ is een systeem, waarin **alle** dwangtoepassingen naar type en duur worden geregistreerd, zowel de vrijwillige, als de onvrijwillige. Er wordt een onderscheid gemaakt in: separatie, fixatie, afzondering, gedwongen medicatie, gedwongen vocht en/of voeding toediening, verplicht verblijf in een ruimte bestemd voor individueel gebruik anders dan separatie of afzondering en andere vrijheidsbeperkende interventies. ARGUS vraagt per interventie de start- en eindtijd, verzet de cliënt zich wel/niet of is de interventie 'op eigen verzoek'.

Naar verwachting gaan de komende jaren alle GGZ-instellingen in het kader van de basisset prestatie-indicatoren conform deze gegevensset registreren.

Uitgaande van de Bopzis-gegevens, is er dus sprake van een daling (tussen 2005 en 2009) van het aantal separaties binnen de klinieken van GGZ-instellingen, maar is substitutie door andere dwangtoepassingen direct merkbaar. Dat betekent dat het terugdringen van separaties sterk samenhangt met de toepassing van andere dwangmaatregelen.

De experts noemen daarbij onderliggende knelpunten in de zorg: beschikbaarheid van personeel, deskundigheid en ervaring van personeel, gevoelens van veiligheid bij patiënten en personeel op een gesloten opname-afdeling, ruimtelijke aspecten van een opnamekliniek, beleid en protocollen die voorhanden zijn. Cliënten- en familieorganisaties ondersteunen deze mening door aan te geven dat bij het terugdringen van

²⁷ Janssen, W. A., Noorthoorn, E.O., Vries, W.J. de, Hutchemaekers, G.J.M., Nijman, H.L.I., Smit, A., Mulder, C.L., Widdershoven, G.A.M. (2009) Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. In: *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 09-6 pp. 457 – 469

²⁸ ARGUS, registratie vrijheidsbeperkende interventies in de GGZ versie 1.2, *Projectgroep Argus GGZ Nederland, april 2008*

dwangtoepassing geïnvesteerd moet worden in alternatieven hiervoor en adequate randvoorwaarden²⁹.

Indien de randvoorwaarden binnen de instelling onvoldoende zijn, zal de keus voor separeren sneller worden gemaakt.

De geïnterviewde experts zijn unaniem van oordeel dat separaties en vooral langdurige separaties³⁰ en afzonderingen in de GGZ, onwenselijk zijn, omdat er geen therapeutische effecten zijn en een separatie voor cliënten een schokkende gebeurtenis is. Bovendien mag een separatie geen oplossing zijn voor te beperkte organisatorische randvoorwaarden.

Echter er zijn wel juridische gronden voor dwangtoepassing in de GGZ, namelijk indien er sprake is van gevaar op grond van de Wet Bopz. Dan dient de dwangtoepassing de toetsing te doorstaan van effectiviteit, subsidiariteit en proportionaliteit³¹. Vooral de ten uitvoerlegging dient in een multidisciplinaire richtlijn met aanvullende normen beschreven te worden, volgens de experts.

²⁹ Wassink, M. Wilde, G. (2009) de Dwang en drang in de psychiatrie. Eindrapportage. LPGGZ, Utrecht

³⁰ 'Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg', Onderzoek naar insluiting in de separeer op de eerste dag van opname in psychiatrische opnameafdelingen van GGZ-instellingen, IGZ, Den Haag 2008

³¹ Wellie, S.P.K., (2009) Gewongen separatie of medicatie, inhoudelijk criteria voor de toelaatbaarheid volgens de Wet BOPZ. *MGV* 2009/6 64 p. 480 - 485

3 Knelpuntenanalyse (interviews en literatuur)

De analyse van knelpunten is gebaseerd op de onderzochte literatuur en documenten en op de interviews met experts. De knelpunten gaan vooral over factoren die een rol spelen bij de aantallen separaties en dwangopnames, die in hoofdstuk 2 genoemd zijn.

3.1 *Onvoldoende (deskundig) personeel en leidraad*

Een van die randvoorwaarden voor het terugdringen van separaties is voldoende en deskundig personeel. Maar juist op dit vlak zijn er in de Nederlandse psychiatrie tekorten, menen de experts. Uit de praktijk blijkt dat er vooral te weinig psychiaters zijn. NOVA besteedde op 30 augustus 2008 een uitzending aan dit probleem. Bijna overal zijn vacatures en is er sprake van onderbezetting. Bij 20 willekeurige instellingen werd gevraagd naar hun tekort aan psychiaters. Alleen al die 20 instellingen hebben 94 vacatures die moeilijk te vervullen zijn. Gemiddeld is het tekort per instelling 10 procent. Het gaat dan niet alleen om psychiaters in de kliniek, maar ook in de ambulante hulpverlening.

Uit rapportages van de instellingen die meedoen met drang en dwangprojecten onder regie van GGZ-Nederland (www.ggznederland.nl) blijkt ook dat deskundigheidsbevordering, training en extra personeel belangrijke interventies zijn om het aantal separaties terug te dringen. Tenslotte geeft ook het eindrapport van het Landelijk Platform GGZ, de familie- en patiëntenorganisatie aan dat er te weinig deskundig personeel om (extreem) agressieve patiënten op te vangen en om te gaan met situaties waarin verschillende problemen tegelijkertijd spelen³². Volgens de experts zijn verpleegkundigen niet opgeleid in het terugdringen van separaties. Zij worden in de kliniek snel meegenomen in een 'beheerscultuur', een manier van werken waarbij vooral gelet wordt op veiligheid voor medecliënten en het personeel en minder op de bejegening en aandacht voor diegenen die gesepareerd worden. Omdat de uitvoering van deze maatregel juist door verpleegkundigen gebeurt en de instellingsprotocollen onvoldoende handreiking bieden, zou een multidisciplinaire richtlijn hierin moeten voorzien.

3.2 *Praktijk ontwikkelt langzaam*

GGZ-Nederland besloot in 2004³³ dat jaarlijks het totaal aantal separaties, vrijwillige en onvrijwillige, met 10 % moet dalen. In de jaren 2006 – 2009 kregen achtereenvolgens 10, 25, 42 en 36 lidinstellingen subsidie om te proberen dwangtoepassingen te verminderen. De instellingen kozen zelf voor een aantal interventies om de separaties terug te dringen. In een terugblik op 42 projecten³⁴ laten alle resultaten zien in daling

³² Wassink, M. Wilde, G. (2009) Dwang en drang in de psychiatrie. Eindrapportage. LPGGZ, Utrecht

³³ GGZ-Nederland. (2004). De krachten gebundeld. Ambities van de GGZ (Visiedocument). Amersfoort: GGZ-Nederland

³⁴ Herrmann, G. 'Van beheersen naar voorkómen': 42 projecten van GGZ Nederland. Ervaringen van een projectleider. *MGV 09/6*. P. 521 – 529

van zowel het aantal separaties, als de duur ervan. Er wordt meer en kritischer naar dwangtoepassingen gekeken, men is zich meer bewust van de impact ervan op patiënten en besluitvorming lijkt zorgvuldiger plaats te vinden. Bijvoorbeeld, meerdere instellingen hebben bewerkstelligd dat het aantal agressie-incidenten afnam, door veel aandacht te besteden aan 'de eerste vijf minuten van een dwangopname'.

