

Afzonderen niet afzonderen: een ethische benadering van het afzonderen van psychiatrische patiënten

door A. Liégeois

Gepubliceerd in 1996, no. 10

Samenvatting

Dit artikel is het resultaat van de ethische reflectie van de werkgroep ‘Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg’ bij de Belgische Broeders van Liefde. Na een verheldering van de termen wordt het afzonderen (isoleren, separeren) benaderd vanuit respectievelijk het behandelings- en het belevingsperspectief van de hulpverleners én van de patiënten en hun familie. In het behandelingsperspectief heeft heel het interdisciplinaire team een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het afzonderen, ook al hebben de verschillende teamleden een eigen bijzondere verantwoordelijkheid. Het afzonderen is ethisch verantwoord indien er een proportionele of redelijke verhouding is tussen de onderliggende waarden bij het afzonderen: de bewegingsvrijheid, de privacy, de fysieke en psychische integriteit, en de keuzevrijheid.

Inleiding

In de laatste decennia hebben de groeiende mondigheid en de bewustwording van de rechten van de psychiatrische patiënt zowel de sector geestelijke gezondheidszorg als de samenleving gevoeliger gemaakt voor de waarde van de autonomie en voor een zorgvuldig omgaan met elke vorm van vrijheidsbeperking. Vooral sinds de omzendbrief van 24 oktober 1990 van de Vlaamse gemeenschapsminister van Volksgezondheid Hugo Weckx is de reflectie over afzonderen in de Vlaamse psychiatrische instellingen sterk toegenomen. ‘Ook internationaal verschijnt er heel wat literatuur over afzonderen in de psychiatrie (vgl. Thomas 1995: 155-189).

De werkgroep ‘Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg’ bij de Broeders van Liefde, een religieuze congregatie die onder andere actief is in de geestelijke gezondheidszorg in België, wil ook een bijdrage leveren aan de reflectie door het afzonderen te benaderen vanuit een specifiekethische invalshoek. Daartoe gingen vertegenwoordigers uit de verschillende disciplines van de tien Vlaamse psychiatrische centra van de Broeders van Liefde samen aan tafel zitten om op een kritische wijze ethisch na te denken en over hun concrete praktijkervaringen met het afzonderen van psychiatrische patiënten. Dit artikel is het resultaat van dit denkwerk.

Verheldering van enkele termen

Voor een goede ethische benadering van afzonderen is het noodzakelijk vooraf enkele termen te verhelderen. Er zijn immers verschillende termen voor afzondering gangbaar en er worden verschillende woorden door elkaar gebruikt om situaties aan te duiden die verwant zijn met afzondering. Om de termen zorgvuldig en eenduidig te gebruiken stellen we volgende terminologie voor.

De term vrijheidsberoving willen we voorbehouden voor juridische maatregelen, zoals in het kader van de Belgische wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke en de wet op de internering. De term vrijheidsbeperking duidt dan alle vormen van beperking van de keuzevrijheid en/of de bewegingsvrijheid van de psychiatrische patiënt aan, naast of binnen het wettelijk kader van de vrijheidsberoving. Deze vormen zijn onder andere de regels in verband met het leefklimaat en het therapeutisch klimaat, dwangbehandeling en medicatie onder dwang, verplicht geldbeheer, beperking van het uitgaan en het bezoek, beperking van de intimiteit van de leefruimte en van de privacy van de informatie, afzondering, enz. Vrijheidsbeperking hoeft geen dwangmaatregel te zijn. Onder dwangmaatregel verstaan we een maatregel die tegen de wil van de patiënt, dus zonder zijn toestemming, wordt uitgevoerd. Er zijn vormen van vrijheidsbeperking mogelijk waartoe de patiënt wel zijn geïnformeerde toestemming geeft.

