

Het opendeurenbeleid in Oslo: zowel het beginpunt als het slotakkoord

K.H. Westen, E. de Bruijn, E. Velthorst, H. Kroon, Ph. Delespaul

- Achtergrond** In het Lovisenberg Diakonal Ziekenhuis werkt men met een recent geïntroduceerd opendeurenbeleid in (voorheen) gesloten psychiatrische opnameafdelingen voor mensen met een gedwongen opname in een acute psychiatrische crisis. Een moderne ggz die opvallend dichtbij een Nederlandse zorgorganisatie staat met dezelfde waarden en normen biedt een voorbeeld voor de implementatie van het opendeurenbeleid in Nederland.
- Doel** Het opdoen van inspiratie voor het terugdringen van dwang in de klinische ggz en een nieuw kwaliteitsontwikkelings- en beoordelingsproces voor gesloten opname afdelingen in de Nederlandse ggz.
- Methode** Met een delegatie ggz-professionals gingen we op werkbezoek bij het Lovisenberg Diakonal Hospital in Oslo om het opendeurenbeleid te observeren ter reflectie.
- Resultaten** De basis van de werkwijze in Oslo was de pragmatische invoering van het opendeurenbeleid met een voorbereiding op basis van de dialoog en een daadwerkelijke implementatie op basis van evaluaties en creativiteit. De voorlopige resultaten waren positief en leken niet tot meer incidenten te leiden.
- Conclusie** Het introduceren van een opendeurenbeleid is een duidelijk besluit op basis van de universele rechten van de mens en vraagt in de uitvoering veel ruimte voor exploratie. Betrokkenen committeren zich om datagedreven te innoveren en daarbij herstel- en teamuitkomsten van elkaar te onderscheiden. Deze werkwijze stimuleert een proces van ontwikkelingsgericht leren.

Het terugdringen van dwang (gedwongen opname, zorg of vrijheidsbeperkende maatregelen) en drang (beïnvloeden van keuzevrijheid) is een gedeelde ambitie in de Nederlandse en internationale geestelijke gezondheidszorg (ggz).¹⁻⁴ Dat men daar zeer wisselend invulling aan geeft, is duidelijk.⁵ In de Nederlandse ggz blijven de dwang- en drangcijfers relatief hoog.⁶ Met de beddenreductie verdwenen veel open afdelingen en rest geen alternatief behalve een opname op een gesloten afdeling, met daarbinnen of daarnaast zogenaamde extra beveiligde kamers die nog meer beveiligd zijn. Hoewel het een controversiële maatregel is, blijft het afzonderen van cliënten een veelvoorkomende praktijk die vanuit politiek, ethisch, juridisch en klinisch oogpunt brede aandacht heeft gekregen en waarvoor actief wordt opgeroepen om alternatieven te zoeken.^{1,2,7} Volledige afschaffing ervan wordt in het VN-verdrag beschreven, maar op dit moment moeilijk haalbaar geacht.⁸ Programma's om afzondering te verminderen, het te gaan zien als een uiterste redmiddel (*last resort*), dragen uiteindelijk bij aan de kwaliteit en veiligheid van zorg.^{8,9} Cliënten ervaren afzondering namelijk als een strafmaatregel, een uitvoering van sociale controle en als een intensivering van reeds bestaande gevoelens

van uitsluiting, afwijzing, verlaten en isolement.⁷ Tegelijkertijd heeft Nederland met 94 bedden per 100.000 er nog een relatief hoog aantal in vergelijking met Noorwegen (74).^{10,11} Daar wordt in het Noorse Oslo sinds 2021 geëxperimenteerd met een opendeurenbeleid op de vroeger gesloten opnameafdelingen in het algemene Lovisenberg Diakonal Ziekenhuis.

Acute psychiatrie in het centrum van Oslo

Met bijna 650.000 inwoners is Oslo de grootste stad van Noorwegen. Het Lovisenberg Diakonal Ziekenhuis draagt zorg voor de acute psychiatrische opnamen voor 270.000 inwoners in het centrum van Oslo, waaronder Gamle Oslo (Oud-Oslo), dat bekendstaat om haar drugscene en grote sociale en mentale gezondheidsproblemen. Het ziekenhuis stond in 2022 dan ook in de nationale top van het gebruik van dwang en de besluiten tot dwang.¹² Het ziekenhuis ligt op een campus en de psychiatrische afdelingen zijn gehuisvest in een flatgebouw, genaamd L21F, van zes verdiepingen. De acute opnameafdeling voor mensen in een psychiatrische crisis bevindt zich op de begane grond en de vijf reguliere opnameafdelingen, met elk 10 bedden, bevinden zich op de hogere verdiepingen. Iedere afdeling heeft een

AUTEURS

Koen Westen, docent-onderzoeker, Avans Hogeschool, senior onderzoeker, Reinier van Arkel, vicevoorzitter CCAF, promovendus, Tranzo, Tilburg University.

