

De rol van de GD bij het inzetten van dwang binnen de GGZ

Interview met de twee geneesheer-directeuren van GGZ Reinier van Arkel.

Helga Saez (GD met de meeste formatie) en Jeroen Bleecke (kwaliteitsfunctionaris) in gesprek met Philippe Delespaul, bestuurslid F-ACT Nederland

Via ZOOM op 18 augustus 2020

We spreken elkaar omdat de vereniging F-ACT Nederland in 2020 de campagne Minder Dwang is gestart. Aanleiding is de invoering van de Wvggz en het feit dat het aantal dwangbehandelingen in Nederland jaarlijks toeneemt.

F-ACT Nederland stelt dat het inzetten van dwang zeer beschadigend kan zijn voor mensen en daarmee zoveel mogelijk voorkomen moet worden. Hoe kijken deze GD's aan tegen het gebruik van dwang?

Uitgebreid gesproken over de ambitie om dwang onder controle te krijgen. Er loopt zowel een interne als een externe discussie. In de interne discussie wordt vooral besproken wat er als alternatief beleid ontwikkeld kan worden. Er is:

- Behoefte aan het managen van de administratieve procedures in de Wvggz (goed op orde door grote presentaties in de organisatie, vraag en antwoord-sessie, rondgang langs alle teams en een goed werkend bureau van de DG) en de discussie over inhoudelijke aspecten (hiervoor komt nu wat meer ruimte). Voor het laatste is er een afspraak om terughoudend te zijn met ambulante dwang en eigenlijk de woonruimte van de patiënt (zo veel mogelijk) als veilig te respecteren en dus in principe geen vrijheidsberoving thuis, geen urinecontrole, wel medicatietoezicht. Er is twijfel aan de haalbaarheid van veel van de mogelijke dwanginterventies. Bij de aanvraag wil men ook bewust omgaan met een limitatieve lijst en vermijden dat alle mogelijkheden a priori worden aangevinkt.
- Rond de administratieve last wordt er gezegd dat dit zwaar is (maar procedureel gemanaged kan worden), maar dat het vooral ook verwarring geeft bij de betrokkenen (patiënten en familie) die van allerlei stappen op de hoogte gesteld moeten worden maar onvoldoende overzicht hebben om het allemaal te plaatsen.
- Over het algemeen wordt de wet beschouwd als een wet met veel potentie, goede inhoudelijke overwegingen, maar een te rigide procedurele implementatie die afleidt van de bedoelingen en als dusdanig niet echt optimaal werkt. De toolbox van handelingsmogelijkheden, verkenningen en consultatieopties wordt een dwingende aanvinklijst.
- Er is wekelijks ochtendoverleg over casuïstiek (dinsdag specifiek over Wvggz casuïstiek); er zijn periodieke intervisionele casusbesprekingen (moet terug opgepikt worden na Corona).
- Er is monitoring: natuurlijk moeilijk te beoordelen door Corona maar men ging ervan uit dat een toename van max. 10% na de invoering van de wet acceptabel zou zijn; ze constateren nu een status quo (met sommige mensen gaat het beter, sommigen slechter), soms zelfs iets minder (-15%).

Zal het ooit mogelijk zijn om zonder dwang te werken?

Heeft het inzetten van dwang met cultuur te maken?

De maatschappij vraagt om het beperken van risico's. Kan dat zonder dwang?

Dwang en drang worden gezien als een gegeven dat noodzakelijk kan zijn maar niet zeer behulpzaam (ultiem remedie). Er is grote onrust over de druk van buiten (politiek, OM, politie) die veel problematiek op een naïeve manier over de schutting van de ggz gooit: 'wat doen jullie moeilijk, doe je werk'. Met een overtuiging dat we wel de middelen hebben om te handelen maar dat niet doen. Er is hierover constant overleg tussen extern en RVB.