Afzonderen is het onderbrengen van een patiënt in een gesloten, beveiligde afzonderingskamer. Daardoor wordt de bewegingsvrijheid van de patiënt beperkt. Het doel van afzonderen is de patiënt zelf en/of anderen beschermen én de (innerlijke) keuzevrijheid van de patiënt bevorderen. Deze paradoxale uitdrukking zullen we verder verduidelijken. Omwille van een zorgvuldig taalgebruik kiezen we voor de termen ‘afzonderen’, ‘afzondering’ en ‘afzonderingskamer’. De termen ‘separeren’, ‘isoleren’ en hun samenstellingen zijn minder goed Nederlands, terwijl de vernieuwende uitdrukkingen zoals ‘intensief beveiligen’ en ‘intensieve zorg’ als te verhullend en verbloemend ervaren worden. Een woord als ‘cel’ is te vermijden. Afzonderen kan al dan niet samengaan met fixeren, dit is het aanbrengen van fixatie- en beschermingsmiddelen (zoals een band om de polsen of lenden). Hierdoor worden de bewegingsvrijheid en het handelen van de patiënt, nog meer dan bij afzondering, beperkt.

Omwille van een eenduidig taalgebruik onderscheiden we afzonderen van het onderbrengen van de patiënt in een open, prikkelarme ruimte. Dit therapeutisch middel heeft tot doel de invloed van externe prikkels te beperken en de patiënt tot rust te laten komen om zo zijn leefwereld te helpen structureren. Afzonderen onderscheiden we ook van time-outprocedures. Een time-out is het tijdelijk wegnemen van de patiënt uit een voor hem of haar interessante ruimte, in het kader van een gedragstherapeutische aanpak. Het doel is de frequentie van het storend gedrag van de patiënt te verminderen.

Het behandelingsperspectief op afzonderen

Het afzonderen kunnen we benaderen vanuit het behandelings- en het belevingsperspectief. We beginnen met het eerste. Afzonderen is een van de vele therapeutische middelen waarover hulpverleners beschikken in het geheel van het behandelingsproces van de patiënt. Het behandelingsperspectief wordt dan ook vooral door de hulpverleners ingenomen. Het ethisch denken over het behandelingsperspectief brengt ons tot twee vragen voor de hulpverleners: wie draagt verantwoordelijkheid voor het afzonderen, en in welke situaties is afzonderen verantwoord?

De verantwoordelijkheid voor het afzonderen

Het interdisciplinaire behandelingsteam is verantwoordelijk voor het geheel van de behandeling van de patiënt. Het gaat om een gedeelde en gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle leden van het team, zowel verpleegkundigen als paramedici en psychiaters. Bijgevolg is het interdisciplinaire behandelingsteam in principe verantwoordelijk voor de beslissing en de uitvoering van het afzonderen. Afzonderen is meestal een acuut gebeuren en het interdisciplinaire team is niet steeds voltallig aanwezig op de afdeling. Daarom is er een aantal bijzondere verantwoordelijkheden die samenhangen met de situatie en de functies in het team. Op de eerste plaats zijn er de aanwezige hulpverleners: omwille van de situatie dragen zij de eerste verantwoordelijkheid voor de acute beslissing en de uitvoering ervan. Op de tweede plaats is er de psychiater: hij of zij draagt de medische

verantwoordelijkheid voor het geheel van de behandeling, dus ook voor de beslissing tot afzonderen. Daarom bezoekt de psychiater na het acute afzonderen de betrokken patiënt om de beslissing te bevestigen en de verantwoordelijkheid ervoor effectief te delen.

Toch blijft het interdisciplinaire behandelingsteam gezamenlijk verantwoordelijk voor het afzonderen van de patiënt. Daarom is het ethisch teamoverleg van groot belang. Dit overleg heeft betrekking op alle fasen van het afzonderen: het beslissen tot afzonderen, de intensieve zorg tijdens het afzonderen, de beslissing over het verlengen of beëindigen van het afzonderen, en de nazorg. Op geregelde tijdstippen worden de genomen beslissingen van de individuele teamleden geëvalueerd en worden beslissingen naar de toekomst toe voorbereid. Zo wordt de verantwoordelijkheid voor de behandeling door het gehele team gedeeld en gezamenlijk gedragen. Tijdens dit ethisch overleg zijn alle teamleden, ongeacht hun functie en specifieke deskundigheid, gelijkwaardige partners.

Het is ook belangrijk dat het team het afzonderen regelmatig bespreekt met de directie. In dit overleg kunnen de hulpverleners hun visie op afzondering, het omgaan met wettelijke voorschriften en procedureregels, en de problemen rond afzondering bespreken. De directie kan het team vragen stellen en ondersteunen. Vanuit dit overleg kan de directie een beleid uittekenen rond veiligheid en afzondering, zowel op het vlak van de materiële voorzieningen als van de navorming en ondersteuning van de hulpverleners.