Doel van het drang- en dwangproject was ook om op basis van de resultaten van de 42 instellingen 'best practices' zichtbaar te maken. Daarmee beoogde men kennis en ideeën te delen. Het is echter niet gelukt om deze 'best practices' te selecteren, daarvoor bleken de projecten te verschillend, zowel in looptijd, opzet, soorten interventies, methodieken en doelgroepen. Volgens GGZ-Nederland is binnen de projecten een afname van het aantal separaties te zien van 17 tot 75 procent. Ook de duur van de separaties zou zijn afgenomen³⁵. Maar veel projecten draaien nog op volle toeren of zijn zelfs nog maar net begonnen. Het registratiesysteem van de IGZ, Bopzis, heeft beperkingen (geen vrijwillige interventies en globale indicatie van de duur) als het gaat om het meten van gedetailleerde veranderingen in separatiebeleid bij de instellingen. De instellingen die met het drang- en dwangproject meedoen, moeten de prestatie-indicator dwang (PI-dwang) aanleveren en in de ARGUS-dataset bijhouden hoe vaak er en hoelang vrijheidsbeperkende interventies zijn toegepast. Daardoor komen er steeds meer uitgesplitste cijfers beschikbaar over hoeveel en hoe vaak in Nederland gesepareerd, afgezonderd en gefixeerd wordt en/of, gedwongen medicatie en gedwongen vocht en/of voeding toegediend wordt.

De samenstellers van de monodisciplinaire richtlijn, geven het knelpunt rond separeren in de volgende woorden weer. 'De richtlijncommissie zet grote vraagtekens bij het separeren, ook als dat op eigen verzoek is. Men vindt dat deze methode stamt uit de episode van 'zaalverpleging' zonder voldoende eenpersoonskamers. Te pleiten valt voor een goede outillage van (gesloten) afdelingen met voldoende eenpersoonskamers en eventueel een afzonderingskamer (een prikkelarm ingerichte eenpersoonskamer). In een aantal instellingen zijn zogeheten *comfortrooms* gerealiseerd, plezierig ingerichte ruimtes waar de eventueel geagiteerde patiënt zich kan terugtrekken, in veel gevallen samen met een hulpverlener'. Op de *comfortrooms* wordt positief gereageerd door cliënten en hulpverleners. Echter, vanwege het relatieve korte bestaan, zijn de effecten op het separeren, nog beperkt onderzocht³⁶.

3.3 Te weinig preventieve en intensieve zorgvoorzieningen

Meerdere experts geven aan dat er een dilemma is tussen het terugdringen van dwangtoepassing en de druk van politie en justitie om mensen met psychiatrische aandoeningen en verslavingen hulp te bieden, ook als ze daar zelf niet om vragen. Hoewel de Wet Bopz helder is over de criteria die gehanteerd moeten worden bij

³⁵ Aantal separaties in psychiatrie neemt af. *Psy*, 08-12-2008

³⁶ Veen, R.C.A., Vruwink, F.J., Voskes, Y, Mulder, C.L. , Noorthoorn, E.O. Het comfortroom-project Mediant. Ervaringen en uitkomsten, *MGV 2009/6 64 p. 551 - 560*

dwangtoepassing, zijn het gebrek aan voldoende preventieve en intensieve zorgvoorzieningen factoren die meespelen in een besluit tot dwangopname. Onderzoek naar intensieve outreachende hulpverlening, zoals Assertive Community Treatment, heeft aangetoond dat het leidt tot minder opnames en minder opname-dagen³⁷. Echter deze vorm van hulpverlening, die juist bedoeld is voor mensen met een verhoogd risico op een opname, is niet overal, en in voldoende mate, in Nederland beschikbaar. De reden daarvoor dat het om een relatief dure ambulante zorg gaat, uitgevoerd door goed opgeleide hulpverleners. De meeste ACT-teams zijn te vinden in de grote en middelgrote steden.

Minder goed onderzocht, maar ook bedoeld om (dwang)opname te voorkómen zijn FACT (Functie Assertive Community Treatment) en SPITS (Substituerende Psychiatrische Intensieve Thuis Service). Deze interventie-teams bieden patiënten met ernstige psychiatrische problemen, intensieve zorg aan huis op meerdere levensterreinen, zodat zij thuis kunnen herstellen van een psychotische (terugval) periode.

Tenslotte beveelt de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie aan om acute dagbehandeling in te zetten als goed alternatief voor opname, in een groot aantal gevallen. Het vermindert het aantal ziekenhuisdagen zonder de familie extra te belasten, het herstel te vertragen of het sociaal functioneren te ontregelen.

³⁷ Mulder C.L. Kroon, H. (2006 en 2009). ACT: effecten, werkzame ingrediënten en doelgroep. In: Assertive Community Treatment, Amsterdam, Boom:Cure&Care

4 Best practice en wetenschappelijke onderbouwing

4.1 *Monodisciplinaire richtlijn*

De monodisciplinaire richtlijn 'Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling' (www.nvvp.net/nvvppublic/producten.ashx) geeft een praktische afbakening van het terrein voor een te ontwerpen multidisciplinaire richtlijn.

Deze richtlijn geeft aanwijzingen over het moment dat in de ambulante setting een dwangmaatregel overwogen wordt en besluitvorming aan de orde is. Steeds ligt het accent op het handelen van de psychiater in het kader van de Wet Bopz. De richtlijn geeft criteria aan voor het handelen van de psychiater in het proces van besluitvorming. Heeft die besluitvorming eenmaal plaats gevonden en is er een InBewaringStelling (IBS) of Rechterlijke Machtiging (RM) van kracht, dan geeft de richtlijn ook criteria voor de klinische setting, op de gesloten opnameafdeling. Deze worden genoemd onder de titel: dwangbehandeling in de klinische setting. Voor wat betreft de frequentie en duur van separeren kan de richtlijn zich niet baseren op bewezen effectieve normen. De richtlijn ondersteunt de vraagtekens die gesteld worden bij het alleen laten van ernstig zieke patiënten tijdens een dergelijke interventie en de lengte ervan. In de monodisciplinaire richtlijn wordt het therapeutische effect (positieve effecten op het ziektebeeld) van deze interventie in twijfel getrokken. In internationale literatuur zijn nauwelijks aanwijzingen te vinden voor de therapeutische effecten van 'prikkelarme omgeving' of 'externe impulscontrole'^{38 39}. De richtlijn geeft aan dat het vooral een nuttige interventie is om medepatiënten en hulpverleners te beschermen in een gevaarlijke situatie. Het is dus een ingreep in het kader van controle en beheersing van gevaarlijk en onregelend gedrag op de afdeling. Dat is ook de mening van de experts op juridisch gebied: separaties en andere dwangmaatregelen bieden bescherming bij gevaarlijke situaties. Andere dwangmaatregelen zijn fixatie, medicatie onder dwang, gedwongen vocht en voeding, verplicht verblijf in een ruimte bestemd voor individueel gebruik anders dan separatie of afzondering en andere vrijheidsbeperkende interventies.

