

WERKGROEP ETHIEK IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG BROEDERS VAN LIEFDE

Ethisch advies

Afzonderen niet afzonderen. Een ethische benadering van het afzonderen van psychiatrische patiënten

Oktober 1995

Vooraf: 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 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 o.a. de regels in verband met het leefklimaat en het therapeutisch klimaat, dwangbehandeling en medicatie onder dwang, geldbudgettering, beperking van het uitgaan en het bezoek, beperking van de intimiteit van de leefruimte en van de privacy van de informatie, afzonderen, 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 in het advies 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*. Onder fixeren verstaan we het aanbrengen van fixatie- en beschermingsmiddelen. Door middel van het fixeren wordt 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 gedrags-therapeutische aanpak. Het doel is de frequentie van het storend gedrag van de patiënt te verminderen.

Inleiding: perspectieven op afzonderen

Het afzonderen kunnen we vanuit verschillende invalshoeken of *perspectieven* beschouwen. Een eerste perspectief van waaruit hulpverleners het afzonderen kunnen benaderen, is het behandelingsperspectief. Afzonderen is immers één van de vele therapeutische middelen waarover hulpverleners beschikken in het geheel van het behandelingsproces van de patiënt. Een tweede perspectief is het belevingsperspectief. Afzonderen wordt immers op een subjectieve manier beleefd, zowel door patiënten als door hulpverleners. We beginnen met onze focus te richten op het behandelingsperspectief, daarna richten we ons op het belevingsperspectief.

1. Het behandelingsperspectief op afzonderen ...

Het behandelingsperspectief wordt vooral ingenomen door de hulpverleners. Het ethisch denken over het behandelingsperspectief brengt ons dan ook tot *twee vragen* voor de hulpverleners: wie draagt verantwoordelijkheid voor het afzonderen en in welke situaties is afzonderen verantwoord?

1.1. 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 dienst. Daarom zijn 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 omwille van zijn functie 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 op het werkveld geëvalueerd, en worden beslissingen naar de toekomst toe voorbereid. Zo wordt de verantwoordelijkheid voor de gehele behandeling door het gehele team gedeeld en gezamenlijk gedragen. Tijdens dit ethisch overleg zijn alle teamleden, wat ook hun functie en specifieke deskundigheid is, 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 met de directie bespreken. De directie kan het team bevragen 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 vorming en ondersteuning van de hulpverleners.

1.2. 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. Een eerste voorwaarde voor afzonderen is dus de *onvoldoende keuzevrijheid* van de patiënt. In deze context verstaan we onder

keuzevrijheid niet de uiterlijke keuzevrijheid van de patiënt om te kiezen tussen verschillende mogelijkheden of alternatieven die in een bepaalde situatie voorhanden zijn. Onder keuzevrijheid verstaan we hier 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 stelt. Deze innerlijke keuzevrijheid wordt dikwijls beperkt door de psychiatrische problematiek. In sommige situaties is deze problematiek zo bepalend voor het gedrag van de patiënt, dat hij zijn gedrag niet meer zelf vrij kan kiezen. Dan heeft de patiënt onvoldoende innerlijke keuzevrijheid: hij handelt vanuit een onweerstaanbare drang of kan zijn 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 ofwel meer in zijn fysieke aspecten, ofwel meer in zijn psychische aspecten geschonden worden.

Bijgevolg is de *reden* voor afzonderen van de patiënt tweevoudig: de onvoldoende keuzevrijheid van de patiënt om zijn 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 kan verantwoord 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 staan:

- 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, en
- 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, nl. 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. Zo hebben de hulpverleners de ethische opdracht om de waarden van de bewegingsvrijheid en van de privacy van de patiënt zo weinig mogelijk te beperken, om de waarde van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen zoveel mogelijk te beschermen, en om de waarde van de keuzevrijheid van de patiënt zoveel mogelijk te bevorderen.

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.

a. De waarde van de bewegingsvrijheid van de patiënt

Afzonderen is het beperken van de *bewegingsvrijheid* van de patiënt tot de gesloten en beveiligde afzonderingskamer. Indien dit middel nog onvoldoende zou blijken, kan de bewegingsvrijheid van de patiënt verder begrensd worden door fixatie. Door het aanbrengen van fixatie- en beschermingsmiddelen wordt niet alleen de vrijheid van de patiënt om zich te bewegen, maar ook de vrijheid om te handelen beperkt.

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 zelfontplooiing-in-relatie, die de hedendaagse maatschappij en geestelijke gezondheidszorg als een essentiële waarde duiden. In uitzonderlijke situaties, nl. 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 de 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 gebruik maken 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 bereiken met minder vrijheidsbeperking, 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 de hulpverleners er zich toe verbinden op heel geregelde tijdstippen de afzondering te bespreken, zowel op het werkveld zelf 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.

b. De waarde van de privacy van de patiënt

Door het afzonderen wordt de patiënt weggehaald uit de leefruimte en ondergebracht in een soort "niemandland". 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.