Het verantwoorden van afzondering

Het delen en gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheid brengt ons tot een volgende ethische vraag: in welke situaties is afzonderen verantwoord? De reden voor het afzonderen is het gedrag van de patiënt, waaruit blijkt dat hij onvoldoende keuzevrijheid heeft. Dit laatste is dus een eerste voorwaarde voor afzonderen. In deze context bedoelen we niet de uiterlijke keuzevrijheid van de patiënt om te kiezen tussen verschillende mogelijkheden of alternatieven die in een bepaalde situatie voorhanden zijn, maar wel de innerlijke keuzevrijheid of wilsvrijheid van de patiënt: het vermogen of de bekwaamheid van de patiënt om zelf vrij te kiezen welk gedrag hij/zij stelt. Deze innerlijke keuzevrijheid wordt dikwijls beperkt door de psychiatrische problematiek. In sommige situaties is deze problematiek zo bepalend voor het gedrag van patiënten dat zij hun gedrag niet meer zelf vrij kunnen kiezen. Dan hebben zij onvoldoende innerlijke keuzevrijheid: ze handelen vanuit een onweerstaanbare drang of kunnen hun gedrag onvoldoende begrenzen.

Daarmee komen we aan een tweede voorwaarde voor afzondering. Het gedrag dat de patiënt stelt vanuit die onvoldoende keuzevrijheid vormt bovendien een bedreiging of schending van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt zelf en/of van een ander. De ander kan zowel een medepatiënt, een hulpverlener als een derde zijn. Onder integriteit verstaan we de onschendbaarheid of de onaantastbaarheid van de persoon. Alhoewel de persoon een eenheid is, kan de integriteit van de persoon zowel in fysieke als in psychische aspecten geschonden worden.

Bijgevolg is de reden voor afzonderen van de patiënt tweevoudig: de onvoldoende keuzevrijheid van de patiënt om het eigen gedrag te begrenzen enerzijds, en de bedreiging of schending van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen door dit gedrag anderzijds. Beide redenen of voorwaarden moeten in principe aanwezig zijn voor het afzonderen. Indien dit niet het geval is, moet het team met een nog grotere kritische ingesteldheid nagaan of het afzonderen ethisch verantwoord kan worden. Het doel van afzonderen is bijgevolg ook tweevoudig: het onmiddellijk beschermen van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt zelf en/of anderen én het scheppen van tijd en ruimte om de keuzevrijheid van de patiënt te bevorderen. Beide doelstellingen moeten steeds met elkaar verbonden blijven. Hieruit blijkt dat bij het afzonderen een aantal essentiële waarden op het spel staat:

- de waarde van de bewegingsvrijheid van de patiënt;

- de waarde van de privacy van de patiënt;

- de waarde van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen;

- de waarde van de keuzevrijheid van de patiënt. Het uitgangspunt bij het afzonderen is een situatie van menselijke onvolkomenheid waarbij reeds twee waarden geschonden of minstens bedreigd zijn, namelijk de waarde van de keuzevrijheid van de patiënt en de waarde van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen. Dit is een gegevenheid waar de hulpverleners niet omheen kunnen. Toch hebben de hulpverleners in de behandeling een tweevoudige ethische opdracht: enerzijds moeten ze de waarden maximaliseren door ze te beschermen of te bevorderen; anderzijds moeten ze de bedreiging of schending van waarden minimaliseren door dit te beperken of te vermijden. Het handelen is dan ethisch verantwoord indien er een redelijke of proportionele verhouding is tussen de waarden die beschermd of bevorderd worden enerzijds, en de waarden die bedreigd of geschonden worden anderzijds. Het ethisch doel is steeds de hoogst mogelijke menswaardigheid - voor geheel de mens én voor alle betrokkenen - in de gegeven situatie te realiseren. In elke concrete situatie hebben de hulpverleners de opdracht de waarden tegenover elkaar af te wegen om zo te komen tot een ethisch verantwoorde beslissing.