Hoewel de monodisciplinaire richtlijn is opgesteld door de beroepsgroep van psychiaters, is ook een bijdrage geleverd aan deze richtlijn door gezondheidsethici en gezondheidsjuristen. In de richtlijn wordt aangegeven dat de beroepsgroep van psychiaters het voortouw wilden nemen om een zorgvuldige handelwijze in acht te nemen aangaande dwangtoepassing, maar dat een multidisciplinaire richtlijn de volgende stap zou moeten zijn. Op het terrein van dwangtoepassing in het kader van de Wet Bopz en de toepassing van separaties in de klinische setting zijn meerdere disciplines

³⁸ Muralidharan, S., & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. Cochrane database of systematic reviews, 3. Wiley Interscience

³⁹ Gaskin, C.J., Elsom, S.J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. British journal of psychiatry, 191, 298- 303

betrokken, die ook op multidisciplinaire wijze dienen samen te werken. Nu nog is het onduidelijk welke discipline welke taken en interventies moet uitvoeren. Een richtlijn kan, volgens de geïnterviewde experts, bijdragen aan helderheid tussen disciplines en een kans bieden aan de integratie van het patiëntenperspectief op dit terrein. Daarnaast ontbreekt het bij de monodisciplinaire richtlijn aan beschrijvingen van uitvoeringsaspecten bij het toepassen van middelen en maatregelen in de zin van de Wet Bopz, aan preventieve interventies en aan de ketenaspecten tussen ambulante en klinische zorg. Sommige experts wijzen erop dat de richtlijn reeds verouderd is, gezien de wetwijzigingen van 2008 (en ook gezien het wetsvoorstel over de Wet Verplichte GGZ). De monodisciplinaire richtlijn is een eerste stap, maar diverse inhoudelijke onderwerpen moeten nog beschreven worden zoals, het vaststellen van vrijwilligheid bij de cliënt, criteria van dreigend gevaar. Ook dienen, volgens meerdere experts, instellingen zelfregulerende werkwijzen in te voeren zoals, audits, registratiesystemen, evaluaties van dwangtoepassing. Maar alle experts zijn het er over eens dat de taken en interventies van alle beroepsgroepen in een richtlijn beschreven moeten worden.

4.2 Andere richtlijnen en literatuur

Internationale richtlijnen op het gebied van de GGZ zijn ondersteunend bij de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn over dwangtoepassing in de psychiatrie. In Engeland is een multidisciplinaire richtlijn uitgebracht over geweld in de klinische setting⁴⁰. Deze gaat uitgebreider in op de handelwijze van diverse professionals bij situaties met agressief gedrag van patiënten. Er komen onderwerpen aan de orde zoals, omgevingsfactoren en alarmsystemen, waarschuwingssignalen risicofactoren, werken met verschillende doelgroepen, psychosociale technieken en training, observatie, medische interventies, separatie, snelle sedatie, evaluatie.

Ook de richtlijn 'Self-Harm' van de American Psychiatric Association (APA) in 2003⁴¹ over suïcidaal gedrag bij psychiatrische patiënten geeft aanwijzingen over separeren bij patiënten die tijdens een opname suïcidaal gedrag vertonen.

In Nederland is een multidisciplinaire Richtlijn Suïcidepreventie in ontwikkeling. De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (www.ggzrichtlijnen.nl) uit 2005 gaat alleen in op de wens van patiënten om separatie zoveel mogelijk te voorkómen. Als separatie toch noodzakelijk is, wensen patiënten, dat er voldoende contacten naar buiten mogelijk zijn en dat er rekening wordt gehouden met de persoonlijke voorkeuren. Deze richtlijnen dienen zeker betrokken te worden bij de ontwikkeling van een Nederlandse multidisciplinaire richtlijn, echter ze bestrijken slechts ten dele het terrein van de dwangtoepassing, waarover deze voorstudie handelt, namelijk de ambulante besluitvorming en toepassing van dwang in het kader van de Wet Bopz en het separeren van patiënten bij/na een opname of tijdens een verblijf in een klinische setting in de GGZ. Daarbij gaat het over alle GGZ-patiënten.

⁴⁰ Violence; The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) , London, February 2005

⁴¹ Douglas G. Jacobs, M.D., Chair e.a. A.P.A. (2003). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, Arlington

4.3 Eerdere projecten

Er zijn al enkele pogingen gedaan om tot een multidisciplinaire richtlijn drang en dwang te komen⁴². Toentertijd is er geen financiering gevonden voor dit project, omdat de haalbaarheid klein was. Het project zou vanuit één instelling starten en de implementatie van de richtlijn naar andere instellingen zou later plaatsvinden. Aanleiding voor dit project was de vraag om afstemming in de praktijk tussen projecten en richtlijnen die er toen waren. Tot een soortgelijke conclusie kwamen diverse auteurs. Doordat er te weinig gebruik gemaakt werd van kennis over mogelijkheden om minder te separeren leidde dat onvoldoende tot een vermindering van de toepassing van separatie en afzondering. Al vanaf 1996 zijn er talrijke artikelen rond vrijheidsbeperkende maatregelen gepubliceerd^{43 44 45 46 47 48 49 50 51}. Van de bevindingen en aanbevelingen over het toepassen van alternatieve maatregelen maakten hulpverleners in de dagelijkse praktijk nog minimaal gebruik. De Universiteit van Maastricht heeft in samenwerking met een aantal GGZ-instellingen acht kwaliteitscriteria ontwikkeld rond vrijheidsbeperkende maatregelen⁵². Deze acht kwaliteitscriteria komen terug in een rapport in opdracht van het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) in 2009. In deze verkennende studie over drang en dwang⁵³ concluderen cliënten en familieleden dat preventie, vroegsignalering en innovatie in de (psychiatrische) zorg noodzakelijk zijn, waaronder het ontwikkelen en implementeren van alternatieven. Het LPGGZ zoekt naar mogelijkheden voor samenwerking met de zorginstellingen en met relevante beroepsgroepen, zoals psychiaters en verpleegkundigen om het separeren terug te dringen. Het resultaat van het rapport biedt een negental aanbevelingen daarvoor.

Een ander projectvoorstel stelde voor om met een aantal GGZ-instellingen⁵⁴ in een versneld tempo te komen met onderbouwde en door het veld gedragen interventies (best practice) en die te bundelen. De volgende stap was bedoeld om een multidisciplinaire richtlijn te ontwerpen. Het voorstel focust op een 'doorbraak' project, waarin instellingen

⁴² Herrmann, G. e.a. (2005). Samenwerken in acute situaties: GGZ en politie (ontwikkeling van een richtlijn)

⁴³ Broers, E. (1999). Uitgangspunten voor verpleegkundige zorg bij agressie. Tijdschrift voor verpleegkundigen, 7, 225-228

⁴⁴ Lendemeijer, B. e.a.(1997). Het gebruik van separatie in de psychiatrie: motieven en redenen van verpleegkundigen. Verpleegkunde, 12. nr.4, 217-227

⁴⁵ Abma, T. en Widdershoven, G. (2005). Dwang en Drang in de psychiatrie. Maandblad voor de Geestelijke gezondheidszorg, 6, 608-622

⁴⁶ Mohr, C. e.a. (2005). Attitudes towards Psychiatry- a psychometric study on attitude and attitude change of German nursing students working on psychiatric wards. PR Internet Pflege, 7

⁴⁷ Sailas, E. en Fenton, M. (2005). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4

⁴⁸ Needham, I. e.a. (2005). The Effect of Training Course on Nursing Students Attitudes Toward, Perceptions of, and Confidence in Managing Patient Aggression. Journal of Nursing Education, 9, 44, 415-450

