



VINCENT VAN GOGH
voor geestelijke gezondheid

Zuyd
Hogeschool **ZU**
YD

Bevorderende en belemmerende factoren bij het terugdringen van dwang in de langdurige, klinische GGZ: de verpleegkundige praktijk, een kwalitatief beschrijvend onderzoek



Door: Manon Stroek, VioS GGZ.

Studentnummer: 2106103

Bevorderende en belemmerende factoren bij het terugdringen van dwang in de langdurige, klinische GGZ: de verpleegkundige praktijk, een kwalitatief beschrijvend onderzoek

Uitvoerend onderzoeker: Manon Stroek, VioS GGZ
Hoofdonderzoeker: Desirée Verheijen, VS GGZ
Thesisbegeleider: Uta Roentgen, Docent Zuyd Hogeschool
Supervisor: Marieke Werrij

Opleiding: Master Advanced Nurse Practice
School: Zuyd Hogeschool
Werkplek: Vincent van Gogh voor Geestelijke gezondheid, LBV
Cohort: 2021-2023
Module: Kennis & Wetenschap
Faculteit: Gezondheidszorg
Paging: 1
Woorden: 4998

Toelichting op masterthesis

Deze masterthesis is het eindproduct van de module Kennis en Wetenschap die ik volgde tijdens mijn opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ aan Zuyd hogeschool.

Binnen de langdurige GGZ verblijven zeer kwetsbare mensen, niet zelden zonder ziekte-inzicht. Hierdoor wordt er vaak gebruik gemaakt van gedwongen zorg zoals separatie, dwangmedicatie, verplichte opnames en meer. Het is een taak van de verpleegkundige en begeleidende teams om samen met de patiënt wegen te bewandelen waardoor gedwongen zorg zo min mogelijk wordt toegepast. Echter wijst de praktijk uit dat dit een complex proces is, en de cijfers al jaren stijgen.

In dit onderzoek wordt gekeken naar bevorderende en belemmerende factoren bij het terugdringen van dwang. Mogelijk kunnen aan de hand van dit onderzoek aanbevelingen gedaan worden over het terugdringen van drang en drang te verbeteren.

Voorwoord

Mijn naam is Manon Stroek, ik ben werkzaam als verpleegkundige in opleiding tot specialist binnen de langdurige klinische GGZ van Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheidszorg.

Voor u ligt mijn masterthesis die ik gedurende de twee jaar die de opleiding duurde, schreef. Dit is onderdeel van de module Kennis en Wetenschap van de m-ANP aan Zuyd hogeschool.

Dit onderzoek heeft als doel belemmerende en bevorderende factoren bij het terugdringen van dwang volgens de richtlijn Dwang en Drang in de GGZ in kaart te brengen. Door dit in kaart te brengen kan mogelijk een verbeterslag gemaakt worden op het gebied van terugdringen van dwang.

Gedurende dit onderzoek werd ik ondersteund door mijn leermeester en tevens hoofdonderzoeker, Désirée Verheijen. Binnen de opleiding kreeg ik begeleiding van dr. Uta Roentgen en feedback van mijn peer-assessor Koen Offermanns. Allen ontzettend bedankt!

Als laatste, maar zeker niet als minste, wil ik mijn partner, Rik Wilms bedanken voor al het geduld en de steun, niet alleen tijdens het schrijven van deze thesis, maar tijdens de gehele opleiding.

Inhoud

Toelichting op masterthesis.....	3
Voorwoord.....	4
Artikel	6
Samenvatting.....	6
Abstract	7
Inleiding	8
1.1 Doelstelling	10
1.2 Vraagstelling	10
Onderzoeksmethoden	11
Studiepopulatie	11
Procedure	12
Data-verzameling.....	12
Data-analyse	13
Kwaliteitscriteria	14
Resultaten.....	15
Conclusie & Discussie	20
Bibliografie.....	22

Artikel

Samenvatting

Inleiding

Wereldwijd is er discussie over het gebruik van dwang in de GGZ. Dwang roept negatieve gevoelens op bij patiënten. Zorgverleners zien het als noodzakelijk kwaad. Ondanks jarenlang streven naar het terugdringen van dwang, was er in de periode van 2010-2019 een stijging in het aantal dwangbehandelingen in Nederland. Binnen de klinische GGZ zijn de mensen met een ernstige psychiatrische aandoening extra kwetsbaar om in aanraking te komen met dwang. Het is niet duidelijk welke belemmerende en bevorderende factoren begeleidende teams ervaren bij het gebruik van de richtlijn dwang en drang in de GGZ.

Methode

Middels een kwalitatief beschrijvend onderzoek werden belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot het terugdringen van dwang onderzocht. Op basis van de richtlijn Dwang en Drang in de GGZ en het A3-model werden semigestructureerde interviews afgenomen. Met behulp van inductieve codering werd data geanalyseerd.

De kwaliteit werd gewaarborgd aan de hand van het Lincoln-Guba framework.

Resultaten

Het aantal deelnemers was 8, zij waren werkzaam binnen de IZ op de afdelingen VB1 tot en met 4. De richtlijn was bij slechts één persoon summier bekend. Belemmerende factoren waren het gebrek aan scholing en het ontbreken van een visie rondom dwang en bewustwording. Bevorderende factoren hadden met name betrekking op directe, dagelijkse patiëntzorg, zoals het voeren van gesprekken, het bevorderen van autonomie, het bieden van alternatieven en methodisch werken (Triple-C).

Conclusie

Er is behoefte aan scholing rondom dwang en Triple C om dwang verder terug te dringen. Verder is het noodzakelijk dat er een instellingsbrede visie en werkwijze wordt ontwikkeld. Meer bewustheid rondom dwang is noodzakelijk.

