



ILLUSTRATIE LEON MUSSCHE

Meppen in de zorg

Hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg krijgen veelvuldig rake klappen van agressieve psychiatrische patiënten. 'Het beeld dat het ons vak is om daar maar tegen te kunnen, moet worden rechtgezet.' Door **Ellen de Visser**

Het enge aan Koos was dat hij je zomaar kon aanvliegen. Meestal voorafgegaan door enorme lachsalvo's waarmee hij tevergeefs de stemmen uit zijn hoofd probeerde te krijgen. Daarna begon hij spullen te slopen en kon hij met grof geweld 'het geluid uitzetten' bij iedereen die in zijn buurt liep te praten, te neurien, te zingen.

Koos zat dertig jaar op de gesloten afdeling, waarvan tweeënhalft jaar in de separeerocel. De verpleegkundigen waren doodsbang voor Koos. Totdat psycholoog Bert van der Werf besloot de man te doorgronden, te bekijken waarom hij deed zoals hij deed. Er kwam een uitgebreid signaleringsplan en met Koos werden tal van afspraken gemaakt.

Als de mensen dwars door hem heenkeken zou hij zijn pet opzetten, als de stemmen beweerden dat hij slecht was, zou hij zijn pyjama aantrekken. Om duidelijk te maken dat hij niet slecht was maar ziek. Nooit meer problemen gehad met Koos. Vorig jaar herfst stierf hij na een acute hartstilstand op de afdeling. De verpleegkundigen waren diep geraakt, zegt Van der Werf.

Beukenhorst kent meer van dergelijke succesverhalen. De gesloten afdeling van De Geestgronden, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Bennebroek, kon halverwege de jaren negentig worden omgebouwd tot een open groep. Er wonen chronisch psychotische patiënten die op geen enkel medicijn reageren en toch is het aantal incidenten er zo afgenomen dat de isoleerocel er nauwelijks nog wordt gebruikt.

Van der Werf, al bijna dertig jaar werkzaam in de 'moeilijke psychiatrie', wordt veelvuldig gevraagd

om zijn aanpak te komen uitlegen. Want de sector die wordt gesteund door agressieve incidenten zoekt naar oplossingen. Sinds een paar jaar is er eindelijk aandacht voor de problematiek, zegt Aly Dassen, bestuurslid van de FVG-GZ, een koepel van vijf beroepsverenigingen in de ggz. 'Het beeld dat het ons vak is om daar maar tegen te kunnen, moet worden rechtgezet', vindt Ruud van Beest, geneesheer-directeur van ggz-instelling Parnassia in Den Haag.

Volgens Henk Nijman, bijzonder hoogleraar forensische psychologie aan de Nijmeegse Radboud Universiteit, vindt de meeste agressie plaats op gesloten opnameafdelingen (waar patiënten vaak tegen hun wil verblijven) en op verblijfsafdelingen met chronisch psychotische patiënten. De ernst van de incidenten lijkt toe te nemen. Dassen, werkzaam bij GGZ Delfland: 'Ik werk dertig jaar in de psychiatrie en kan me van de eerst twintig jaar niet herinneren dat er ooit met wapens werd bedreigd.'

Maar anders dan bij de sociale dienst, in het onderwijs of het openbaar vervoer, sectoren waar het geweld ook hoogtij viert maar waar agressievelingen kunnen worden weggestuurd en geweigerd, kan het personeel in de zorg vaak geen kant op. Wie in vrijwilig wordt behandeld en zich misdraagt, kan worden geweerd, maar op gesloten afdelingen is dat onmogelijk.