⁴⁹ Hinsby, K. e.a. (2004). Patient and nurse accounts of violent incidents in a Medium Secure Unit. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 1, 341-347

⁵⁰ Nijman H.L.I., J.M.L.G. à Campo, D.P. Ravelli (1999). Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen. Tijdschrift voor psychiatrie 41,2

⁵¹ Werf, van der L.J. (2004). Signaleringsplannen naar minder dwang en drang in de klinische psychiatrie. internet site: www.signalsymposia.com

⁵² Berghmans, R. e.a. (2001). Kwaliteit van Dwang en Drang in de Psychiatrie. Instituut voor Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, Universiteit van Maastricht

⁵³ Wassink, M. Wilde, G. (2009)de Dwang en drang in de psychiatrie. Eindrapportage. LPGGZ, Utrecht

⁵⁴ Veldhuizen, J.R. (2008) Project schets "Koplopers tegen separeren", Groningen

elkaar helpen, van elkaar leren en met elkaar in gezonde competitie zijn om gezamenlijk best practices te ontwikkelen. In een tweede fase wilden ze deze best practice uitproberen en die breder inzetten. Het project is tot nu toe niet uitgevoerd, omdat de beoogde financiering van het Ministerie van VWS naar een andere projectvorm is gegaan: de drang en dwangprojecten bij GGZ Nederland. Deze eerder genoemde projecten zijn gericht op alle GGZ-instellingen; de instellingen ontwikkelen 'bottom-up' interventies om separaties te verminderen en de resultaten worden zichtbaar met behulp van het ARGUS-registratiesysteem.

4.4 Beperkte evidence, voldoende best practice

De samenstellers van de monodisciplinaire 'Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling'⁵⁵ hebben zoveel als mogelijk de evidence voor en best practice van elke stap van dwangtoepassing in het kader van Wet Bopz in de richtlijn opgenomen. Ook voor de toepassing van dwangbehandeling in de klinische setting geeft deze richtlijn helder aan welke evidence voorhanden is en welk niveau deze evidence heeft. De conclusie hierover is, mede volgens de experts, dat het niveau van evidence laag is. Dat wil zeggen dat er op het gebied van dwang nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan is en er dus geen harde uitspraken kunnen worden gedaan over het effect van gedrag en interventies van hulpverleners. Toch is in deze richtlijn een poging gedaan om niet alleen wetenschappelijke kennis te bundelen (codificatie), er is ook best practice bijeengebracht vanuit de visie dat het terugdringen van dwangtoepassing en dwangbehandeling in de klinische setting (modificatie), zeer belangrijk is. In deze richtlijn wordt aangegeven dat er voor het separeren of afzonderen van patiënten geen aanwijzing gevonden is dat er een therapeutisch effect zou zijn. Separeren moet gezien worden als een noodmaatregel. Echter deze maatregel dient wel beschouwd te worden als een noodzakelijk ingrijpen in het geval van dreigend gevaar. Deze visie wordt door meerdere experts onderschreven. Een dwangmaatregel wordt op juridische gronden gerechtvaardigd en is ook effectief bij gevaar.

Naast de 'best practice' die beschreven staat in de monodisciplinaire richtlijn geven de projecten in het kader van drang en dwang, onder regie van GGZ-Nederland, hoopgevende resultaten. Op het congres van 11 december 2008 werden tussenresultaten gepresenteerd. Bij drie van de zeven klinieken, die over betrouwbare ARGUS-cijfers beschikken, is zowel het aantal separaties als de duur van de separaties afgenomen, bij één kliniek is alleen het aantal separaties teruggelopen en bij drie klinieken is de duur van de separatie sterk afgenomen, maar niet het aantal separaties. Bij de zeven klinieken tezamen nam het aantal separaties met veertig procent af en de duur van de separaties met dertig procent, maar dwangmedicatie nam met enkele procenten toe. Hoewel deze resultaten op lokaal of regionaal niveau zijn, zijn het kansrijke innovaties voor het terugdringen van separeren. Bovendien laten deze innovaties en initiatieven

⁵⁵ Tilburg, W. van, J.R. van Veldhuizen, E. W. Beijaert, M.V. van de Ven-Dijkman, C.L. Mulder, P.F.J. Schulte, E.P.K. Sikkens en A.J. Tholen (2008). (NVvP-comwangmissie Richtlijn besluitvorming dwang) Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling, Utrecht

zien dat er een nieuwe cultuur in ontwikkeling is binnen psychiatrische instellingen, een cultuur waarin respectvolle bejegening van patiënten voorop staat en een optimale kwaliteit van zorg. De experts zijn van mening dat de resultaten van deze projecten positief zijn. Het is echter van belang om draagvlak te creëren bij de GGZ-instellingen voor de best practice die ontwikkeld is op het gebied van (terugdringing van) dwang in Nederland. Robuuste normen en aanbevelingen zijn nodig om alle beroepsgroepen in de psychiatrie mee te nemen in een kwaliteitsverbetering. De ontwikkeling van de veldnormen, ook onder regie van GGZ-Nederland is nog in een vroeg stadium. De resultaten worden op 11 maart 2010 op een congres aan Minister Klink aangeboden. Te zijner tijd kunnen zij aanknopingspunten bieden voor kwaliteitscriteria, evenals de normen die de LPGGZ opstelde voor de toepassing van dwang.

Eerder genoemde preventieve en intensieve zorgvoorzieningen, zoals (F)ACT, SPITS en acute dagbehandeling zijn inmiddels ook best practice in Nederland. In een hoog tempo worden deze intensieve zorgvormen geïmplementeerd in Nederland. De multidisciplinaire richtlijn schizofrenie stimuleert deze implementatie door aanbevelingen om (F)ACT aan te bieden aan mensen met psychotische stoornissen en schizofrenie (www.ggzrichtlijnen.nl). Ook kwaliteitsinstrumenten, zoals de Bemoeizorg Ankerpunten en Scores (B.A.S.), dragen bij aan de implementatie van intensieve zorg⁵⁶.

Over deze ambulante intensieve zorgvormen en de wijze waarop hulp wordt geboden kan voorzichtig geconcludeerd worden dat ze een bijdrage leveren aan het voorkómen van een (dwang)opname in een psychiatrisch ziekenhuis⁵⁷.

⁵⁶ 'B.A.S. (Bemoeizorg Ankerpunten en Scores), handreiking kwaliteitscriteria voor bemoeizorg', GGZ Nederland, Utrecht 2008

⁵⁷ Mulder C.L. Kroon, H. (2006 en 2009). ACT: effecten, werkzame ingrediënten en doelgroep. In: Assertive Community Treatment, Amsterdam, Boom: Cure&Care

5 Wenselijkheid en haalbaarheid Multi-disciplinaire richtlijn

5.1 Wenselijkheid

Alle experts spreken zich positief uit over de wenselijkheid van een multidisciplinaire richtlijn dwangtoepassing in de GGZ. Een multidisciplinaire richtlijn draagt bij aan de kwaliteit van de zorg, in het bijzonder aan het professionele handelen inzake dwangopname in het kader van de Wet Bopz en de toepassing van dwang in de klinische setting. De bestaande monodisciplinaire richtlijn van de beroepsvereniging van psychiaters is een goede basis, maar het ontbreekt aan aanbevelingen voor het handelen van andere beroepsgroepen. Alle experts zijn het er over eens, dat het vooral voor verpleegkundigen in de psychiatrie van groot belang is dat er een multidisciplinaire richtlijn komt. Want vooral zij voeren de dwangmaatregelen uit in de dagelijkse praktijk. Daarnaast zijn ook klinisch psychologen, soms maatschappelijk werkenden en andere beroepsgroepen betrokken. Een multidisciplinaire richtlijn draagt bij aan de beoogde en wenselijke samenwerking op het terrein van dwang. Experts merken op dat op dit gebied nog veel onduidelijkheid heerst, ondanks het feit dat de meeste instellingen protocollen hebben over het toepassen van dwangmaatregelen. Bovendien zijn de huidige protocollen en richtlijnen afspiegelingen van de bestaande situatie, ze beschrijven de vooral de best practice vanuit de rol van de psychiater. Uit alle geraadpleegde documenten en uit alle interviews is duidelijk dat een multidisciplinaire richtlijn een handreiking moet zijn voor de toekomst en de gewenste best practice moet beschrijven, waarbij dwang slechts in het uiterste geval toegepast moet worden.