Trefwoorden

Dwang, verplichte zorg, WvGGZ, Wet verplichte GGZ, preventie, terugdringen, EPA, Langdurige GGZ, GGZ

Abstract

Background

There is an ongoing worldwide discussion about using coerced care within psychiatry. Coerced care invokes negative feelings in patients. Caregivers see it as a necessary evil. Despite trying to prevent coercive care for years there was an increase between 2010-2019 in the Netherlands. Within clinical psychiatry people with severe mental illness are more vulnerable to receive coerced care.

Research about barriers and facilitators in preventing coerced care can result in a decrease of forced care. It remains unclear what barriers and facilitators there are according to nurses regarding the use of the guideline when preventing coerced care.

Method

Barriers and facilitators were researched by means of a descriptive, qualitative study. Semi-structured interviews were conducted using the A3-model and the guideline 'Dwang en Drang in de GGZ'. Inductive coding took place to find results. Quality was assured by using the Lincoln-Guba framework.

Results

The final study population consisted of 8 participants working within a long-term psychiatric facility. The guideline was only little known by one person. Facilitators were mainly related to direct, daily patient care, for instance: conversation, promoting autonomy, offering alternatives and methodical working (Triple-C).

Barriers were the lack of education, missing a facility wide vision concerning coercive care and consciousness.

Conclusion

There is a need for education regarding forced care and Triple C to further reduce coercive care. It is necessary that a facility wide vision is developed. More consciousness regarding coercive care is necessary.

Keywords

Coercion, coerced care, mental health, prevention, prevention of coerced care, severe mental illness, SMI, long term psychiatric care.

Inleiding

Het gebruik van dwang in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een mondiaal probleem, er dient urgent aandacht te zijn voor het terugdringen van het gebruik van dwang (Sashidharan et al., 2019). Wereldwijd wordt verplichte zorg gebruikt, ook wel gekend als dwang. Dwang kan gedefinieerd worden als: elke maatregel die genomen wordt tegen de wil van de patiënt of met verzet van de patiënt (Chieze et al., 2021). Door het gebruik van dwang wordt er inbreuk gemaakt op enkele fundamentele rechten van de patiënt. Het gebruik van dwang dient gewogen te worden: wegen de voordelen van het gebruik van dwang op tegen de inbreuk op de rechten van de patiënt (Chieze et al., 2021). Om de patiënt in bescherming te nemen tegen de gevolgen van psychiatrische ziekte wordt dwang/ verplichte zorg toegepast en de patiënt aangetast in de autonomie (Tingleff et al., 2017). Dit maakt het toepassen van dwang een ethisch belast gegeven. In Europa bestaat de trend dat het toepassen van dwang in de afgelopen twee decennia toeneemt (Sashidharan et al., 2019).

Onderzoek van Verbeke et al. (2019) wijst uit dat patiënten het gebruik van dwang als negatief ervaren. Zij rapporteren dat het gebruik van dwang hen het gevoel geeft enkel nog als 'de zieke patiënt' gezien te worden. Daarnaast ervaren patiënten gevoelens van angst, onmacht en boosheid tijdens het gebruik van dwang (Tingleff et al., 2017). Een ander nadeel is dat de inzet van dwang de therapeutische relatie ernstig kan aantasten (Hegarty & Brusasco, 2021). Het gebruik van dwang kan levens redden, echter ook de veroorzaker zijn van negatieve gevoelens naar de hulpverlening en trauma (Mahler et al., 2019; Hegarty & Brusasco, 2021). Patiënten geven aan dat als zij meer meegenomen worden in het beslisproces rondom dwang, voldoende op de hoogte gehouden worden en uitleg krijgen over de noodzaak van dwang, zij positievere ervaringen hebben met dwang (Hegarty & Brusasco, 2021). Patiënten geven aan dat tijdens het toepassen van dwang zij het belangrijk vinden dat er continue met hen gecommuniceerd wordt, op een respectvolle manier, en dat zij zo veel mogelijk autonomie behouden (Tingleff et al., 2017). Het is van belang dat binnen de inzet van de dwang de voorkeur van de patiënt besproken wordt (Munten, 2020). Verpleegkundigen hebben een negatieve visie op dwang. Onderzoek wijst uit dat verpleegkundigen het gebruik van dwang zien als 'een noodzakelijk kwaad'. Het gebruik ervan roept gevoelens bij hen op zoals schuld, angst, hulpeloosheid en compassie. Een kleiner deel voelde een gevoel van macht tijdens de inzet van dwang (Krieger et al., 2020). Uit onderzoek blijkt dat de attitude van verpleegkundigen richting dwang de afgelopen twintig jaar verschoven is. Zij geloven niet dat het toepassen van dwang bijdraagt aan de therapeutische behandeling van de patiënt, des te meer aan de veiligheid voor alle betrokkenen (Doedens et al., 2020). Er is sprake van een verschuiving van een behandelparadigma, naar een

veiligheidsparadigma in de visie van verpleegkundige op het gebruik van dwang (Munten, 2020). Dit betekent dat de inzet van dwang niet langer gezien wordt als voordelig voor de behandeling en het herstel van de patiënt. Dwang wordt gezien als middel om ernstig nadeel de patiënt te voorkomen. Verpleegkundigen voelen zich niet altijd voldoende in staat om te gaan met de inzet van dwang (Doedens et al., 2020).