Eva de Bruijn, klinisch psycholoog, GGZ Breburg, promovendus, Tranzo, Tilburg University.

Eva Velthorst, hoofd wetenschappelijk onderzoek, GGZ Noord-Holland-Noord.

Hans Kroon, psycholoog, hoofd Programma Zorg & Participatie, Trimbos-instituut, hoogleraar Community mental health care & recovery, Tilburg University, bestuurslid CCAF.

Philippe Delespaul, hoogleraar Innovatie in de GGZ, Maastricht University, klinisch psycholoog en bestuursadviseur, Mondriaan Zorggroep, bestuurslid CCAF.

Correspondentie

K.H. Westen (kh.westen@avans.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-7-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(9):522-526

verpleegkundige-cliëntratio van 1 op 2 overdag en 1 op 3 á 4 cliënten 's nachts. Dat is voor Nederlandse begrippen een hoge stafbezetting (idealiter 1 op 3 overdag en 1 op 4 's nachts (HIC-monitor), maar dat wordt in de praktijk niet overal gehaald.¹³

Noorwegen kent, in tegenstelling tot Nederland, geen forensische sector, waardoor cliënten in de reguliere ggz terechtkomen. L21F herbergt dan ook een afdeling, Post 2A, met 8 bedden met een hogere bestaffing voor cliënten die met een strafrechtelijke titel zijn opgenomen. Op die unit is speciale aandacht voor de veiligheid van staf en cliënten. Er zijn jaarlijks 1100 acute opnames, waarvan 30% gedwongen (ongeveer gelijk aan de Nederlandse cijfers).¹⁴ Ongeveer 40% van de opgenomen patiënten op de acuteopnameafdeling gaat daar, binnen enkele dagen, met ontslag. Indien een langer verblijf op een reguliere afdeling noodzakelijk is, dan is de gemiddelde opnameduur daar 18 dagen en is 75% van de cliënten gedwongen opgenomen.¹⁵

Dwangmaatregelen in Noorwegen

Dwangmaatregelen tijdens een gedwongen opname, maar ook tijdens een ambulante zorgtraject, zijn in Noorwegen toegestaan. Het gaat om gedwongen medicatie (acute kalmerende of sederende medicatie en langdurige antipsychotica), afzondering/isolatie, mechanische en fysieke beperkingen (zoals de Zweedse band om mensen met een band te fixeren aan bed of stoel), gedwongen observatie en medisch onderzoek. Het is mogelijk zorg op te schalen op een apart, afgeschermd subunit met meer personeel ('skjerming' (bescherming) genoemd). Alle dwangmaatregelen moeten worden goedgekeurd door een ziekenhuispsychiater of psycholoog en mogen alleen worden gebruikt als alle vrijwillige mogelijkheden zijn uitgeput.¹³

Reductie van dwang en drang

In eerdere projecten hebben de professionals van de afdelingen van L21F het gebruik van, het in Nederland ook gangbare, bed-op-recept (BoR) reeds geïmplementeerd.¹⁶ Een BoR biedt cliënten eigen regie op het gebruik van een kortdurend klinisch verblijf, meestal voorzien van een strippenkaart om het aantal mogelijkheden per jaar te maximaliseren. Respijtoorzieningen lijken deze mogelijkheid nu deels over te nemen in Nederland. Het is de veronderstelling dat het afspreken van een BoR (of telefoon-op-recept; ToR) met de cliënt en naasten preventief werkt wat betreft het gebruik van dwang en drang. Het gebruik van mechanische beperkingen, de Zweedse band, werd in 2013-2014 in een ander project teruggebracht met 85% van 5,6 uur (de Noorse mediaan voor het gebruik) tot periodes van gemiddeld 8 minuten voor vrouwen en 13 minuten voor mannen.^{12,17-19} Deze initiatieven vormen de referentie om dwang verder te reduceren.