In sommige gevallen kunnen ook FACT teams hierin worden meegesleurd. Ze worden dan partij in een discussie tussen gemeente, wijk en ggz. Maar als het in de onderlinge relaties polariseert kom je niet aan een gesprek toe. We bespraken ook de plaats van de universele rechten van personen met een handicap. Er is een brede acceptatie dat we als Nederlanders geen mensenrechtenschenders willen zijn (dat opent soms een constructieve communicatie). Maar er wordt ook wel gesignaleerd dat steeds vaker mensen (ook concullega's - politie, OM,...) vinden dat deze mensenrechten te ver gaan, een softe boel zijn of een hobby van linkse mensen die eigenlijk de maatschappij in gevaar brengt. Een drang om bij nood mensenrechten op te schorten.

Over de vraag of men zonder dwang kan werken is het antwoord onbeslist. Voorlopig niet. Over de vraag wanneer het constructief is, is men van mening dat de ons opgelegde dwang door de maatschappij, iets is waartegen we ons moeten verzetten. Men verwacht bepaalde zaken van de GGZ (de maakbaarheid van mensen) waartegen men zich moeilijk kan verzetten. Het lijkt een dovemansgesprek. We moeten hierin veel uitleggen. De verwachtingen zijn niet reëel en we moeten veel investeren in verwachtingsmanagement. Vooral de RvB is bij deze discussies betrokken.

In dit kader zijn de zorgmachtigingen een belangrijk instrument. In de regio is dat een bezorgdheid omdat het initiatief bij het OM ligt. Beoordeling hoe dit toe- of afneemt is moeilijk gezien alle machtigingen in een eerste ronde op 6 maanden zijn gezet zodat herbeoordeling snel gebeurt en de aantallen artificieel hoger uitkomen. Maar ook hierin blijkt het verschil van verwachtingen (de ggz kan meer dan het doet) en de attributie van verantwoordelijkheden (het is jullie taak). Er is soms een tendens om schoon schip te maken met zorgmijders en onvoldoende rekening te houden met het feit dat de ggz oplossingen niet helpen, niet aanvaard worden, ... terwijl er eigenlijk ook geen strafbare feiten worden gepleegd of veiligheidsrisico's bestaan die ingrijpen noodzakelijk(er) maken.

In dat kader hebben we het even gehad over de tweedeling in de conventie van de rechten van de mens tussen behandelen en strafbare feiten waarin de conventie stelt dat ook personen met een handicap gelijk behandeld moeten worden voor het strafrecht (zowel wanneer het positief of negatief voor hen uitvalt). Hierin was nog weinig ervaring. Wel is er duidelijke frustratie dat de politie zich terugtrekt in onveilige situaties en dit eigenlijk aan de ggz wil overlaten (er is onvoldoende samenwerking om moeilijke situaties aan te pakken).

Hebben jullie binnen RvA speciale programma's om klinische dwang te verminderen (Dolhuys manifest) en/of om ambulante dwang te beperken?

- Worden er debriefings gepland?
- Is er een moreel beraad of alternatieven?

Er was binnen de organisatie een traditie opgebouwd van mensen die met een voorlopige machtiging soms jarenlang verlengd in evenwicht gehouden werden. Dit wordt/werd als succesvol gezien en werkte, zelfs wanneer het haast nooit moest worden geactiveerd. Er is een programma gestart om in onderhandeling te gaan met de patiënt en betrokkenen of dit ook via een zelfbindingsverklaring kan. De ervaring hiermee is nog (te) beperkt.

Het 'plan van aanpak' is een ander uitdagend onderwerp. Het is de sluitsteen van de shared decision making die nagestreefd wordt in de wet. Op zich is het een waardevol instrument. Maar procedureel is er onvoldoende ruimte om dit serieus op te pakken. Ook worden de betrokkenen procedureel vaak overvraagd.

Opmerking (PhD): het zou ook eens boeiend kunnen zijn om te observeren bij de casuïstiekbesprekingen. We kwamen te weinig toe om casuïstisch zicht te krijgen op welke alternatieven in de praktijk worden uitgewerkt (FACT, bemoeizorg, RACT,...)