Het gebruik van dwang wordt door verschillende, landelijke organisaties (zoals Mind en Psychosenet) ontmoedigd. Verplichte zorg, zoals geregeld in de Wet Verplichte GGZ (WvGGZ) kan toegepast worden in verschillende vormen, het heeft betrekking op het ondergaan van een medische behandeling of het inperken van iemands vrijheid. Hierbij is te denken aan het verplicht gebruik van medicatie, fixatie, separatie, cameratoezicht of het verplicht verblijven in een psychiatrische instelling (Ministerie van Volksgezondheid, z.d.). Dwang, zoals geregeld in de WvGGZ wordt ingezet als er sprake is van ernstig nadeel voor de patiënt. Het ernstig nadeel kan veroorzaakt worden door agressie, weigering van behandeling bij een acuut psychiatrisch beeld, lichamelijke bedreiging voor/door de patiënt of gedragingen die leiden tot sociaal-maatschappelijke schade. Volgens de WvGGZ is de inzet van dwang mogelijk indien er sprake is van een crisismaatregel, voortgezette crisismaatregel, zorgmaatregel of in de 18 uur voorafgaand aan de crisismaatregel. De ketenmonitor WvGGZ rapporteert een lichte stijging in het aantal zorgmachtigingen (ZM) en crisismaatregelen (CM) (Ketenmonitor WvGGZ & Regiomonitor WvGGZ, 2022). Deze ZM's en CM's vormen de juridische grondslag waarbinnen dwangbehandeling plaatsvindt. In de periode van 2010 tot en met 2019 was er een stijging in het aantal dwangbehandelingen (Inspectie gezondheidzorg en jeugd, z.d.). Exacte cijfers over het precieze aantal dwangbehandelingen zijn niet bekend gemaakt.

In de richtlijn 'Dwang en drang in de GGZ' staan interventies beschreven die gebruikt kunnen worden om dwang terug te dringen (NVvP & FMS, 2016). Hoofdstuk 4 van deze richtlijn richt zich op de preventie, en dus het terugdringen van dwang. In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij effectieve interventies om dwangmaatregelen te voorkomen en of er wetenschappelijke evidentie is betreffende de effectiviteit en acceptatie door patiënt ter voorkoming van dwang. Daarnaast wordt er stilgestaan bij organisatorische voorwaarden om het terugdringen van dwang te laten plaatsvinden.

Binnen de richtlijn zijn drie categorieën namelijk: het betrekken van de patiënt, professioneel handelen en organisatie van zorg. Hierin zijn interventies beschreven zoals methodisch werken, bejegening, het betrekken van naasten, reflectie, evaluatie, scholing, intervisie, het inzetten van hoogopgeleid personeel bij complexe problemen (NVvP & FMS, 2016). Echter, laat menselijk, en dus ook verpleegkundig gedrag zich moeizaam sturen door richtlijnen (Munten, 2020).

Momenteel is onbekend hoe verpleegkundigen zich inzetten om dwang in de praktijk terug te dringen, wel weten we dat zij het moeilijk vinden om met dwang om te gaan (Doedens et al., 2020).

Binnen de Integrale zorg (IZ) van het Vincent van Gogh (VvG) verblijven mensen met Ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) Dit is binnen de GGZ een groep die veel met dwang in aanraking komt, gezien de aard van hun ziekte. Patiënten krijgen de EPA status wanneer zij aan de volgende kenmerken voldoen: 'er is sprake van een psychiatrische stoornis die zorg/behandeling noodzakelijk maakt; de psychiatrische stoornis zorgt voor ernstige beperkingen in het sociaal/maatschappelijk functioneren; de beperkingen zijn oorzaak/gevolg van de psychiatrische stoornis; de beperkingen zijn niet van voorbijgaande aard (c.q. langdurig, ten minste een jaar aanwezig); gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners is noodzakelijk om behandeling te realiseren' (Delespaul & Consensusgroep EPA, 2013, pp. 429-430). EPA kan niet beperkt worden tot bepaalde psychiatrische diagnoses. Toch komen bepaalde psychiatrische beelden, zoals schizofrenie, vrijwel uitsluitend bij EPA voor. Daarnaast komen andere psychiatrische beelden, zoals (poly) middelenverslaving, persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen vaker bij EPA voor (Delespaul & Consensusgroep EPA, 2013) Geschat wordt dat de helft van de mensen met EPA gediagnosticeerd kan worden met schizofrenie of een andere niet-affectieve psychose spectrum stoornis (Delespaul & Consensusgroep EPA, 2013 p. 433). Kenmerkend voor personen met schizofrenie of een psychosespectrumstoornis is het gebrek aan ziekte-besef (Hengeveld et al., 2020). Verpleegkundigen hebben een grote rol in het terugdringen van dwang, zij signaleren ernstig nadeel als eerste. Binnen VvG is volgens beleidsplannen van de geneesheer-directeur de richtlijn dwang en drang binnen de GGZ geïmplementeerd sinds ten minste 2019. Verpleegkundigen kunnen scholing volgen over dwang via e-learning. Momenteel is het onduidelijk welke belemmerende en bevorderende factoren verpleegkundigen ervaren met betrekking tot het terugdringen van dwang volgens de richtlijn.

1.1 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is te inventariseren wat belemmerende en bevorderende factoren zijn die verpleegkundigen ervaren bij het terugdringen van dwang volgens de richtlijn. Het is van belang dit in kaart te brengen om op basis hiervan aanbevelingen te kunnen doen om het terugdringen van dwang volgens de richtlijn in de praktijk te kunnen verbeteren.

1.2 Vraagstelling

Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk bij het terugdringen van dwang bij patiënten met EPA volgens de richtlijn 'Dwang in de GGZ'

Onderzoeksmethoden

Uit de inleiding blijkt het belang van het terugdringen van dwang in de zorg, echter is nog niet duidelijk wat belemmerende en bevorderende factoren zijn bij het terugdringen van dwang volgens de richtlijn. Door middel van kwalitatief, beschrijvend onderzoek wilde de onderzoeker hier antwoorden op vinden (Polit & Beck, 2021). Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat dit inzicht geeft in het eerste persoonsperspectief (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p. 67). De onderzoeker wilde weten wat de ervaringen van de zorgprofessionals zijn. Vanaf het eerste interview werd een audit-trail bijgehouden om keuzes en motieven binnen de studie inzichtelijk te maken (Frambach et al., 2013; Polit & Beck, 2021).