De waarde van de bewegingsvrijheid van de patiënt - De beperking van de bewegingsvrijheid van de patiënt is een schending van een belangrijke waarde. Dit staat in contrast met de vrijheid of autonomie van de mens om te komen tot een verantwoorde zelf-ontplooiing-in-relatie, die de hedendaagse maatschappij en geestelijke gezondheidszorg als een essentiële waarde duiden. In uitzonderlijke situaties, namelijk wanneer de waarde van de keuzevrijheid reeds geschonden is en leidt tot een gedrag dat de waarde van de integriteit bedreigt of schendt, kan het ethisch verantwoord zijn de waarde van de vrijheid of autonomie van de patiënt te begrenzen door zijn bewegingsvrijheid te beperken.

Daarom is het belangrijk dat hulpverleners proberen de beperking van bewegingsvrijheid van de patiënt zoveel mogelijk te beperken. Dit kan op de eerste plaats door te zoeken naar alternatieven die minder vrijheidsbeperkend zijn. Alhoewel het gebruikmaken van een afzonderingskamer een adequaat therapeutisch middel kan zijn, is het belangrijk te blijven zoeken naar alternatieven. Onder deze alternatieven geniet de minst vrijheidsbeperkende de voorkeur. Indien er echter geen alternatieven zijn die hetzelfde doel met minder vrijheidsbeperking bereiken, is afzonderen ethisch verantwoord.

Hulpverleners kunnen de vrijheidsbeperking van de patiënt op de tweede plaats beperken door de tijdsduur van afzondering zo kort mogelijk te houden. Daarom is het wenselijk dat zij zich ertoe verbinden op heel geregelde tijdstippen de afzondering te bespreken, zowel met de aanwezige hulpverleners als tijdens de vergaderingen van het interdisciplinaire team. Daarbij wordt telkens een evaluatie gemaakt van de afzondering en gezocht naar een verantwoording voor een verlenging of de beëindiging van de afzondering.

De waarde van de privacy van de patiënt - Door het afzonderen wordt de patiënt weggehaald uit de leefruimte en ondergebracht in een soort 'niemandsland'. Dit gaat gepaard met een aantal maatregelen in verband met observatie en beveiliging, zoals het auditief en visueel observeren van de patiënt, het wegnemen van voorwerpen en kledingstukken die een gevaar voor de patiënt kunnen zijn, enz. Deze maatregelen zijn beschreven in een code of procedure voor afzondering. Dergelijke afzondering, observatie en beveiliging zijn een schending van de waarde van de privacy, zodat hulpverleners steeds opnieuw moeten nagaan of de schending van deze waarde verantwoord kan worden. Daarom is het belangrijk dat hulpverleners zoeken naar mogelijkheden om de beperking van de privacy van de patiënt zoveel mogelijk te beperken. Dit vergt een kritische houding tegenover procedures. In eerste instantie moet een procedure op een menswaardige wijze uitgevoerd worden. Het doel is te

waarborgen dat de hulpverleners de noodzakelijke maatregelen in verband met observatie en beveiliging toepassen. Het volgen van de procedure geeft de hulpverleners bovendien een gevoel van zekerheid en veiligheid. Maar de hulpverleners moeten de procedure uitvoeren op een menswaardige wijze. Daarom zoeken ze naar mogelijkheden om de ontmenselijking ervan zoveel mogelijk te verminderen. Een procedure is echter geen dwangbuis voor de hulpverleners, maar moet in tweede instantie door hen kritisch getoetst kunnen worden op haar noodzakelijkheid en menselijkheid. Deze kritische evaluatie moet kunnen leiden tot een aanpassing van de procedure. Zo kunnen de hulpverleners zoeken naar mogelijkheden om de ontmenselijking van de maatregelen in verband met observatie en veiligheid te verminderen.

Een van de mogelijkheden om de ontmenselijking tegen te gaan, is de patiënt aan te spreken en te blijven aanspreken, ook al is hij/zij niet 'aanspreekbaar'. De hulpverleners zeggen de patiënt wat er gebeurt en waarom, ook al geeft hij/zij er geen blijk van te luisteren. Daarbij is het belangrijk de patiënt aan te spreken bij zijn/haar naam, omdat dit een fundamentele erkenning van de menselijke persoon is.