5.2 Haalbaarheid en kosten

Ook over de haalbaarheid van een multidisciplinaire richtlijn zijn de experts allemaal positief en ook de literatuur geeft voldoende kennis. Het realiseren van een dergelijke richtlijn zal een grote inzet vergen van alle betrokken partijen. De beroepsgroep van psychiaters heeft reeds een stap gezet met de monodisciplinaire richtlijn. Deze geeft een goede afbakening van het terrein en een overzicht van onderzoek op dit gebied. Daarnaast zijn de afgelopen jaren vele innovaties en verbeteringen in de zorg toegepast, die een rijke bron van best practice zijn. Bij alle geïnterviewden is het draagvlak voor een multidisciplinaire richtlijn groot.

Er is dus voldoende kennis en draagvlak voor een multidisciplinaire richtlijn. Maar de evidence voor interventies en voor de wijze waarop hulpverleners zich moeten gedragen bij de toepassing van dwang is beperkt. Desondanks denken de experts dat de tijd rijp is voor een multidisciplinaire richtlijn. Want het onderwerp heeft een hoge prioriteit als het gaat om een gezamenlijke professionele wijze van handelen. Zij signaleren dat diverse beroepsgroepen zich samen buigen over de vraag hoe het professionele handelen bij drang en dwang in de GGZ moet verbeteren. Ook de veiligheidsaspecten voor patiënten

en voor hulpverleners zijn urgent. Experts menen dat alle betrokken beroepsgroepen zich zullen inzetten voor een multidisciplinaire richtlijn. Daarbij is niet het evidence based onderzoek de belangrijkste basis, maar de best practice die de laatste jaren is ontwikkeld. Een gezamenlijk gedragen visie op dwang in de psychiatrie zal daarbij het doel zijn. Experts pleiten ervoor dat de multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld wordt in een gedegen projectstructuur, dat er tijd is om de onderdelen met de verschillende beroepsgroepen te formuleren en vast te stellen en dat er mogelijkheden zijn voor nader onderzoek en/of toetsing van draagvlak. Over het algemeen zijn de kosten voor de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn 200.000 tot 300.000 euro, afhankelijk van de inhoud en de aanwezigheid van literatuur. Voor een onderwerp als drang en dwang is beperkte literatuur beschikbaar en verbeteringen en vernieuwingen op dit gebied zijn nog onvoldoende geëvalueerd. Er zal een indicatief bedrag van 300.000 euro nodig zijn voor de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn drang en dwang: voor de consensusvorming, onder meer met feedbackrondes in het veld, voor reviews van literatuur, evaluaties van innovatieve projecten en het schrijven van de richtlijn. Hiermee wordt dan een breed draagvlak voor deze richtlijn gegenereerd.

5.3 Afbakening van de richtlijn

Deze voorstudie gaat over de haalbaarheid en wenselijkheid van een multidisciplinaire richtlijn drang en dwang. Volgens de geïnterviewde experts moet het onderwerp *drang* niet in een multidisciplinaire richtlijn geregeld worden. De reden, die zij aangeven is, dat de toepassing van drang een breed terrein van de GGZ bestrijkt en dat de toepassing van drang nauwelijks problematisch is. Wel wordt door meerdere experts opgemerkt dat drang aandacht moet hebben in de nieuwe richtlijn, omdat de preventie van dwang moet gebeuren onder meer door interventies op het gebied van drang, bemoeizorg, motiveren en overtuigen. Deze (drang)interventies dienen dus wel beschreven worden in de richtlijn. De kritiek is gericht op het grote aantal dwangopnames in Nederland en de toepassing van separaties in de klinische setting. Een multidisciplinaire richtlijn moet dus betrekking hebben op besluitvorming tot dwang in het kader van de Wet Bopz en dwangtoepassing na het besluit tot gedwongen opname. Bovendien spelen pragmatische redenen een rol. Volgens de experts moet een richtlijn voor de praktijk concrete en bruikbare aanwijzingen opleveren over de toepassing van dwang in het kader van de Wet Bopz en dwangtoepassing in de klinische setting. Daarbij wordt het van belang geacht dat er aandacht besteed wordt aan de co-morbiditeit die vóórkomt bij psychiatrische patiënten. Deze maakt deel uit van de besluitvorming rond de toepassing van dwang.

5.4 Sectoren betrokken bij drang en dwang

Een multidisciplinaire richtlijn over dwangtoepassing in de GGZ moet betrekking hebben op de ambulante en klinische setting en de relatie hier tussen. Dat betekent, volgens de experts, dat zowel psychiaters, als verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers vanuit deze settings betrokken zouden moeten worden bij de ontwikkeling van een richtlijn. Ook direct betrokkenen zoals, familie en patiënten zouden een

belangrijke rol moeten hebben. Daarnaast zijn ook orthopedagogen, juridische medewerkers zoals advocaten en rechters genoemd. De meeste experts stellen voor om de richtlijn te ontwikkelen volgens het model van een binnenkring en een buitenkring. Bij deze laatste groep wordt onder meer gedacht aan politie, gemeenten, ambulancepersoneel.

De multidisciplinaire richtlijn dwangtoepassing in de GGZ zou in de eerste plaats moeten gaan over de GGZ. De meeste experts vinden dat de verslavingszorg hier ook bij hoort. Hoewel er stemmen zijn voor een brede richtlijn inclusief de sector verstandelijk gehandicapten zorg en forensische psychiatrie, vinden de meeste geïnterviewden dat het primair om patiënten gaat met een psychiatrische aandoening, waarbij co-morbiditeit wel meegenomen moet worden in de richtlijn.

5.5 Implementatie

De implementatie van de richtlijn is een belangrijke voorwaarde om het terugdringen van dwangtoepassing te bewerkstelligen. Eerdere ervaringen met richtlijnen leert dat een richtlijn niet altijd toegepast wordt in de praktijk. Om een richtlijn te implementeren en innovaties door te voeren zijn 'doorbraak' projecten nuttig gebleken. Zij zijn de afgelopen jaren uitgevoerd op het terrein van de richtlijnen: schizofrenie, depressie, angststoornissen en dubbele diagnose.

Daarnaast zijn er nog andere implementatiestrategieën, zoals de ontwikkeling van 'fidelity-instrumenten'^{58 59}, tezamen met audits, interinstitutionele toetsingen en certificeringstrajecten. Deze strategieën worden meer en meer toegepast in Nederland, in navolging van, veelal, Amerikaans en Engels voorbeeld.