De afzondering, observatie en beveiliging zijn een schending van de waarde van de privacy. Dit staat in contrast met de *privacy, intimiteit of persoonlijke levenssfeer* van de mens, die de hedendaagse maatschappij en geestelijke gezondheidszorg als een essentiële waarde duiden. De hulpverleners moeten bijgevolg steeds opnieuw nagaan of de schending van deze waarde kan verantwoord worden.

Daarom is het belangrijk dat hulpverleners zoeken 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 van een procedure 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 door hen kritisch getoetst kunnen worden. Daarom moet in tweede instantie een *procedure op haar noodzakelijkheid en menselijkheid geëvalueerd* worden. Het is belangrijk dat hulpverleners achteraf toetsen of een maatregel in een gegeven situatie werkelijk noodzakelijk was voor de bescherming van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen. Veel van deze maatregelen versterken bovendien op een of ander manier de depersonalisatie en ontmenselijking van de patiënt. Daarom is het ook

belangrijk dat de hulpverleners de maatregelen toetsen op hun menselijkheid. Deze kritische evaluatie van de noodzakelijkheid en de menselijkheid van een procedure, moet kunnen leiden tot een aanpassing ervan. Zo kunnen de hulpverleners zoeken naar mogelijkheden om de ontmenselijking van de maatregelen in verband met observatie en veiligheid te verminderen.

Eén van de mogelijkheden om de ontmenselijking tegen te gaan, is de patiënt aan te spreken en te blijven *aanspreken*, ook al is de patiënt niet "aanspreekbaar". De hulpverleners zeggen de patiënt wat er gebeurt en waarom, ook al geeft de patiënt er geen blijk van dat hij luistert. Daarbij is het ook belangrijk de patiënt aan te spreken bij zijn naam. Hoezeer de afzondering ook depersonaliserend en ontmenselijkend werkt, het blijven spreken tot de patiënt en het aanspreken bij zijn naam, is een fundamentele erkenning van de menselijke persoon.

c. De waarde van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen

Een eerste doel van het afzonderen is het beschermen 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 vóórwaarde vormt voor heel wat andere waarden. Het is omwille van het fundamentele belang van deze waarde dat we het afzonderen, met als gevolg de schending van de waarde van de bewegingsvrijheid en van de privacy van de patiënt, kunnen verantwoorden. Of sterker uitgedrukt: de waarde van de bescherming van de fysieke en psychische integriteit is een vóórwaarde 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. Deze gradatie 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.

Het maken van een gradatie in het beperken van de bewegingsvrijheid en de privacy van de patiënt wijst op de noodzaak van een aangepaste *materiële omkadering*. Het is wenselijk dat er in het aanbod van afzonderingskamers een gradatie is 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 het leef- en therapeutisch klimaat verstoort, zijn op zich geen verantwoording voor afzonderen. Dan moet gezocht worden naar alternatieven om in te grijpen. Wanneer echter het niet meewerken aan of het verstoren van het leef- en therapeutisch klimaat leidt tot een ernstige bedreiging van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen, dan wordt afzonderen uiteraard wel verantwoord.

d. De waarde van het bevorderen van de keuzevrijheid van de patiënt

Een tweede doel van afzonderen is het bevorderen van de *keuzevrijheid* van de patiënt. De keuzevrijheid van de patiënt is ook een essentiële waarde. Het is precies het ontbreken van die keuzevrijheid dat leidt tot onvoldoende begrensde 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 bevorderd worden. Zodra de keuzevrijheid van de patiënt voldoende is om zijn gedrag zelf te begrenzen, moet de patiënt zijn 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 gestalte te geven. Daartoe kan men - naast een eventueel gebruik van medicatie - een beroep doen op een veelheid aan andere therapeutische middelen.

Eén 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 er vertrouwen en samenwerking groeit tussen patiënt en hulpverleners zal de communicatie kunnen opgebouwd worden. En deze communicatie is voor de patiënt een veilige oefenruimte voor het uitbouwen van relaties in zijn leefwereld.

2. ... én het belevingsperspectief op afzonderen

Totnogtoe hebben we het afzonderen enkel benaderd vanuit het behandelingsperspectief. Er is echter nog een ander perspectief om het afzonderen te bekijken, nl. de beleving. Patiënten 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.

2.1. De beleving van patiënten

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, nl. de *medepatiënten* en de *familie*. Ook zij zijn betrokken op de afzondering en hebben er hun beleving van, hoezeer die ook kan verschillen van persoon tot persoon.

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 *dialog* tussen patiënt en hulpverlener. Daarbij is het belangrijk dat de hulpverlener luistert naar en aandacht heeft voor wat de patiënt verbaal en niet-verbaal meedeelt. Zodra de patiënt aanspreekbaar is, kan de hulpverlener hem informeren over de reden voor het afzonderen, het verblijf in de afzonderingskamer en de voorwaarde voor het beëindigen van de afzondering: hij legt het behandelingsperspectief uit en geeft er argumenten voor. Eventueel deelt hij ook iets mee over zijn belevingsperspectief. De hulpverlener nodigt de patiënt uit om ook iets te vertellen over zijn 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 (cf. het advies van de werkgroep ethiek over *Het spanningsveld tussen waarden en normen van patiënt en hulpverlener in de psychiatrie*).