De waarde van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen - De fysieke en psychische integriteit van de menselijke persoon is een fundamentele waarde die de voorwaarde vormt voor heel wat andere waarden. Het is omwille van het fundamentele belang van deze waarde dat afzonderen (met als gevolg de schending van de waarde van de bewegingsvrijheid en van de privacy van de patiënt) te verantwoorden is. Of sterker uitgedrukt: de waarde van de bescherming van de fysieke en psychische integriteit is een voorwaarde om de schending van de waarde van de bewegingsvrijheid en van de privacy te kunnen verantwoorden. Er is echter een hele gradatie mogelijk in de ernst van de bedreiging of schending van de fysieke en psychische integriteit, en deze leidt tot een gradatie in het beperken van de bewegingsvrijheid en de privacy van de patiënt. Ethisch gezien moet er een proportionele verhouding zijn tussen de gradatie in het beperken van de bewegingsvrijheid en de privacy van de patiënt enerzijds, en de gradatie in de bedreiging of schending van de fysieke en psychische integriteit anderzijds.

Een gradatie in het beperken van de bewegingsvrijheid en de privacy van de patiënt vereist een aangepaste materiële omkadering. Het is wenselijk dat het aanbod van afzonderingskamers een gradatie omvat met betrekking tot de beveiliging en de meubilering. Door de verscheidenheid in het aanbod kunnen de hulpverleners de patiënt onderbrengen in een ruimte waar niet meer - maar ook niet minder - bewegingsvrijheid en privacy beperkt wordt dan noodzakelijk is voor de bescherming van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen. Indien dit aanbod er niet is, worden een afzonderingskamer en een prikkelarme ruimte soms door elkaar en dus niet volgens hun eigenlijke doelstelling gebruikt. Situaties waarbij de patiënt weigert mee te werken aan het leef- of therapeutisch klimaat of dit verstoort, zijn op zich geen verantwoording voor afzonderen (tenzij dit leidt tot een ernstige bedreiging van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen). Dan moet gezocht worden naar alternatieven om in te grijpen.

De waarde van de keuzevrijheid van de patiënt - Een tweede doel van afzonderen is het bevorderen van de keuzevrijheid van de patiënt. Het is precies het ontbreken van die keuzevrijheid dat leidt tot onvoldoende begrensd gedrag en het bedreigen van de fysieke en psychische integriteit. Daarom mag bij het afzonderen niet alleen de bewegingsvrijheid beperkt worden, maar moet ook intensief gewerkt worden aan het opnieuw bevorderen van de keuzevrijheid. Zo komen we tot de paradox van het afzonderen: omwille van de beperkte (innerlijke) keuzevrijheid van de patiënt moeten de hulpverleners de (uiterlijke) bewegingsvrijheid van de patiënt beperken, om een kader te scheppen waarin de (innerlijke) keuzevrijheid opnieuw kan worden bevorderd. Zodra de keuzevrijheid van de patiënt voldoende is om het eigen gedrag zelf te begrenzen, moet de patiënt de bewegingsvrijheid terugkrijgen.

Om de keuzevrijheid van de patiënt te bevorderen wordt een intensieve zorg opgezet. Het proces van intensieve behandeling is de keerzijde van het proces van afzondering in enge zin, het beperken van de bewegingsvrijheid. Het onderbrengen in een afzonderingskamer wordt het kader van een geïndividualiseerde en intensieve zorg voor de patiënt. Het is de opdracht van het interdisciplinaire team om deze intensieve zorg vorm te geven. Daartoe kan men - naast eventueel gebruik van medicatie - een beroep doen op een veelheid aan andere therapeutische middelen.

Een van de belangrijkste therapeutische middelen om in deze intensieve zorg de keuzevrijheid van de patiënt te bevorderen, is de communicatie en de relatie met de patiënt. De structurering van de leefwereld van de patiënt in de afzonderingskamer vormt het kader waarin de hulpverleners zoeken om de communicatie met de patiënt te herstellen. Hierbij is de kwaliteit van de relatie tussen patiënt en hulpverleners van essentieel belang: in de mate waarin er vertrouwen en samenwerking groeit tussen patiënt en hulpverleners zal de communicatie opgebouwd kunnen worden. En deze communicatie is voor de patiënt een veilige oefenruimte voor het uitbouwen van relaties in zijn leefwereld.