Experts benadrukken het belang van dergelijke implementatiestrategieën bij de ontwikkeling en invoering van een multidisciplinaire richtlijn, om het terugdringen van dwangtoepassing succesvol te laten verlopen.

⁵⁸ 'B.A.S. (Bemoeizorg Ankerpunten en Scores), handreiking kwaliteitscriteria voor bemoeizorg', GGZ Nederland, Utrecht 2008

⁵⁹ CCAF: Nederlandse handleiding voor de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) Nederlandse vertaling: B.P. van Dijk, C.L. Mulder en B.J. Roosenschoon (Rotterdam 2004)

6 Conclusies en aanbevelingen

De voorstudie leidt tot de conclusie dat er voldoende argumenten zijn om een multidisciplinaire richtlijn te ontwikkelen. Deze conclusie is gebaseerd op de onderzochte literatuur en de documenten, en op de meningen van de experts. De argumenten zijn tegen het licht gehouden van criteria die gebruikt worden bij de besluitvorming om al dan niet een richtlijn te ontwikkelen⁶⁰. Deze criteria zijn: is een richtlijn dringend nodig voor het onderwerp; is het mogelijk om een richtlijn op te stellen; is een richtlijn de meest adequate vorm om adviezen en aanbevelingen te geven. Een richtlijn, is volgens de auteurs, 'een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten, berusten op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerd discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch handelen'.

6.1 Is een richtlijn dringend nodig voor het onderwerp dwangtoepassing in de GGZ?

Op basis van literatuur, documenten en de meningen van de geïnterviewden is de conclusie, dat het dringend nodig is dat er een multidisciplinaire richtlijn komt over dwangtoepassing in de GGZ. *Drang* is een belangrijk onderwerp vanuit preventieperspectief en in die zin moet drang aandacht krijgen in een multidisciplinaire richtlijn. De eerste stap van de beroepsgroep van psychiaters om een monodisciplinaire richtlijn te ontwikkelen getuigt van de noodzaak. Deze richtlijn is echter alleen op één beroepsgroep van toepassing. Bovendien beschrijft deze richtlijn vooral de status quo en niet de wenselijke situatie waar alle instellingen zich aan zouden dienen te committeren. De multidisciplinaire richtlijn zou een nieuwe richtlijn moeten zijn, samengesteld door de belangrijkste beroepsgroepen in de GGZ en familie- en cliëntenorganisaties.

De beroepsgroep van verpleegkundigen, die belast is met de uitvoering van dwangmaatregelen in de dagelijkse praktijk heeft dringend een leidraad nodig voor het handelen. Bovendien zijn juist zij al enige tijd bezig met de ontwikkeling van best practice om de kwaliteit van de dwangtoepassing te verbeteren en het terugdringen van dwang te bewerkstelligen. Maar ook psychologen, sociaalpedagogische hulpverleners en maatschappelijk werkenden hebben belang bij de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn. De dilemma's in de aanpak van patiënten zowel binnen de kliniek, als in de ambulante GGZ zijn van dien aard dat er een grote behoefte is aan aanbevelingen voor het multidisciplinaire handelen.

⁶⁰ Everdingen, J.J.E. van e.a. (2004). Evidence-based richtlijnontwikkeling, een leidraad voor de praktijk. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

6.2 Is het voor het onderwerp dwangtoepassing in de GGZ mogelijk om een richtlijn op te stellen?

Een ander criterium voor het ontwikkelen van een richtlijn gaat over de vraag of de mogelijkheid er is om voor het onderwerp een richtlijn op te stellen. Als er (nog) geen of onvoldoende evidence voorhanden is uit onderzoek, moeten uitspraken gedaan worden op grond van consensus of praktijkkennis (best practice). De multidisciplinaire richtlijn over dwangtoepassing in de GGZ zal zeker een combinatie zijn van aanbevelingen op basis van evidence based onderzoek en uitspraken bevatten op grond van consensus en praktijkkennis. Er is weliswaar weinig niveau-1 bewijskracht beschikbaar om de aanbevelingen te onderbouwen. Desalniettemin is er zeker bewijsmateriaal beschikbaar van een lager niveau, bijvoorbeeld praktijkkennis. De beslissing om een richtlijn te ontwikkelen over dwangtoepassing in de GGZ zal een balans zijn tussen de beschikbaarheid van bewijs en de noodzaak om aanbevelingen te krijgen voor het professionele handelen. De meeste richtlijnen bestaan uit meerdere aanbevelingen, die niet alle met een hoge bewijskracht te onderbouwen zijn. Een richtlijn heeft ook zeggingskracht door consensus of een beschrijving van de laatste stand van de (praktijk)kennis. Volgens de experts zouden er aanbevelingen moeten komen over terugdringing van dwangtoepassing, over de uitvoering van dwangtoepassing voor diverse beroepsgroepen, preventie van dwang, de gevolgen van dwang voor patiënten en familieleden en over de effectiviteit van interventies. Op deze punten is winst te verwachten met de totstandkoming van een multidisciplinaire richtlijn.

Ondanks het ontbreken van 'harde' wetenschappelijke kennis, lijkt het goed mogelijk om op basis van het beschikbare materiaal over dwangtoepassing te komen tot een multidisciplinaire richtlijn.

6.3 Is een richtlijn een adequate vorm om adviezen en aanbevelingen te geven?

Eerdere projecten en onderzoeksrapporten leidden tot regionale verbeteringen en het bewustzijn dat er op het terrein van de dwangtoepassing grote verbeteringen en innovaties nodig zijn. Maar alternatieven, zoals handreikingen⁶¹, hebben minder zeggingskracht en geven de praktijk minder precieze aanbevelingen voor professionele handelen.

Een multidisciplinaire richtlijn over dwangtoepassing dwingt alle beroepsgroepen in Nederland na te denken over professioneel handelen bij dwangtoepassing en over de best practice om dwangtoepassing terug te dringen. Een ontwikkelingsproces van een richtlijn duurt ongeveer anderhalf jaar tot de autorisatiefase⁶², zonder voorbereidingstijd en met behulp van digitale hulpmiddelen. Het ontwikkelen van een multidisciplinaire

⁶¹ GGZ Nederland (2004), *Handreiking bemoeizorg*. Utrecht: GGZ Nederland, september 2004. Amersfoort: GGZ Nederland.

⁶² Autorisatie is de fase van formele instemming door wetenschappelijke en –beroepsverenigingen, waarna de definitieve multidisciplinaire richtlijn vastgesteld wordt.

richtlijn is een heel proces, maar genereert tijdens de totstandkoming van het uiteindelijke product al resultaten door de betrokkenheid van alle beroepsgroepen en de werkzaamheden. Daarom lijkt een multidisciplinaire richtlijn de meest aangewezen vorm om het veld aanbevelingen en adviezen te geven over de toepassing van dwang en het terugdringen van dwangtoepassingen in de klinieken.

6.4 Aanbevelingen

Op basis van deze voorstudie kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan. Per doelgroep zijn de aanbevelingen uitgeschreven.