Studiepopulatie

De populatie bestond uit verpleegkundige en agogen werkzaam op de klinische afdelingen binnen de IZ van Vincent van Gogh. Hier verblijven ongeveer 120 patiënten met ernstige psychiatrische problemen. Zij zijn verdeeld over VB1 t/m 4 en de LBV. De patiëntpopulatie binnen de afdelingen verschilt met name van elkaar door leeftijd en agressie. De studiepopulatie werden via een e-mail uitgenodigd voor dit onderzoek, en later werden hun afdelingen bezocht door de onderzoeker om deelnemers te werven. De onderzoekspopulatie ontving via e-mail het PIF, dat voor de interviews werd ondertekend. Er werden acht deelnemers geworven. Er werd gestreefd naar spreiding binnen de afdelingen, gezien er onderling enig verschil is in patiëntpopulatie en werkplek. Op alle afdelingen verblijven mensen met EPA.

Inclusiecriteria:

- Werkzaam binnen IZ van VvG als verpleegkundige (niveau 4,5 of B opgeleid), agoog (social studies, SPH opgeleid) of begeleider (MBO SPW, MZ, PB of ervaringsdeskundige).
- De deelnemer krijgt in de praktijk te maken met de inzet en het terugdringen van dwang zoals beschreven in de WvGGZ.
- De deelnemer heeft minimaal vijf keer te maken gehad met inzet van dwang.

Exclusiecriteria:

- Ondersteunende diensten binnen IZ, te denken aan dagbesteding, schoonmaak, afdelingsondersteuning of management.
- Werkzaam binnen LBV. Onderzoeker is hier behandelaar, het risico op bias is groot.

Deelnemersnummer	Werkplek	Functie	Werkervaring met betrekking tot gedwongen zorg
D1	Vb1	GGZ-agoog	20 jaar
D2	VB3	Verpleegkundige	45 jaar
D3	VB3	GGZ-agoog	6 jaar
D4	VB4	Begeleider	20 jaar
D5	VB4	GGZ-agoog	25 jaar
D6	VB3	GGZ-agoog	30 jaar
D7	VB1	Verpleegkundige	3 jaar
D8	VB2	GGZ-agoog	3 jaar

Tabel 1, deelnemers.

Procedure

In november 2022 werd dit onderzoek niet WMO plichtig verklaard door de METCZ. De vragen binnen dit onderzoek waren naar alle waarschijnlijkheid niet emotioneel belastend en de deelnemers werden geen gedragsregels opgelegd of aan handelingen onderworpen. De METCZ gaf schriftelijk toestemming onder nummer METCZ20220108.

Het onderzoek werd goedgekeurd schriftelijk goedgekeurd in januari 2023 door de Commissie Wetenschap Onderzoek en Participatie (CWOP) van Vincent van Gogh.

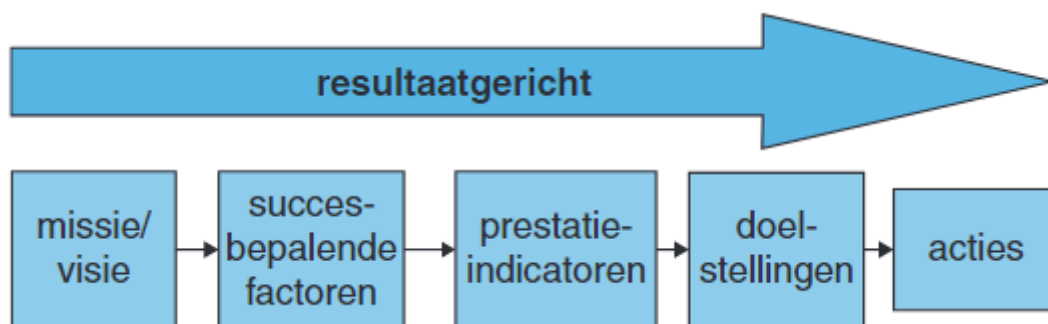
Data-verzameling

De interviews vonden plaats in het hoofgebouw van Vincent van Gogh in februari en maart 2023.

De interviews werden individueel afgenomen. Het interview werd face-to-face afgenomen, hierdoor kon de onderzoeker de reactie van de geïnterviewde zien en hierop anticiperen tijdens het doorvragen (Baarda, 2014, p. 98).

De onderzoeker koos voor dataverzameling via semigestructureerde interviews. Er werd gebruik gemaakt van individuele semigestructureerde interviews om gegevens te verzamelen. De hoofd- en deelvragen lagen vast, echter had de interviewer de mogelijkheid om door te vragen waar nodig. Er bestond hierdoor structuur waardoor de deelvragen beantwoord werden (Ostelo, et al., 2012, p. 58). Een semigestructureerd interview was geschikter dan een open of gestructureerd interview (Baarda et al., 2021) Een focusgroep werd overwogen, echter bestond dan een risico op sociaal wenselijk antwoorden gezien de vraagstelling (Baarda et al., 2021, p. 196).

