

Het is het schrikbeeld van de psychiatrie: 'witte schorten' sluiten mensen op in isolatiecellen en binden ze aan armen en voeten vast. Achterhaald? Verre van, zo blijkt. De jongste inspectieverslagen leggen bloot hoe de psychiatrie patiënten al te vaak onmondig maakt. Een overzicht in vijf 'stoornissen'.

Veerle BeelMaxie Eckert

1. Te veel opsluiting en fixatie

Experts zijn het er roerend over eens: dwangmaatregelen mogen maar zeer uitzonderlijk toegepast worden, als allerlaatste optie, als een patiënt zichzelf of een ander in gevaar brengt.

De realiteit in de Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen ziet er heel anders uit. In het psychiatrisch centrum Sint-Amandus in Beernem bijvoorbeeld, merkt de Zorginspectie op dat patiënten soms urenlang afgezonderd en vastgebonden (of gefixeerd) worden, zónder dat er sprake is geweest van een gevaar. Waren vaak wel de aanleiding: 'het niet naleven van afdelingsregels', 'het niet bijwonen van de voorgestelde therapie', 'zelfverwaarlozing', 'andere' redenen (dit kan vrij ingevuld worden), 'preventie van agressie'. Isolatie als straf dus, in plaats van als laatste redmiddel.

In Sint-Amandus, aldus het inspectierapport, worden die dwangmaatregelen door het personeel niet als uitzonderlijke maatregel beschouwd, maar als een manier van 'zorg leveren'. De cijfers zijn navenant. In één jaar tijd waren er 1.110 afzonderingen (dus gemiddeld drie per dag), waarvan 440 in combinatie met een fixatie. 'Uit verschillende gesprekken blijkt dat afzondering en fixatie vaker worden toegepast op momenten waarop er weinig personeel aanwezig is', aldus het verslag.

Ook elders is dit een probleem. In zes van de vijftien inspectierapporten staan kritische opmerkingen die erop wijzen dat patiënten te vaak, te snel of te lang gefixeerd of geïsoleerd worden. In één instelling merken de inspecteurs zelfs op dat een kwart van de afzonderingen er drie dagen duurt, 10 procent meer dan vijf dagen.

De Hoge Gezondheidsraad wijst er in een recent advies op dat dwangmaatregelen de therapie en de kans op herstel dreigen te ondermijnen. Ze creëren een negatief beeld van het zorgtraject, waardoor de patiënt minder geneigd zal zijn om spontaan en vrijwillig hulp te zoeken. 'Het gevolg is dat de patiënt minder zal meewerken aan de verdere behandeling.'

'Er bestaat ook gevaar voor een vicieuze cirkel waarin een gevoel van vervreemding, afzondering en angst zich kan vertalen in agressiviteit en geweld', waarschuwt de Hoge Gezondheidsraad.

Los van de psychologische gevolgen blijken isolatie en fixatie in sommige instellingen op zich al onveilig te zijn, bijvoorbeeld door scherpe hoeken aan het bed of aan het verluchttingsrooster in de afzonderingskamer. In Sint-Jan-Baptist, een psychiatrisch centrum in Zelzate, noteren de inspecteurs: 'Volgens de procedure (voor afzonderingen, red.) wordt driepuntsfixatie (buikband en voeten) toegelaten. Men stelt dat men bij deze techniek aandachtig moet zijn voor het risico op verhangings. Een fixatietechniek met risico op verhangings kan niet toegelaten worden.'

2. Betuttelende regels

In een psychiatrisch ziekenhuis verblijven, betekent vaak leven volgens opgelegde regels. De Zorginspectie heeft daar vragen bij. Want: hoe meer regels, hoe meer die overtreden kunnen worden - waarop weer straf volgt.' Te veel regels gaan voorbij aan de waardigheid en de persoonlijkheid van de patiënten kunnen een inbreuk op de vrijheid en de privacy vormen', klinkt het in een inspectieverslag.

Wat dat in praktijk betekent, daarover getuigt Willy Vandamme in dS Weekblad. Het eerste wat zijn dochter Lieve te horen kreeg toen hij haar voor een vrijwillige opname naar een psychiatrisch ziekenhuis vergezeld, was dat ze haar gsm moest afgeven. Toen Lieve, een twintiger, weigerde, kwamen er twee mensen bij om haar het toestel uit de handen te rukken. Willy kon zijn ogen niet geloven. 'Het was bijzonder traumatiserend voor ons allebei.'

Het blijkt niet uitzonderlijk dat mensen die hulp zoeken, zich aan een strikt reglement moeten onderwerpen waarvan het nut en de doeltreffendheid twijfelachtig zijn. In een kliniek in Oost-Vlaanderen merkt de Zorginspectie op: 'We denken hierbij dan vooral aan het gesloten houden van afdelingen (maar wie naar buiten wil, mag dat wel), het fouilleren en controleren van personen, kamers en bagage (terwijl je in een park zit van 7,5 hectare waar al wie dat wil, van alles weg kan stoppen), en wie, naarmate de therapie meer succes kent, het als een succes kan ervaren om weggestopte spullen spontaan af te geven), het verbod om te roken tussen bepaalde uren (tenzij iemand zich zo slecht voelt en de nachtverpleegkundige kan overtuigen), het verbod op het bijhouden en zelf innemen van thuismedicatie (terwijl dezelfde patiënten dat dan plots, in het weekend, thuis, wel zelf moeten kunnen), het verbod op het tv kijken op bepaalde dagen (maar het toelaten van het gebruik van smartphones en laptops waarop men dit verbod kan omzeilen).'