Het belevingsperspectief op afzonderen

Patiënten en hun familie kijken vooral vanuit het belevingsperspectief naar het afzonderingsgebeuren en zelden vanuit het behandelingsperspectief. Hulpverleners daarentegen kijken vooral of op de eerste plaats vanuit het behandelingsperspectief en veel moeizamer of slechts op de tweede plaats vanuit het belevingsperspectief.

De beleving van patiënten en hun familie

Er is geen samenhangend beeld van het belevingsperspectief van patiënten. Omdat elke mens uniek en origineel is, verschilt de beleving van patiënt tot patiënt. De beleving verschilt ook doorheen de fasen van het afzonderen: vóór de afzondering, bij de acute afzondering, tijdens het verblijf in de afzonderingskamer en na de afzondering. Bij de beleving van afzonderen moeten we ook rekening houden met de mensen die mee betrokken zijn op de afgezonderde patiënt, namelijk de medepatiënten en de familie. Ook zij hebben hun beleving met betrekking tot de afzondering.

De beleving van de patiënten wordt beïnvloed door de subjectieve betekenissen die ze geven aan het afzonderen. Deze betekenissen ontstaan vanuit vroegere ervaringen, zowel ervaringen in verband met afzondering en hun relatie tot de hulpverleners, als vroegere ervaringen van verwerping en uitstoting. De betekenissen ontstaan ook vanuit de actuele ervaringen van de patiënten in hun leefwereld en vanuit hun toekomstverwachtingen. Uit al deze ervaringen en verwachtingen ontstaan subjectieve betekenissen die de beleving van de patiënten bepalen. Deze beleving kan voor de hulpverleners als gestoord overkomen omdat de hulpverleners vanuit het behandelingsperspectief oordelen dat de betekenissen te veel bepaald zijn door de psychiatrische problematiek van de patiënt. Toch is de beleving van de patiënten vanuit hun perspectief waarachtig.

Het blijkt dat de belevingen van patiënten overwegend negatief zijn. Het afzonderen is een ingrijpend gebeuren dat de patiënten ervaren als een gebruik van overmacht, en daarom als vernederend en dikwijls als een straf. Ze voelen zich niet begrepen, onmachtig en weerloos. Ze ervaren de beperking van hun bewegingsvrijheid en privacy als een aantasting van hun menselijkheid. Het afzonderen kan leiden tot wrok en vijandigheid, woede en afkeer, angst en agressie. Het is niet altijd duidelijk in welke mate deze belevingen reeds aanwezig waren vóór het afzonderen, of tijdens het afzonderen ontstaan, toenemen of afnemen. Soms wordt de negatieve beleving van patiënten ook beïnvloed door een negatieve houding of door ondoordachte en misplaatste opmerkingen van hulpverleners. Toch is er ook positieve beleving mogelijk, soms tijdens maar vooral na de afzondering. Vooral na een goed verloop van de behandeling nemen patiënten soms het behandelingsperspectief in en beleven ze de vroegere afzondering op een meer positieve manier.

Veel van deze belevingen van de patiënten komen niet overeen met het behandelingsperspectief van de hulpverleners en hun beleving ervan. Er ontstaat bijgevolg een soort communicatiestoornis tussen hulpverleners en patiënten over het behandelings- en belevingsperspectief. Daarom is een intensief communicatieproces tussen hulpverleners en patiënten noodzakelijk. Deze communicatie verheldert de subjectieve betekenissen en vormt zo een essentieel deel van de behandeling zelf. Ook hier mogen de medepatiënten en de familie niet vergeten worden. Het behoort tot de taak van de hulpverleners om met de medepatiënten en de familie een gesprek aan te gaan over de subjectieve betekenissen die het afzonderen voor hen heeft. Zo n communicatieproces kan de vorm aannemen van een dialoog tussen patiënt en hulpverlener. Daarbij is het belangrijk dat de hulpverlener luistert naar en aandacht heeft voor wat de patiënt verbaal en non-verbaal meedeelt. Zodra de patiënt aanspreekbaar is, kan de hulpverlener hem/haar informeren over de reden voor het afzonderen, het verblijf in de afzonderingskamer en de voorwaarde voor het beëindigen van de afzondering: het behandelingsperspectief wordt uitgelegd en met argumenten verantwoord. Eventueel delen hulpverleners ook iets mee over hun eigen belevingsperspectief. De patiënt wordt dan uitgenodigd om ook iets te vertellen over zijn/haar beleving. De hulpverlener kan hiertoe bijdragen door te helpen zoeken naar woorden, en gevoelens te helpen verwoorden. Door de woorden komen de betekenissen van het afzonderen voor de patiënt naar boven. Patiënt en hulpverlener worden partners in het zoeken en laten oplichten van nieuwe betekenissen, samenhang en zin. Zo krijgt de patiënt langzamerhand inzicht, en misschien zelfs uitzicht. De hulpverlener kan het behandelingsperspectief aanbrenge en misschien kan de patiënt ook dit perspectief delen. In de dialoog komt het er immers op aan het belevings- en behandelingsperspectief van de patiënt en de hulpverlener te expliciteren en te verhelderen, om zo de perspectieven te openen en te verruimen.