Om de situatie op de afdelingen beheersbaar te houden, is repressie lange tijd als de enige remedie beschouwd. Waar elders in Europa speciale interventieteams worden ingezet of rustgevendende medicatie uitkomst biedt en opsluiting in de separeerocel niet eens is toegestaan, worden gewelddadige patiënten

Botbreuken

Twee weken geleden constateerde de Arbeidsinspectie opnieuw hoe ernstig de situatie is. Anti-agressiebeleid bestaat bij veel instellingen nog vooral op papier. Uit onderzoek van Research voor Beleid blijkt dat in 2003 ruim eenderde van de zestigduizend personeelsleden in de ggz te maken kreeg met lichamelijke agressie van patiënten, 9 procent zelfs maandelijks of wekelijks. 14 procent had lichamelijk letsel opgelopen (blauw oog, bloedneus, schaafwonden), 1 procent zelfs ernstig (botbreuken, steekwonden, bewusteloosheid). Bijna 40 procent was ernstig bedreigd, soms met een wapen, 6 procent van de werknemers overkwam dat zelfs maandelijks of wekelijks.

hier veelvuldig eenzaam opgesloten. Zo'n achttienduizend keer per jaar belanden patiënten in de separeer, velen bij herhaling, soms weken, soms maanden. De Nederlandse wetgeving werkt daarbij niet mee: gedwongen medicatie is aan strenge regels gebonden.

Die repressieve aanpak blijkt niet succesvol. Onderzoek wijst uit dat het aantal agressie-incidenten in Nederland veel hoger is dan in de ons omringende landen. Bijna alle instellingen hebben de afgelopen jaren technische voorzorgsmaatregelen genomen (beveiliging, videocamera's), bijna allemaal hebben ze opvang voor getraumatiseerde medewerkers, bijna overal kan personeel een training over omgaan met agressie volgen. Maar ggz-medewerkers, constateert de Arbeidsinspectie, voelen zich onvoldoende beschermd. Ze worden bang of ziek of veranderen soms van baan.

Het is verbazingwekkend, zegt trauma- en agressiedeskundige Huub Buijssen, dat een gevaarlijke sector als de psychiatrie geen landelijk beleid heeft om het geweld in te dammen. Geen expertisegroep, geen deskundigen die als vraagbaak kunnen fungeren, nauwelijks toepassing van de kennis die in andere landen is opgedaan. 'Niets van wat we doen is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten', erkent Johan Verburgt, docent gezondheidsrecht en ethiek en verpleegkundige op een opnameafdeling bij GGZ West Noord Brabant. 'Het is hier knap houtje-touwtje en de gevolgen zijn voor het frontpersoneel', zegt psycholoog Van der Werf. 'Ik maak me daar grote zorgen over.'

Van der Werf is sinds vijf jaar lid van een Europese denktank van

onderzoekers die informatie uitwisselen over de aanpak van geweld en dwang in de psychiatrie. Heel langzaam dringt ook in Nederland het besef door dat bescherming vooral met preventie te maken heeft.

'We moeten zoeken naar de reden van de agressie', zegt Van Beest van Parnassia. Peter Turpijn, directeur algemene zaken bij de Utrechtse ggz-instelling Altrecht: 'We kunnen medewerkers wel trainen hoe ze ingrijpen bij incidenten maar we moeten ook onderzoeken waarom patiënten zo agressief reageren. Zodat het de keer daarop misschien kan worden voorkomen.' Altrecht heeft daarom op een afdeling zelfs een agressiecoach in dienst.

Registeren blijkt van groot belang. Hoogleraar Nijman, ook onderzoeker in tbs-kliniek De Kijvelanden, zweert bij het gebruik van de SOAS, een in Zweden ontwikkeld observatieformulier waarop verpleegkundigen vlot kunnen aankruisen wat aanleiding, aard en gevolgen van het incident waren. 'Als zij voor de tiende keer moeten opschrijven dat een patiënt tijdens het eten agressief is, worden ze vanzelf gedwongen daarover na te denken.'

Dan wordt vaak duidelijk hoe de scheidslijnen lopen in het team, weet Van der Werf. Hij maakt onderscheid tussen de realisten, die praten over agressie beschouwen als aandacht voor negatief gedrag, de idealisten, die gebruik van geweld zien als uiting van machteloosheid, en de twijfelaars die vinden dat beiden een beetje gelijk hebben. Ziek of stout? Dat is de vraag die moet worden beant-