Het A3-model (figuur 1) werd gebruikt om belemmerende en bevorderende factoren bij het terugdringen van dwang in kaart te brengen. Dit model leent zich om visie, doelstellingen en subjectieve belevingen in kaart te brengen (Doeleman, 2014, geciteerd in Wollersheim, et al., 2020 p. 93-94). Het onderdeel 'acties' uit dit model wordt niet meegenomen, omdat dit een onderzoek betreft. Het model was geschikt omdat er gezocht werd naar persoonlijke belevingen rondom bevorderende en belemmerende factoren. De onderwerpen uit hoofdstuk 4 van de richtlijn Dwang en Drang (het betrekken van de patiënt en zijn naasten, organisatie en professionaliteit) werden als basis gebruikt om via het A3-model een interviewgide op te stellen, per onderdeel werd het A3-model doorlopen. Dit gaf de interviewer structuur en ruimte om door te vragen.



Figuur 1, het A3-model Doeleman, 2014, geciteerd in Wollersheim, et al., 2020 p. 93-94

Middels een pilotinterview met een IZ-verpleegkundige werd gecontroleerd of de onderzoeksvragen beantwoord worden en of de vragen duidelijk waren voor de geïnterviewde persoon. Er werd één vraag rondom de bewustwording van dwang toegevoegd.

Data-analyse

De interviews werden middels audio-opname opgenomen en hierna letterlijk getranscribeerd. Hierna werden de verzamelde gegevens inductief gecodeerd. Hiervoor werd gekozen omdat er nog geen bestaande theorie is over de onderzoeksvraag (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Er werd gebruik gemaakt van een drie type codering, achtereenvolgens werd er open, axiaal en selectief gecodeerd (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p. 112). De studie vereiste een inhoudsanalyse om kennis te ontwikkelen of uitbreiden). Er werd gebruik gemaakt van een conventionele inhoudsanalyse (Kyrngäs & Vanhanen, 1999, geciteerd in Hsieh & Shannon, 2005). De transcripten werden open gecodeerd door woorden toe te kennen stukken tekst. De woorden werden gevonden in de tekst, of gaven aan waarover het stuk tekst ging. Hierna werd er axiaal gecodeerd: de open codes werden op onderwerp geordend en er werd een axiale code aan toegekend, de axiale codes zeiden iets over de inhoud van de groep open codes. De axiale codes werden vervolgens ondergebracht in drie selectieve codes: het betrekken van de patiënt en hun naasten, organisatie en professionaliteit. Onder deze selectieve codes werden de resultaten weergegeven als bevorderende en belemmerende factoren.

Kwaliteitscriteria

Er werd gebruik gemaakt van het Lincoln-Guba framework om de kwaliteit van de studie te vergroten (Frambach et al., 2013; Polit & Beck, 2021).

Credibility: De credibility werd verhoogd door intercodeursbetrouwbaarheid. Er werd gecodeerd door de onderzoeker en een tweede codeur die verder niet bij de studie betrokken was, dit betrof een behandelaar binnen de IZ. De gevonden codes werden vergeleken, er vond discussie en consensus plaats over de gebruikte codes en teksten. Er vond een member-check plaats: de deelnemers lazen hun getranscribeerde interview en gaven akkoord. Zij hadden geen op-of-aanmerkingen. Eén deelnemer was voor de onderzoeker niet langer bereikbaar. De inductieve inhoudsanalyse werd door de hoofdonderzoeker gecontroleerd om te kijken of deze tot dezelfde conclusies kwam.

Transferability: Binnen dit onderzoek werd gestreefd elke stap (uitslagen, context, coderingen) zo precies mogelijk te omschrijven om tot thick description te komen.

Dependability: Na vier interviews werd er per interview gekeken of er sprake is van datasaturatie. Er werd door middel van een pilot interview en tussentijdse evaluaties geëvalueerd of de interviewgide aangepast diende te worden.

Confirmability: Vanaf het pilot interview werd een audit trail bijgehouden om de keuzes, en motieven daarvan die binnen dit onderzoek gemaakt werden bij te houden. Daarnaast vond tijdens het onderzoek peer debriefing plaats.

Resultaten

Binnen de studie waren er acht deelnemers. Het ID-nummer werd gekoppeld aan het interviewnummer om te anonimiseren.

Door inductieve codering ontstonden drie open codes die herleid konden worden naar de hoofdstukken uit de richtlijn. Na analyse werden de meest genoemde resultaten beschreven.

Het betrekken van de patiënt en zijn sociale omgeving

Bevorderende factoren

Deelnemers geven aan dat een vertrouwensband met de patiënt bevorderend is bij het terugdringen van dwang. Deze band ontstaat door de betrouwbare ander te zijn, contact te maken, autonomie te bevorderen en na het toepassen van dwang aan contact herstel te doen.

‘Alles wat je in de goede tijden opbouwt met iemand... Dat heb ik in de jaren eigenlijk gemerkt op alle plekken waarin heb gewerkt. Krijg je in de slechte tijd vaak terug’ (D5).

De deelnemers benoemen dat in bejegening het van belang is goed te luisteren naar de patiënt. Dit draagt bij aan het continue gesprek dat gevoerd wordt over dwang. Het gesprek met de patiënt wordt bevorderend ervaren, het stelt de deelnemers in staat om samen met de patiënt keuzes te maken. Indien dit niet zou gebeuren zou er meer dwang nodig zijn.

‘Zonder de patiënt geen behandeling namelijk!’ (D1)

Deelnemers gaven aan dat het bespreken van alternatieven voor dwang helpend is bij het terugdringen van dwang. De deelnemers ervaren dat de patiënt zo meer autonomie krijgt.

‘Ik vind dat heel belangrijk om dat bespreekbaar te maken hoe hij of zij zich voelt bij het stukje dwang dat je toepast... Dan vraag ik echt hoe het voor diegene voelt, en hoe het nu is en uhm wat diegene anders zou kunnen doen dat het niet meer zo hoeft te gebeuren’. (D7)

Het betrekken van naasten wordt door de helft van de deelnemers genoemd als bevorderende interventie om dwang terug te dringen, ook wordt benoemd dat de band met familie vaak slecht is en dit juist belemmerend werkt.