De beleving van hulpverleners

De beleving is verschillend van hulpverlener tot hulpverlener, van situatie tot situatie en naargelang van de fasen en het uiteindelijke verloop van de afzondering. De beleving van het afzonderen wordt beïnvloed door de subjectieve betekenissen die de hulpverleners eraan geven. Deze ontstaan vanuit vroegere ervaringen van hulpverleners met patiënten en situaties van afzondering, vanuit actuele ervaringen en toekomstverwachtingen. Toch is de beleving van de hulpverleners meestal meer een positieve beleving dan bij de patiënten. Bij de hulpverleners staat immers het behandelingsperspectief voorop. De hulpverleners bevinden zich in een situatie van hoge nood en onmacht terwijl het afzonderen een doelmatig therapeutisch middel is: de acute bedreiging van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen neemt af en er ontstaat een kader waarin de hulpverleners door een intensieve behandeling kunnen werken aan het vergroten van de keuzevrijheid van de patiënt.

In de mate waarin het belevingsperspectief naar voren komt, wordt het afzonderen ook door de hulpverleners overwegend negatief beleefd. De hulpverleners voelen aan dat de patiënten de afzondering meestal beleven op een manier die haaks staat op hun behandelingsdoelen, op de wettelijke voorschriften en op de procedures voor observatie en veiligheid bij het afzonderen. Bovendien staan ze in een acute situatie van onmacht tegenover de patiënt. Ze voelen zich als mens bedreigd, angstig en onzeker. Ze reageren met een middel van overmacht, wat gepaard kan gaan met gevoelens als woede en wrok, schuld en schaamte, naar de patiënt en naar de buitenwereld toe. De hulpverleners mogen deze negatieve belevingen niet negeren maar mogen ze ook niet laten overwegen. Het zou ertoe kunnen leiden dat hulpverleners niet of te laat afzonderen.

Hulpverleners hebben niet alleen bewuste, therapeutisch geformuleerde motieven om af te zonderen. Er kunnen ook verborgen motieven meespelen, die te maken hebben met hun eigen ervaringen van onmacht en overmacht, en met hun persoonlijke verhouding tegenover de patiënt. Vanuit het behandelingsperspectief is het niet goed dat de verborgen of al te persoonlijke motieven van hulpverleners meespelen bij het afzonderen van een patiënt. Daarom moeten hulpverleners hun

subjectieve motieven verhelderen en deze leren te onderscheiden van meer objectieve behandelingsmotieven.

Zowel de negatieve belevingen als de verborgen motieven van hulpverleners maken het afzonderen tot een beladen onderwerp dat ze neigen te ontwijken. Daarom is voor hulpverleners het bespreekbaar maken van het afzonderen zeer belangrijk. In het team moeten tijd en ruimte gemaakt worden opdat de hulpverleners hun negatieve beleving van het afzonderen kunnen uitspreken en hun verborgen motieven tot afzonderen kunnen verhelderen. Zo niet, dan blijven zij met negatieve gevoelens tegenover het afzonderen en tegenover patiënten zitten. Dit is schadelijk voor het welbevinden van de hulpverleners en voor het behandelen van de patiënten. Daarom zijn ondersteuning en opvang van de hulpverleners noodzakelijk. Dit kan gebeuren door de collega's. Een uitnodiging om te luisteren is een eerste, belangrijke stap. De opvang van hulpverleners is ook een taak van het afdelings- of diensthoofd. Deze gaat na of er niet aan de opvang wordt voorbijgegaan, wat niet betekent dat hij/zij alleen voor de opvang moet instaan. Het is belangrijk dat er tijd wordt gemaakt om over het behandelings- en belevingsperspectief van het afzonderen te spreken en eventueel om intervisie en supervisie te organiseren. Het ondersteunen en opvangen van de hulpverleners is een zorg voor geheel het psychiatrisch centrum en in het bijzonder voor de directie. Zo kunnen er initiatieven van navorming genomen worden om de hulpverleners te helpen bij het communiceren over afzonderen.