Ook in andere inspectieverslagen staan er ellenlange opsommingen van regeltjes waarbij de Zorginspectie aanraadt 'om vanuit het oogpunt "zorg op maat" deze regels te evalueren en enkel deze te behouden met een duidelijke therapeutische meerwaarde.'

3. Wij weten wat goed voor u is

'Alhoewel de organisatie in haar visieteksten "zorg op maat van de individuele patiënt" en het centraal stellen van de patiënt benadrukt, is dit verre van gerealiseerd in dit ziekenhuis. (...) We stellen immers vast dat de meeste zorgverleners, en dit op alle afdelingen, heel moeilijk loskomen van de vertrouwde vaste therapieprogramma's, met vaste blokken van begin tot einde opname (die de zorgverleners zelf bestempelen als "de dingen die onze patiënten nodig hebben").'

Gevolg: in het APZ Sint-Lucia in Sint-Niklaas verblijven patiënten vaak langdurig in opname, om alle therapieschema's af te werken, 'zonder zich soms af te vragen of de patiënt hier steeds nood aan heeft', zo concluderen de auditeurs van de Zorginspectie. Hoe goed bedoeld ook, het staat haaks op het 'op maat van de patiënt werken'.

Over het algemeen hebben de meeste psychiatrische ziekenhuizen hier al stappen vooruit gezet. Niet alleen wordt het 'dagelijkse leven' naar de instelling gebracht doordat bewoners zelf koken, de was doen en hun medicatie leren beheren. Maar artsen en hulpverleners maken ook individuele behandelplannen in overleg met de patiënt, ze laten sommige patiënten deelnemen aan het multidisciplinair overleg of bewoners mogen overdag therapie gaan volgen in een andere afdeling.

De mate waarin families betrokken worden, is in veel psychiatrische ziekenhuizen nog een belangrijk werkpunt. Op sommige plaatsen krijgen ze het deksel op de neus, of ze kunnen alleen een afspraak maken met de sociaal of maatschappelijk werker, niet met de behandelende arts of de verpleegkundigen op de afdeling.

4. Suïciderisico

Meer dan één psychiatrisch ziekenhuis krijgt het dringende advies om een algemene risico-analyse van de gebouwen uit te voeren, om zo de risico's op suïcide te beperken. Dat heeft vaak - maar niet alleen - te maken met oude gebouwen. Neem nu PC Caritas in Melle, waar de patiënten op het tijdstip van de audit nog bijna allemaal in vroeg-20ste-eeuwse paviljoenen verbleven. Op veel vlakken krijgt het PC Caritas goede punten, maar voor het suïciderisico waarschuwt de Zorginspectie: 'Veel afdelingen vertonen talrijke risico's op het vlak van infrastructuur (bv. handdoekstangen in de sanitaire ruimtes, deurklinken, doucheslangen, douchegordijnstangen, koorden om lichten aan te schakelen, elektriciteitskabels van verwarmingselementen in badkamers, ...).'

Er vonden in dit psychiatrisch centrum 42 pogingen plaats in 2014, twee mensen kwamen om het leven.

In drie van de vijftien inspectieverslagen stellen de auditeurs vast dat er helemaal geen suïcidepreventieplan bestaat, in elk geval niet voor het hele ziekenhuis. Een aantal grote ziekenhuizen in West- en Oost-Vlaanderen krijgen ook het nadrukkelijke advies om preventief overleg te plegen met Infrabel, dat de spoorwegen beheert. Want: '41 procent van de suïcidepogingen op het spoor situeren zich in Oost- en West-Vlaanderen en zo'n 63 procent van de slachtoffers kreeg op het moment van het incident psychiatrische hulp, terwijl zo'n 30 procent opgenomen was in een psychiatrisch ziekenhuis'.

5. Welke rechten?

Patiëntenrechten die enkel op de website van het ziekenhuis vermeld worden: het is niet voldoende, zegt de Zorginspectie. Het scala is ook hier erg breed: in sommige voorzieningen vind je die informatie overal, en gaat de ombudsman geregeld op de afdelingen spreken. Elders worden de patiëntenrechten bepaald niet gepromoot. Folders blijven in verpakte dozen zitten in plaats van systematisch uitgedeeld te worden.

Hoe je informatie meegeeft, is ook belangrijk: 'Zowel de formulering - in de onthaalmap en in de procedure - als de werkwijze met betrekking tot de inzage van patiënten in hun dossier werken belemmerend.' Patiënten in het bewuste ziekenhuis worden met andere woorden ontmoedigd om inzage in het eigen dossier te vragen.

Ook patiënten die op een gesloten afdeling of in afzondering verblijven, moeten in contact kunnen komen met de ombudsman. In sommige ziekenhuizen is dat onmogelijk, of onduidelijk, of het wordt bewust ontmoedigd.

In het PZ Bethaniënhuis in Zoersel gaat de directeur bij een klacht vaak ter plekke naar de afdeling. 'Dit blijkt ten zeerste gewaardeerd te worden door de patiënten.'

Lees in dS Weekblad de getuigenis van Willy en Lut Vandamme, over de traumatische ervaringen van hun dochter Lieve in de psychiatrie

Veerle Beel

Copyright © 2017 Corelio. Alle rechten voorbehouden