Contactherstel na het toepassen van dwang, voorkomt dwang in de toekomst.

‘Maar je moet het kunnen verantwoorden en daar echt op terugkomen en er over praten en het verbeteren. . Je moet echt aan contactherstel doen’. (D4)

Belemmerende factoren

Een deel van de deelnemers benoemt dat er een grotere tijdsinvestering nodig is om de patiënt te betrekken bij het terugdringen van dwang.

‘Het kost alleen meer tijd, je moet er langer tijd in investeren door met ze in gesprek te gaan...’ (D7)

Een deel van de patiënten ontkent ziek te zijn en geen zorg nodig te hebben, dit is een belemmering bij het terugdringen van dwang.

‘...Sommige patiënten zijn het er helemaal niet mee eens waar eraan gewerkt wordt, willen niet eens dat daaraan gewerkt wordt, zijn daar ABSOLUUT niet mee bezig!’ (D1)

Deelnemers geven aan dat het beheersmatig werken, waarbij de patiënt continue gecorrigeerd wordt op allerlei onderdelen van het leven, belemmerend is bij het terugdringen van dwang. Er wordt genoemd dat dit uit zorg voortkomt, maar dat hier juist meer dwang door ontstaat omdat er weerstand bij de patiënt ontstaat.

‘Ik geef een voorbeeld van wat ik zelf zie gebeuren. Dat mensen een kastdeur op slot draaien, terwijl die cliënt dat niet wil. Dat is dwang, dat gebeurt maar dat mag eigenlijk niet zomaar en het wordt ook niet opgeschreven, men is zich daar niet bewust van...’ (D2)

Professionaliteit

Bevorderende factoren

Er wordt benoemd dat het hebben van behandelaren (VS, psychiater, psycholoog) bevorderend is bij het terugdringen van dwang, zij mogen meer zichtbaar zijn voor de cliënten volgens de deelnemers.

‘We hebben zelf heel lang zonder behandelaar überhaupt gedaan... Al is dat alweer een tijdje geleden. Wat dat betreft wordt dat nu een stuk serieuzer genomen. We zijn er nog niet... maar de langdurige zorg begint wat betere vormen te krijgen. En dat is denk ik wel heel positief’ (D1).

Het methodisch werken met Triple C wordt ervaren als bevorderend bij het terugdringen van dwang. Triple C is een methode waarbij niet het probleemgedrag maar de menselijke behoefte centraal staan. Er wordt genoemd dat dit een methode is om mensen perspectief en een zinvolle dag te geven, waardoor minder dwang nodig is. Scholing in Triple C is onvoldoende aanwezig.

‘We werken vanuit de afdeling vanuit een Triple C klimaat. Ik merk wel dat er iets meer scholing in de praktijk gebracht kan worden. Maar iedereen wil het liefst op die manier, ze staan er allemaal achter. Triple C staat eigenlijk voor het gewone leven, en daar past dwang niet in natuurlijk’ (D8).

Vrijwel alle deelnemers geven aan dat er reflectie op de toepassing van dwang plaatsvindt, het eigen handelen met betrekking tot het terugdringen ter discussie gesteld wordt. Eén deelnemer geeft aan dat dit binnen de werkplek gebeurt door te weinig animo.

‘Dat gebeurt vooral tijdens de dienst. Ik neem daar zelf altijd veel tijd voor tijdens overdrachten, bijvoorbeeld als er bepaalde dingen niet zijn gelukt, of een collega loopt ergens tegen aan’ (D3).

‘Och reflectie, het zou mooi zijn als die mogelijkheid er was... Ik denk dat er te weinig animo voor is’ (D2).

Het evalueren van dwang wordt gezien als bevorderende factor bij het terugdringen van dwang.

‘Ik probeer dat sowieso altijd met de cliënt te doen. En ook als ik zelf bijvoorbeeld niet bij een situatie betrokken was, dan probeer ik dat ook met mijn collega’s en eventueel de behandelaren te doen’ (D3).

Belemmerende factoren

De meeste deelnemers geven aan dat men zich niet altijd bewust is van het gebruik van dwang. Hierdoor bestaat verborgen dwang. Dit heeft meestal betrekking op kleinere vormen van dwang, zoals het afsluiten van kasten of het opleggen van gedragsregels.

‘Ik denk in een aantal zaken wel hoor, maar bij aantal zaken is het zo van ja dat is afgesproken, is normaal en wordt daar niet meer bij nagedacht, terwijl daar dan eigenlijk gewoon dwang achter zit’. (D5)

Continuïteit binnen het team wordt gezien als manier om dwang terug te dringen, echter kan deze niet altijd geboden worden. De inzet van flex-personeel zorgt voor een toename van dwang.

‘Je ziet wel onrust toenemen als er veel wisselend personeel is, veel flexers enzo. Daarbij hoort dan soms ook een toename van dwang’. (D5)

Een gedeelde visie op het terugdringen van dwang ontbreekt binnen de teams, waardoor een aantal deelnemers het idee hebben zich te moeten conformeren aan de bestaande situatie.

‘... Maar ik moet wel, want ja, ik werk binnen een team. Maar ik zeg mijn zegje daar over en in die zin ben ik deelgenoot van het team, en heb ik me daaraan te conformeren’. (D2)

Alle deelnemers geven aan dat de visie op dwang vanuit de instelling hen onbekend is.

‘Ik heb die ooit voor school moeten opzoeken: Ik vond die visie toen heel erg gericht op thuisbegeleiding... Ik kan hem me niet meer helemaal voor de geest halen, maar volgens mij stond er niet zo veel in over dwang’.