Besluit: het bespreekbaar stellen van het afzonderen

Zowel bij het behandelings- als het belevingsperspectief van de hulpverleners en de patiënten en hun familie zijn we telkens tot de conclusie gekomen dat de communicatie bij het afzonderen heel belangrijk is. We mogen het afzonderen niet afzonderen, maar we moeten het plaatsen in het kader van de relatie, de behandeling en de communicatie met de patiënt. De basis voor een ethisch verantwoord afzonderen is het bespreekbaar maken van het behandelings- en belevingsperspectief tussen alle partners in de hulpverlening:

- tussen de hulpverleners en de afgezonderde patiënt;
- tussen de hulpverleners en de medepatiënten;
- tussen de hulpverleners en de familie;
- tussen de hulpverleners onderling;
- tussen de hulpverleners en de directie. Telkens komt het erop aan een ethische vrijplaats te scheppen waarin in een open sfeer, los van elke druk van gezag of functie, het behandelingsperspectief uitgelegd en geargumenteed kan worden, en het belevingsperspectief uitgesproken en verhelderd, zodat de perspectieven van de beide partners in dialoog geopend en verruimd worden.

Literatuur

Beauchamp, T.L., en J.F. Childress (1989), *Principles of biomedical ethics*

. Oxford University Press, Oxford.

Bloch, S., en P. Chodoff (1981), *Psychiatric ethics*. Oxford University Press, Oxford.

Janssen, M., M. de Jonge en J. Pols (1995), *Dwang in de psychiatrie. Dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven*. Babylon-De Geus, Amsterdam.

Dyer, A.R. (1988), *Ethics and psychiatry: towards professional definition*. American Psychiatric Press, Washington.

Ebskamp, J., en H. Kroon (1994), *Beroepsethiek voor sociale en pedagogische hulpverlening*. Intro, Nijkerk.

Lambert, V. (1992), Patiënten afzonderen in de psychiatrie: een intensieve zorg. *Psychiatrie en Verpleging*, 68, 191-197.

Liégeois, A. (1989), Psychiatrie en het 'goede leven'. Een model voor psychiatrische ethiek. *Acta Hospitalia*, 29, 5-17.

Liégeois, A. (1991), Ethical considerations on the restriction of freedom. In: J. Casselman e.a. (red.), *Law and mental health: historical, legal, ethical, diagnostic and therapeutic aspects*. UPC St.-Kamillus, Bierbeek, p. 144-149.

Schuur, G. (1991), *Omgaan met agressie. Geweldloosheid als antwoord op een psychiatrisch probleem*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Deurne.

Thomasoa, A., en T. Kuipers (1988), Separeren: therapeuticum of noodmaatregel. Een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 290-301.

Thomas, B. (1995), *Gebruik van isoleer-, fixeer- en andere dwangmiddelen in Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen*. Onuitgegeven onderzoek in opdracht van minister W. Demeester-De Meyer, Gent.

Thompson, A. (1989), *Guide to ethical practice in psychotherapy*. John Wiley, New York.

Summary: Seclusion not in seclusion. An ethical reflection on the seclusion of psychiatric patients

This paper is the result of the ethical reflection of the working group 'Ethics in mental health care' of the Belgian Brothers of Charity. After a clarification of the terms, seclusion is approached from the treatment perspective and experience perspective of both the health care providers and the patients and their family. In the treatment perspective the responsibility for seclusion is a shared and collective one for the whole interdisciplinary team, although the team members have their own special responsibility. Seclusion is ethically speaking sensible if there is a proportional or reasonable balance between the underlying values during seclusion: freedom of movement, privacy, physical and psychical integrity, and freedom of choice.

De auteur is stafmedewerker van de Pastoraal-ethische dienst van de Broeders van Liefde. Adres: Stropstraat 119, B-9000 Gent.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd in december 1995.