2.2. De beleving van hulpverleners

Ook bij de hulpverleners is er geen samenhangend beeld van het belevingsperspectief. 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 betekenissen ontstaan vanuit vroegere ervaringen van hulpverleners met patiënten en situaties van afzondering, vanuit actuele ervaringen en toekomstverwachtingen.

Toch is de beleving van de hulpverleners 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, en het afzonderen is een doelmatig therapeutisch middel: 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 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 de 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 overdrijven. Want dan zouden de hulpverleners deze belevingen onderdrukken ofwel erin verstrikt geraken en zou afzonderen doodgezwegen en een taboe kunnen worden. Het zou er ook kunnen toe leiden dat hulpverleners niet of te laat afzonderen.

Hulpverleners hebben niet alleen bewuste, therapeutisch geformuleerde motieven om af te zonderen, maar er kunnen ook *verborgen motieven* meespelen. Deze motieven hebben te maken 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 verhelleren en kunnen 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 moet tijd en ruimte gemaakt worden opdat de hulpverleners hun negatieve beleving van het afzonderen kunnen uitspreken en hun verborgen motieven tot afzonderen kunnen verhelleren. Zo niet, blijven hulpverleners met negatieve gevoelens tegenover het afzonderen en tegenover patiënten. Dit is schadelijk voor het welbevinden van de hulpverleners en voor het behandelen van de patiënten.

Daarom is een ondersteuning en een *opvang* van de hulpverleners noodzakelijk. Dit kan gebeuren door de collega's. Een luisterend oor of een uitnodiging om te luisteren is een eerste, belangrijke stap. De opvang van hulpverleners is ook een taak van het afdelings- of diensthoofd. Hij gaat na of er niet aan de opvang wordt voorbijgegaan, wat niet betekent dat hij alleen voor de opvang moet instaan. Het is belangrijk dat er tijd en ruimte 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. Er kunnen o.a. vormingsinitiatieven genomen worden om de hulpverleners te helpen bij het communiceren over afzonderen.

Besluit: het bespreekbaar stellen van het afzonderen

Zowel bij het behandelingsperspectief als bij het belevingsperspectief van hulpverleners en patiënten 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, en
- tussen de hulpverleners en de directie.

Telkens komt het er op aan een *ethische vrijplaats* te scheppen waarin in een open sfeer, los van elke druk van gezag of functie, het behandelingsperspectief kan uitgelegd en geargumenteed worden, en het belevingsperspectief uitgesproken en verhelderd, zodat de perspectieven van de beide partners in dialoog geopend en verruimd worden.

Tot slot willen we opmerken dat al wat hier in verband met afzonderen naar voren gebracht is, weliswaar met de nodige aanpassingen, ook kan toegepast worden op de andere vormen van vrijheidsbeperking.

Redactionele opmerking achteraf:

Wat in dit advies over afzonderen (1995) verstaan wordt onder 'keuzevrijheid', wordt in het advies over omgaan met vrijheid en dwang (2003) benoemd als 'wilsbekwaamheid': in beide gevallen gaat het om de innerlijke vrijheid, het vermogen of de bekwaamheid om te kiezen.

Wat in dit advies over afzonderen (1995) verstaan wordt onder 'bewegingsvrijheid', wordt in het advies over omgaan met vrijheid en dwang (2003) benoemd als 'keuzevrijheid': in beide gevallen gaat het om de uiterlijke vrijheid om te kiezen tussen verschillende mogelijkheden.

Leden van de werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg:

Beernem, P.C. Sint-Amandus: dr. Jo Magerman en mevr. Nicky Traen
Bierbeek, U.P.C. Sint-Kamillus: dhr. Jan Deckers en dhr. Josip Mateljan
Gent, P.C. Dr. Guislain: dhr. Guido De Geyter
Gent, P.C. Sint-Alfons: mevr. Martine Schietse en dhr. Luc Van Oppens
Gent, Provinciaal: dr. Marc Eneman, dhr. Axel Liégeois en dhr. Koen Oosterlinck
Korbeek-Lo, Nakuurhome Papiermoleken: dhr. Luc De Baets en dr. Max Vandenbroucke
Leuven, Psycho-Sociaal Centrum: br. Flor Carrette
Merelbeke, De Sleutel: mevr. Ria Van der Voort
Mortsel, P.C. Sint-Amedeus: dr. Marc Leysen en dhr. Jef Van Hoof
Sint-Truiden, P.C. Ziekeren: dhr. André Claes en mevr. Petra Vandebek
Zelzate, P.C. Sint-Jan-Baptist: dr. Theo De Decker, dhr. Koen Van Wauwe en dhr. Luc Vlassak

Advies goedgekeurd door de Bestuursraad Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde

Contactpersoon: Axel Liégeois
E-mail: axel.liegeois@fracarita.org