Het terugdringen van dwang wordt belemmerd door onvoldoende psychiatrisch geschoold personeel, zij weten onvoldoende om te gaan met de inhoudelijke ziektebeelden waardoor dwang blijft bestaan of toeneemt.

‘Dat is een probleem want er is een groot tekort aan mensen die echt psychiatrisch geschoold zijn’ (D2).

De deelnemers hadden weinig kennis over de richtlijn dwang en drang in de GGZ. Enkel D5 kon inhoudelijk iets vertellen over de richtlijn, hij gaf aan er weinig mee te doen. De overige deelnemers kenden de richtlijn niet, of gaven aan hem te kennen maar inhoudelijk over de WvGGZ te praten.

Organisatie van zorg

Bevorderende factoren

Het bieden van een zinvolle dagbesteding werkt volgens de deelnemers bevorderend op het terugdringen van dwang.

‘Dagbesteding geeft dan ook voldoening, afleiding en perspectief geven. Uh ik denk dat dat heel belangrijk is meer structuur en zingeving’ (D8).

Het bieden van alternatieven voor dwang zoals het bieden van een zinvolle dagbesteding wordt als bevorderend ervaren.

‘Het is belangrijk dat het hele team niet te snel dwang inzet, maar het op een andere manier gaat proberen’ (D8).

Het maken van patiënt specifiek beleid is bevorderend bij het terugdringen van dwang.

‘We kijken wat heeft iemand op dat moment nodig om nog maximaal te kunnen functioneren’ (D1).

Belemmerende factoren

Protocollen en regels, met name met betrekking tot administratieve zaken of algemene regels worden vaak ervaren als tijdrovend en te uniform en daarmee belemmerend bij het terugdringen van dwang.

‘Het aan zo veel protocollen moeten voldoen, en dan is het soms het protocol meer heilig dan werkelijk kijken, is dit nou mogelijk voor de cliënt’ (D4).

Registratiegegevens zijn niet inzichtelijk voor de deelnemers. Benoemd wordt dat sinds invoering van Pluriform er veel misgaat bij het registreren van dwang.

'Ik vind het wel een stuk lastiger om het goed te registeren... je kan wel zien dat iemand dwangmedicatie krijgt, maar je hebt daar geen lijn in. Dat mis ik denk ik wel...'(D7).

De deelnemers geven allen aan dat er te weinig scholing wordt aangeboden. Er zou geen scholing beschikbaar zijn over het terugdringen van dwang. Er zou ook meer scholing moeten zijn over de WvGGZ.

'Ik heb geen cursus gezien op dat gebied. Er is een suïcidepreventie maar dat gaat niet echt over dwang' (D7).

Conclusie & Discussie

Binnen dit onderzoek werd gepoogd bevorderende en belemmerende factoren aan de hand van de richtlijn Dwang en Drang in de GGZ in kaart te brengen. De onderzoekspopulatie bestond uit 8 personen, werkzaam op verschillende afdeling van het Vincent van Gogh.

Alle interviews werden door de onderzoeker middels het A3-model afgenomen. Hierdoor werd structuur aangebracht en werden deze op eenzelfde wijze afgenomen. Het model hielp de onderzoeker bij het formuleren van vragen. Gezien de onervarenheid met interviewen kan dit als positief gezien kan worden. Een nadeel daarvan was dat de onderzoeker merkte dat doorvragen soms belemmerd werd door het A3-model, de onderzoeker koos tijdens de interviews soms voor een nieuwe vraag, waar doorvragen beter was geweest.

Er werd vanaf de start van het onderzoek een audit-trail bijgehouden. Na 4 interviews vond tussentijdse analyse plaats. Na interview 8 vond analyse plaats en bleek er in de laatste 2 interviews geen nieuwe informatie meer gevonden. Er is gebruikt gemaakt van het Lincoln-Guba framework om de kwaliteit van het onderzoek te bevorderen (Polit & Beck, 2021, p. 569; Frambach et al., 2013). Door het gebruik hiervan werd de objectiviteit, interne validiteit en betrouwbaarheid van de studie verhoogd. Mogelijk had de onderzoeker de stappen nog preciezer kunnen beschrijven om tot thick description te komen.

Bevorderende factoren bij het terugdringen van dwang zit volgens de populatie met name in de directe patiëntzorg, zoals: het aangaan van het gesprek, het verkrijgen van een vertrouwensband, zoeken naar alternatieven, reflectie en evaluatie. Daarnaast verdient het gebruik van Triple C als methode een aparte vermelding, deelnemers waren het erover eens dat dit erg helpend is om dwang terug te dringen doordat zij in staat worden gesteld patiënten zoveel mogelijk deel te laten nemen aan 'het normale leven' (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015).

De factor die door alle deelnemers als belemmerend aangemerkt werd was het gebrek aan scholing op het gebied van dwang en het gebied van Triple C. De afwezigheid van een instellingsbrede visie wordt gemist, een aantal gaf aan hier een bijdrage aan te willen leveren.

Continuïteit van zorg wordt genoemd als belemmerend: het is duidelijk merkbaar dat er meer dwang wordt toegepast als er meer flex-medewerkers aanwezig zijn. Uit onderzoek blijkt personele continuïteit van groot belang (Klingemann, et al. 2019).

Een aantal deelnemers gaf aan dat het voldoen aan protocollen en administratieve last hen zo veel tijd kost, dat er weinig tijd over blijft om dwang terug te dringen. Registratiegegevens zijn niet inzichtelijk, waardoor voor de deelnemers niet zichtbaar is hoeveel dwang er toegepast wordt.