Het Ministerie van VWS zou de totstandkoming van een multidisciplinaire richtlijn over dwangopname en dwangtoepassing in de klinische setting kunnen stimuleren:

- Ondersteun de ontwikkeling van een richtlijn door financiële middelen;
- Stimuleer een multidisciplinaire richtlijn door een kader aan te geven en een tijdspad;
- Zorg voor aansluiting van een richtlijntraject met de nieuwe wetgeving.

De beroepsgroepen, in de eerste plaats die van de (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen en die van de psychiaters, maar ook die van de andere betrokken beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg zouden een gezamenlijke actie moeten ondernemen om een aanvraag in te dienen tot de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn. Daarbij zijn de volgende aanbevelingen van belang:

- Gebruik de monodisciplinaire richtlijn als bouwsteen voor een multidisciplinaire richtlijn. Neem mee wat de NVvP vermeldt als opgave voor de multidisciplinaire commissie (www.nvvp.net);
- Besteed aandacht aan de nadere invulling van criteria: 'een redelijke termijn' en 'proportioneel' (zie Quicksan: de praktijk van dwangbehandeling in de Wet Bopz (2009));
- Zorg voor inbreng van de commissies 'Verplichte GGZ';
- Besteed aandacht aan preventie van dwangopname: drang, signalering, risicotaxatie, bemoeizorg en intensieve ambulante zorgarrangementen;
- Expliciteer de taken en verantwoordelijkheden van elke beroepsgroep;
- Betrek cliënten en familieorganisaties;
- Richt je op aanbevelingen over alternatieven voor dwangtoepassing en over manieren om separaties terug te dringen;
- Zorg voor een gebruikersvriendelijke richtlijn, d.w.z. beknopt en met duidelijke aanbevelingen;
- Bedenk een implementatieplan met een strategie om het richtlijntraject te koppelen aan de praktijk (bijvoorbeeld middels een 'doorbraak'-benadering).

Aan cliënten en familieorganisaties wordt aanbevolen om zich actief op te stellen in de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn dwangopname en dwangtoepassing.

De GGZ/verslavingszorginstellingen zouden door moeten gaan met projecten ter vermindering van dwangmaatregelen in het kader van de Wet Bopz en zouden op dit gebied meer 'best practice' dienen te ontwikkelen, evalueren en rapporteren:

- Breng goede interventies samen, om een landelijke databank te creëren;
- Zorg voor consequent gebruik van de meldingsformulieren;
- Registreer zorgvuldig met behulp van de ARGUS-dataset;
- Bied professionals de gelegenheid om mee te werken aan een multidisciplinaire richtlijn.

Bijlage I Checklist interview over haalbaarheid en wenselijkheid van een multidisciplinaire richtlijn drang en dwang

1. Zou er een MDR Drang&Dwang moeten komen op dit moment?
 - Wat ontbreekt aan de huidige monodisciplinaire Richtlijn?
 - Indien geen richtlijn, dan een handreiking?
 - Waarom wel/niet een richtlijn?
2. Zijn er knelpunten in de praktijk? Worden die knelpunten door alle beroepsgroepen ervaren? Of gelden er bepaalde knelpunten voor bepaalde beroepsgroepen?
3. Welke onderwerpen zouden mogelijk via een MDR over dwang en drang geregeld moeten worden en welke onderwerpen niet?
 - Bemoeizorg
 - Ambulante behandeling
 - Separatie in klinische setting?
4. Over welke sectoren zou een MDR moeten gaan: GGZ/VZ/VG/Forensische psychiatrie?
5. Zijn er al criteria te onderscheiden in de literatuur? Zijn er al criteria te onderscheiden in de praktijk? Welke criteria worden door welke beroepsgroepen gehanteerd?
6. Zijn er voldoende normen, (praktijk) evidence? Welke normering wordt aangegeven door de praktijk en zijn er verschillen per beroepsgroep?
7. Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe wetgeving, zou deze betrokken moeten worden in de MDR?
8. Welke disciplines, eventueel van buiten de zorg, dienen bij de ontwikkeling van de richtlijn minimaal betrokken te worden?
9. Zou u een bijdrage willen leveren aan een richtlijn of handreiking (indien een richtlijn niet haalbaar blijkt);
10. Suggesties en aanbevelingen van de experts.

Bijlage II Geraadpleegde experts

Prof. dr. C.L. Mulder	Psychiater, Onderzoekscentrum O3, Erasmus MC Rotterdam
Hr. J.R. van Veldhuizen	Psychiater, Directeur Zorgontwikkeling GGZ-Noord-Holland-Noord
Drs. E. van Rest	Senior beleidsmedewerker GGZ Nederland, Amersfoort
Hr. A. Höppener	Psychiater adviseur GGZ, IGZ Den Haag
Drs. Ch. van der Hoeven	Beleidsmedewerker Landelijk Platform GGZ
Drs. E. van Gelder	Verpleegkundige Delta Psychiatrisch Ziekenhuis, V&VN
Prof. dr. R van den Bosch	Hoofd afdeling psychiatrie UMCG Faculteit Medische Wetenschappen/UMCG
Dr. A.J. Tholen	Psychiater, bestuurslid, hoofd patiëntenzorg, UCP Groningen UMCG
Drs. R. van de Sande	Verpleegkundige, Secretaris Horatio European Psychiatric Nurses
Hr. G. Lohuis	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, Lentis Groningen, V&VN
Drs. G. Herrmann	Verpleegkundige, Reinier van Arkelgroep/projectleider D&D projecten GGZ Nederland
Dr. T.A. Abma	Ethicus, Vrije Universiteit Medisch Centrum
Mr. T. Stikker	Juriste, GGZ Nederland, Amersfoort
Mr. drs. T.P.J.C. Widdershoven	Jurist, Stichting PVP Utrecht
Drs. E. Gerritsen	Voorzitter commissie 'Verplichte GGZ', Amsterdam Bestuursvoorzitter, Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam
Hr. A.J.M.P. Rutgers	Psychiater geneesheer-directeur GGZ Friesland, Vereniging van geneesheer-directeuren

Bijlage III Geraadpleegde literatuur

Abma, T. en Widdershoven, G. (2005). Dwang en Drang in de psychiatrie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 6, 608-622.

ARGUS, registratie vrijheidsbeperkende interventies in de GGZ versie 1.2, *Projectgroep Argus GGZ Nederland, april 2008*

B.A.S. (Bemoeizorg Ankerpunten en Scores), handreiking kwaliteitscriteria voor bemoeizorg, GGZ Nederland, Utrecht 2008

Brief aan de Tweede Kamer over de beleidsvoornemens dwang en drang. TK vergaderjaar 2008- 2009, 30492, nr. 34

Berghmans, R. (1997). Beter (z)onder dwang? Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer

Berghmans, R. e.a. (2001). Kwaliteit van Dwang en Drang in de Psychiatrie. Instituut voor Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, Universiteit van Maastricht.

Broers, E. (1999). Uitgangspunten voor verpleegkundige zorg bij agressie. Tijdschrift voor verpleegkundigen, 7, 225-228.

Bijma M & Hutschemaekers G (2007). Samenwerken voor minder dwang. Een onderzoek naar de bijdrage van familie- en systeemleden aan het verminderen van dwangtoepassing. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 62 (9), 734-743.

CCAF: Nederlandse handleiding voor de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) Nederlandse vertaling: B.P. van Dijk, C.L. Mulder en B.J. Roosenschoon (Rotterdam 2004)

Colton, D. (2004). Checklist for Assessing Your organization's readiness for Reducing Seclusion and Restraint. Internet page: www.cqc.state.ny.us/pubvoice.htm.