De ontwikkelingen in Oslo lopen samen met de ambities van de Nederlandse ggz en overheid om dwang en drang te reduceren. Sinds 2013 investeert Nederland in het uitrollen van high- en intensievecareafdelingen voor mensen in een ernstige psychiatrische crisis.²⁰ Gesloten deuren en 'skjerming' zijn een regulier onderdeel van het HIC-model en worden gevisiteerd tijdens audits. Hoewel onbedoeld, heeft het HIC-model vormen van dwang in het Nederlandse ggz-systeem geïnstitutionaliseerd. Een werkbezoek aan L21F van het Lovisenberg Diakonaal Ziekenhuis paste goed in de zoektocht naar het antwoord op de vraag: hoe kan het opendeurenbeleid effectief worden geïmplementeerd in gesloten psychiatrische opnameafdelingen in Nederland, gebaseerd op inspiratie en ervaringen van een vergelijkbare benadering in het Lovisenberg Diakonaal Ziekenhuis in Oslo?

METHODE

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag voerden we een werkbezoek uit met een delegatie van ggz-professionals, bestaande uit de auteurs, in samenwerking met onderzoekers en personeelsleden van het ziekenhuis en de Oslo Commune (gemeente Oslo). Tijdens het werkbezoek kregen we de gelegenheid om de dagelijkse gang van zaken op de afdeling direct te observeren en relevante informatie te verzamelen. Observaties werden genoteerd, ter plekke besproken en naderhand gezamenlijk geëvalueerd. Een uitgebreide analyse vond bij thuiskomst plaats en deze werd aangevuld met ter beschikking gestelde (Noorse) bronnen om inzicht te krijgen in de praktijk van het opendeurenbeleid op L21F, daarop te reflecteren en aanbevelingen te kunnen formuleren voor de implementatie ervan in de Nederlandse context.

Opendeurenbeleid

In hun verkenning van nieuwe ideeën om dwang en drang te reduceren, kwamen de professionals en onderzoekers van L21F in contact met vergelijkbare (niet-forensische) psychiatrische afdelingen in Zwitserland en Duitsland. Deze afdelingen experimenteerden sinds 2000 met een opendeurenbeleid, waarbij men de voorheen gesloten deuren openzet. Een recent artikel liet zien dat de kansen op dwangmaatregelen op afdelingen met een opendeurenbeleid 9-33% kleiner zijn in vergelijking met behandelingen op afdelingen met een gesloten-deurenbeleid.²¹ De gecontacteerde afdelingen waren in staat dwang te verminderen en realiseerden een positief effect op de ervaren spanningen en escalaties op de afdeling.²¹⁻²⁷ Ook cliënten ervoeren een positievere sfeer op de afdeling met meer onderlinge cohesie, een gevoel van veiligheid en therapeutische steun.^{27,28} Het opendeurenbeleid zou leiden tot minder suïcidepogingen, suïcides, ontsnappingen van cliënten van de afdeling en geweldsincidenten tegen het personeel.^{29,24} Noorse delegaties bezochten de afdelingen in Duitsland en Zwitserland en ontwikkelden op basis van hun ervaringen, samen met het personeel, hun versie van het opendeurenbeleid.

Er werd een uitgebreide voorbereidingstijd genomen om het beleid praktisch in te richten en om bedenkingen rond het opendeurenbeleid met alle betrokkenen te bespreken. Uit kwalitatief onderzoek bleken personeelsleden ambivalent te zijn over het aankomende beleid en angstig om veiligheid en controle te verliezen.³⁰ Tegelijkertijd voelde men zich onderdeel van een grootse paradigmaverschuiving in de ggz en was men trots om daaraan bij te dragen. Zo liet een geïnterviewde weten: *'Aan de positieve kant vond ik het behoorlijk uitdagend. Ik was trots op mijn werkplek, die iets nieuws probeert. Maar natuurlijk vond ik het, net als veel van mijn collega's, ook een beetje eng.'*³⁰ Geïnterviewden waardeerden het om hun bedenkingen uit te mogen spreken en mede invloed te hebben op de besluiten over het beleid.