Bij dwang wordt met name aan verplichte medicatie en separatie gedacht, andere vormen van dwang werden weinig genoemd, dit was een belemmering voor het onderzoek: dwang omvat meer dan alleen separatie en medicatie, waardoor mogelijk een incompleet beeld ontstaat van belemmerende en bevorderende factoren. Een andere conclusie, en tevens beperking was het kennishiaat onder de deelnemers omtrent de richtlijn: slechts één deelnemer was in staat summiere uitleg te geven over de richtlijn. Door dit kennishiaat was de onderzoeker niet in staat voldoende diepgang binnen de interviews aan te brengen.

De resultaten en conclusie van die onderzoek moeten, gezien de beperkte onderzoekspopulatie en de onervarenheid van de onderzoeker met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Er wordt aanbevolen verder onderzoek te doen waar behoeftes met betrekking tot scholing omtrent dwang liggen. Daarnaast wordt aanbevolen een instellingsbrede visie met betrekking tot gedwongen zorg te ontwikkelen, en hier de verpleegkundige teams bij te betrekken. De richtlijn lijkt onvoldoende geïmplementeerd is, slechts één deelnemer had summiere kennis over de richtlijn. Er wordt aanbevolen de richtlijn opnieuw te implementeren.

Bibliografie

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E., & Van der Velden, T. (2021). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek (5^e druk)*. Noordhoff.
- Boeije, H., & Bleijeborgh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek (3e druk)*. Boom uitgevers.
- Chieze, M., Clavien, C., Kaiser, S., & Hurst, S. (2021). Coercive measures in psychiatry: A review of ethical arguments. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.790886>
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L., Latour, C., & Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 446–459. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
- Doeleman, H. J. (2014, 26 maart). Leiderschap in planning & control: Een onderzoek naar de grondslagen, werking, implementatie en het effect van de A3 methodiek. *Vakmedianet*. <https://research.vu.nl/ws/files/42127991/cover.pdf>
- Frambach, J.M., Van der Vleuten, C.P.M., & Durning, S.J. (2013). *AM Last Page, Quality Criteria in Qualitative and Quantitative Research*. Geraadpleegd op 1-8-2022, via https://journals.lww.com/academicmedicine/Citation/2013/04000/AM_Last_Page__Quality_Criteria_in_Qualitative_and.29.aspx
- Hegarty, L., & Brusasco, M. (2020). Life, liberty and the therapeutic relationship: examining the place of compulsory treatment in modern psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 29(1), 66–68. <https://doi.org/10.1177/1039856220924319>
- Hengeveld, M.W., Van Balkom, A.J.L.M., Van Heeringen, C., Sabbe, B.G.C. (2020) *Leerboek Psychiatrie (3^e druk)*. Boom de Tijdstroom.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-88. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>.

Ketenmonitor Wvggz en Regiomonitor Wvggz. (2022, 24 augustus). Website Ketencoördinatieteam

Wvggz. Geraadpleegd op 23 juli 2022, van <https://wvggz-kct.nl/ketenmonitor-wvggz-en-regiomonitor-wvggz/>

Klingemann, Justyna., Welbel, Marta., Pribe, Stefan., Giacco, Domenico, Giacco., Matanov, Aleksandra., Lorant, Vincent., Bourmorck, Delphine., Soltmann, Bettina., Pfeiffer, Steffi., Miglietta, Elisabetta., Ruggeri, Mirella., Moskalewicz, Jacek. (2019, 6 september) Personal continuity versus specialisation of care approaches in mental healthcare: experiences of patients and clinicians—results of the qualitative study in five European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55 (205-216 (2020)). <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01757-z>

Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R. & Nagel, M. (2020, 4 juni). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 149–162. <https://doi.org/10.1111/jpm.12643>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 2 juli). *Aantal meldingen dwangbehandelingen, middelen of maatregelen 2010–2019*. Wetten in ons toezicht | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd op 21 juli 2022, van <https://www.igi.nl/onderwerpen/wetten-in-ons-toezicht/wet-bopz/aantal-meldingen-dwangbehandelingen-middelen-of-maatregelen>

Mahler, Lieselotte., Mielau, Juliane., Heinz, Andreas., & Wullschleger, Alexandre. (2019). Same, Same But Different: How the Interplay of Legal Procedures and Structural Factors Can Influence the Use of Coercion. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.1007/s41184-020-0827-1>

Munten, G. (2020). Dwangmaatregelen toepassen in de acute GGZ. *TVZ - Verpleegkunde in praktijk en wetenschap*, 130(4), 52–54. <https://doi.org/10.1007/s41184-020-0827-1>

Nederlandse vereniging voor Psychiatrie & Federatie Medisch specialisten. (2016). *Dwang en drang in de GGZ*. Richtlijndatabase. Geraadpleegd op 21 juli 2022, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html

Ostelo, R., Verhagen, A. P., & Vet, H. D. C. W. (2012). *Onderwijs in wetenschap: Lesbrieven voor paramedici* (3de editie). Bohn Stafleu van Loghum.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th edition). Wolters Kluwer

Sashidharan, S. P., Mezzina, R., & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(6), 605–612.

<https://doi.org/10.1017/s2045796019000350>

Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). “Treat me with respect”. A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients’ reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9–10), 681–698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>

Verbeke, E., Vanheule, S., Crauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Dwang en macht in de psychiatrie: Een kwalitatieve studie met ex-patiënten. *Neuron*, 24, 37–40.

<https://core.ac.uk/download/pdf/222452356.pdf>

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. (2018, 24 januari). Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 23 juli 2022, van

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0040635/2022-01-01/0#Opschrift>

Wollersheim, H., Ahaus, C. T. B., Hamming, J. F., Wagner, C. & van der Weijden, T. (2020, mei). *Kwaliteit en veiligheid in patientenzorg* (2de editie). Bohn Stafleu van Loghum.

Van Wouwe, H., & Van De Weerd, D. (2015). *Het gewone leven ervaren: Triple-C in theorie en praktijk*.