Douglas G. Jacobs, M.D., Chair e.a. A.P.A. (2003). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, Arlington.

Everdingen, J.J.E. van e.a. (2004). Evidence-based richtlijnontwikkeling, een leidraad voor de praktijk. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Gaskin, C.J., Elsom, S.J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. British journal of psychiatry, 191, 298-303.

Gezondheidsraad. Noodgedwongen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; publicatie nr 2004/10.

GGZ Nederland (2004), Handreiking bemoeizorg. Utrecht: GGZ Nederland, september 2004. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ Nederland. (2004). De krachten gebundeld. Ambities van de GGZ (Visiedocument). Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ Nederland, GGD Nederland, KNMG. (2005). Handreiking gegevensuitwisseling in het kader van de bemoeizorg. Amersfoort/Utrecht: GGZ Nederland/ GGD Nederland/KNMG.

Herrmann, G. e.a. (2005). Samenwerken in acute situaties: GGZ en politie (ontwikkeling van een richtlijn).

Herrmann, G. (2007). Zo min mogelijk, indien nodig zo goed mogelijk, Reinier van Arkelgroep, Den Bosch.

Herrmann, G. 'Van beheersen naar voorkómen': 42 projecten van GGZ Nederland. Ervaringen van een projectleider. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2009/6 64 p. 521 - 529

Hinsby, K. e.a. (2004). Patient and nurse accounts of violent incidents in a Medium Secure Unit. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 1, 341-347.

Jacobs D.G., e.a. (2003). Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. APA, Practice Guidelines.

Janssen, W. A., Noorthoorn, E.O., Vries, W.J. de, Hutchemaekers, G.J.M., Nijman, H.L.I., Smit, A., Mulder, C.L., Widdershoven, G.A.M. (2009) Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2009/6 64 p. 457 – 469.

Kamerstukken, Kwaliteit van zorg, Brief van de Minister en Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 765, nr. 1.

Kamerstukken, Verslag schriftelijk overleg beleidsvoornemens terugdringen dwang en drang, 26 november 2009.

Kasander, R. e.a. (2005). Dwang en Drang in Europees perspectief.

Land, H. van 't; Ruiter, C. de. (2006). Thuis onder voorwaarden. Wat deskundigen verwachten van de effecten van de wijziging voorwaardelijke machtiging Wet Bopz, Trimbos-instituut, Utrecht.

Lendemeijer, B. (1999). Waarom separeren? De mening van verpleegkundigen. *PsychoPraxis*, 1,1, 19- 22.

Lendemeijer, H.H.G.M. (2000). Seclusion in Psychiatry: Aspects of Decision Making. (proefschrift) Publicard: Utrecht.

Lendemeijer, B. e.a.(1997). Het gebruik van separatie in de psychiatrie: motieven en redenen van verpleegkundigen. *Verpleegkunde*, 12. nr.4, 217-227.

Lindt, S. van de (2000). Bemoei je ermee; leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders. Assen.

Mohr, C. e.a. (2005). Attitudes towards Psychiatry- a psychometric study on attitude and attitude change of German nursing students working on psychiatric wards. *PR Internet Pflege*, 7.

Meyer H., Taiminen, T. Vuori, T. Aijala, A. Helenius, H. (1999). Posttraumatic stress disorder related tot psychosis and acute involuntary hospitalisation in schizophrenic and delusional patients. *Journal of Nerv. Mental Disorders*; 187: 343-352

Mulder, C.L. (2005a). Epidemie van dwangopnames anno 2005, *Journal GGZ en Recht*, 8, 155-158.

Mulder C.L. Kroon, H. (2006 en 2009). ACT: effecten, werkzame ingrediënten en doelgroep. In: *Assertive Community Treatment*, Amsterdam, Boom: Cure&Care

Mulder, C.L., Broer, J., Uitenbroek, D., Marle P. van, Hemert, A.M. van, Wierdsma, A.I. (2006). Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz), *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 150, 319-322.

Muralidharan, S., & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane database of systematic reviews*, 3. Wiley Interscience.

Needham, I. e.a. (2005). The Effect of Training Course on Nursing Students Attitudes Toward, Perceptions of, and Confidence in Managing Patient Aggression. *Journal of Nursing Education*, 9, 44, 415-450.

Nijman H.L.I., J.M.L.G. à Campo, D.P. Ravelli (1999). Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 41,2.

Pelt, M. van. (2009) De hele GGZ is toe aan een grondige analyse. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 09-6 pp. 496-499.

Pieters, G. & A. Janssen (2000). Geweld tegen begeleiders in voorzieningen voor beschut wonen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 3, 183-189.

Sailas, E. en Fenton, M. (2005). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.

Schermer M.H.N. (2003). Drang en informele dwang in de zorg. *Signalering Ethiek en Gezondheid 2003*. Hoofdstuk 3. Rapportage in het kader van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer.

Scholten, C., Borgesius, E., Verschure, S. Marle, P. van, Kampen, D. (2009) De praktijk van dwangtoepassing in de Wet Bopz. Quickscan. ZCN, Bilthoven

Spijker, J., e.a. (2005). De rol van psychiaters bij separeren. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 1084-1094.

Tabellenboek Wet Bopz over de periode 2002-2006. IGZ, Den Haag, 2007.

Tilburg, W. van, J.R. van Veldhuizen, E. W. Beijaert, M.V. van de Ven-Dijkman, C.L. Mulder, P.F.J. Schulte, E.P.K. Sikkens en A.J. Tholen (2008). (NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang) Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling, Utrecht.

Veen, R.C.A., Vruwink, F.J., Voskes, Y, Mulder, C.L. , Noorthoorn, E.O. Het comfortroom-project Mediant. Ervaringen en uitkomsten, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2009/6 64 p. 551 - 560

Veldhuizen, J.R. (2008) Project schets "Koplopers tegen separeren", Groningen.

Violence; The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) , London, February 2005

'Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg', Onderzoek naar insluiting in de separeer op de eerste dag van opname in psychiatrische opnameafdelingen van GGZ-instellingen, IGZ, Den Haag 2008

Wassink, M., Wilde, G. de. (2009). Dwang en drang in de psychiatrie, Eindrapportage - Dwang en Drang - LPGGz Utrecht

Welie, S.P.K., (2009) Gewongen separatie of medicatie, inhoudelijk criteria voor de toelaatbaarheid volgens de Wet Bopz. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2009/6 64 p. 480 - 485

Werf, B. van der (2001a). Een lastig halfuurtje: gedwongen separatie in Europees perspectief. PsychoPraxis, 3,4, 146-147.

Werf, B. van der (2001b). Veiligheidsbeleid en gedwongen separatie in Europees perspectief. Praecox, 30, 11- 15.

Werf, van der L.J. (2004). Signaleringsplannen naar minder dwang en drang in de klinische psychiatrie. internet site: www.signalsymposia.com

Werf, van der L.J. (2004). Dwangtoepassingen in Europa; is Nederland voortrekker of achterlopen? internet site: www.signalsymposia.com

Werf, B van der, Lantink, P. (2009). Separeren in Europees perspectief, In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 09-6 pp. 471-479

Wijngaarden B. van e.a. (2001). Een keten van lege zondagen. Utrecht: GGZ Nederland.