Een 'udramatisk' overgang

Op 1 februari 2021 gingen de afdelingsdeuren van 09:00 tot 21:00 open voor alle opgenomen cliënten van de betreffende afdeling. Buiten deze tijden werd de personele bezetting als te laag ingeschat voor het opendeurenbeleid. De teams beslisten iedere ochtend in een interdisciplinair overleg of de deur die dag openbleef. Bij de keuze woog het aantal personele ziekmeldingen mee, evenals de samenstelling van de groep cliënten en hun individuele zorgvragen. Cliënten konden de afdeling, ongeacht hun (gedwongen) status, verlaten. Met cliënten werden mondelinge afspraken gemaakt over de duur van hun vertrek van de afdeling. Wanneer de cliënt niet op tijd terug was, werd gebeld, waarna eventueel de familie, naasten of, in laatste instantie, de politie werden gecontacteerd. Het team was veel meer aanwezig op de afdeling, daadwerkelijk in contact met de cliënten over hun situatie, wensen en eigen regie en het continu beoordelen van risico's in de individuele relatie. Men had ook daadwerkelijke, creatieve aanpassingen gedaan aan de omgeving door een fitnessruimte, muziekrimte en zintuiglijke (sensorische ontspannings)kamer te introduceren en creatieve therapie, fysiotherapie en ergotherapie beschikbaar te stellen. Ook werden ervaringsdeskundigen toegevoegd aan het team.

De invoering van de werkwijze was gepaard gegaan met een gerandomiseerd experiment (RCT).³¹ De medisch-ethische toetsingscommissie stemde in met het afzien van het vragen van informed consent bij opname, waardoor alle in aanmerking komende patiënten konden worden geïncludeerd. Er waren twee exclusiecriteria. Voor patiënten met een strafrechtelijke titel is het in Noorwegen wettelijk niet toegestaan om op een open afdeling te verblijven en dezen bleven daarom buiten het experiment. Het enige andere exclusie criterium was documentatie van herhaald geweld in het verleden. Deze exclusiecriteria tezamen betroffen slechts 14% van de opgenomen patiënten, de overige 556 patiënten werden willekeurig toegewezen aan afdelingen met een opendeurenbeleid (n = 245; gemiddelde leeftijd 41,6 (SD 14,5) jaar; 119 (49%) mannelijk; 126 (51%) vrouwelijk; en 180 (73%) gedwongen opgenomen) ofwel een reguliere gesloten afdeling (n = 311; gemiddelde leeftijd 41,6 (4,3) jaar; 172 (55%) mannelijk en 138 (45%) vrouwelijk; 233 (75%) gedwongen opgenomen).

Dwang kwam voor bij 26,5% van de cliënten op de opendeurenafdelingen en bij 33,4% op die met gesloten deuren met een vergelijkbare trend voor specifieke dwangmaatregelen. Gemelde incidenten van geweld tegen het personeel waren respectievelijk 0,15 en 0,18 per verblijf op opendeuren- en gesloten opnameafdelingen. Er waren geen suïcides tijdens de onderzoeksperiode. Het opendeurenbeleid leidde niet tot meer dwang en er leek zelfs een lichte afname. Cliënten ervoeren dat ook subjectief en ze ervoeren ook een hogere mate van ervaren veiligheid en steun.³¹ De mediane opnameduur was 20% korter bij het opendeurenbeleid. De onderzoekers opperden dat dit mogelijk is toe te schrijven aan meer

aandacht voor samenwerking met externe partners in de regio.

Het opendeurenbeleid invoeren bleek minder dramatisch dan voorzien.³⁰ Professionals van vijf (van de zes) deelnemende afdelingen hadden zich de eerste dag om 09:00 rond de toegangsdeuren opgesteld om voorbereid te zijn op een grote toestroom van cliënten die de afdeling wilden verlaten, maar dat bleek een onnodige beveiliging. Wat wel nodig bleek, was afscheid nemen van vaste denkpatronen.¹² De cultuurverandering begon nu pas echt. Na 14 maanden was de deur 75% van de tijd tussen 09:00 en 21:00 open, zonder toename van weglopen, incidenten, suïcide of medicatiegebruik.¹² De praktijk van het opendeurenbeleid had geleid tot nieuwe inzichten, initiatieven en interventies. We geven een overzicht:

- Het opendeurenbeleid werd overwegend als positief ervaren door het personeel.¹⁰ Veiligheid en samenwerking waren niet meer tegengestelde begrippen. Men had open en eerlijkere gesprekken met cliënten en dit leidde tot betere relaties en samenwerking.²² De veiligheid kwam niet in gedrang. Het vergroten van de autonomie van de cliënt en het gezamenlijk maken van afspraken vergrootten het onderling vertrouwen, de zelfdeterminatie en de ervaren persoonlijke vrijheid.¹²
- De professionals waren meer aanwezig op de afdeling en meer alert.¹² Ze beoordeelden continu individuele risico's. Zij gaven aan dat veiligheid in de relatie ligt en door hun aanwezigheid op de werkvloer namen zij spanningen weg en werkten ze preventief.
- De professionals ontwikkelden creatieve oplossingen om cliënten in een veilige en prettige omgeving te laten verblijven. Men werkte progressief meer aan herstel en het ging daarbij om meer dan alleen de beslissing over een open of dichte deur.³² Doordat mensen naar buiten konden gaan, verschoof de focus van professionals meer naar de wensen en doelen van de cliënt en hun naasten. Creatieve en alternatieve opties ondersteunden dit proces (en voorkwamen het toenemend toepassen van drang of dwang).

Alle professionals van de afdelingen voelden zich betrokken bij de ontwikkeling en evaluatie van het opendeurenbeleid. Zij waren overduidelijk trots op de prestaties van dit ziekenhuis en deze uitdagende praktijk.

Lessen uit vergelijkbare initiatieven

De ontwikkelingen in Oslo kunnen benut worden bij een eventuele doorontwikkeling van het Nederlandse HIC-model. Inspiratie kan komen uit het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.³³ Daar is onder andere in opgenomen om geen dwang toe te passen. Internationale voorbeelden kunnen inspireren en sommige voorbeelden hebben de huidige Nederlandse ggz geïnspireerd.

Zo liet de ggz-organisatie van Sector 21 in Oost-Lille zien te kunnen werken vanuit het mensenrechtenperspectief. De psychiatrische afdeling van Sector 21 in het Jérôme Bosch ziekenhuis had slechts 10 bedden met een bezet-

tingsgraad van gemiddeld 70%. Twee bedden waren logeerbedden en de deuren waren altijd open.³⁴ In 2019 was de gemiddelde opnameduur 6,5 dag en er werd over 2019 slechts gedurende 3 uur dwang toegepast; in 2020 helemaal niet.¹⁹ De afdeling was – ook bij gedwongen opnames – volledig open. In Lille gold een zero-separeerbeleid en er waren dan ook geen extra beveiligde kamers of 'skjerming'. De Psychiatrie Citoyenne in Oost-Lille haalde haar inspiratie uit het model van Democratische Psychiatrie in Triëst, Italië.³⁵

Ook in Triëst werkten verschillende teams, organisaties en coöperaties samen om dwang, drang en het aantal bedden tot het minimum te beperken. Of eigenlijk andersom. Ze haalden hun inspiratie uit het honoreren van burgerrechten, kenden dus ook geen mogelijkheid tot een gesloten opname, en bevorderden herstel en participatie. Voor de hele stad van meer dan 200.000 inwoners waren er slechts 26 bedden beschikbaar.³⁶

In Oslo, Oost-Lille, Triëst en ook Bonaire viel ons op dat de afwezigheid van bedden, dwang of gesloten deuren, de creativiteit enorm aanwakkerde en dat (ambulante) alternatieven zich konden ontwikkelen.³⁷ De creativiteit nam toe als er geen opties tot dwang mogelijk waren. In het Noorse model was er nog een vluchtroute naar het sluiten van de deuren op indicatie ingebouwd.

Een model dat ook probeert de creativiteit van een opnameafdeling te bevorderen om conflicten, en daarmee dwang en drang, te voorkomen is het Engelse *safe wards model*.³⁸ Dat model is nuttig, alleen begint het met een invulling van interventies om dwang te reduceren, terwijl het omgekeerde proces, dat uitgaat van mensenrechten, mogelijk tot andere, beter passende interventies zou kunnen leiden. De autonome ruimte die professionals hierbij innemen, leek, net als in Oslo, noodzakelijk om de juiste lokale praktijken te ontwikkelen.

DISCUSSIE

Dit artikel is een reflectie op de ervaren werkelijkheid van het opendeurenbeleid gedurende een werkbezoek en de gerelateerde (veelal Noorse) bronnen en heeft daarmee als doel, en tegelijkertijd als beperking, een focus op een beschrijvende analyse van het werkbezoek. Enige subjectiviteit en interpretatieve bias door de auteurs is hierbij niet uit te sluiten. Voor Nederland is het opendeurenbeleid in Oslo interessant, omdat het een focus heeft op de klinische setting in plaats van de ambulante en het niet gebaseerd is op grootse (burgerrechten)bewegingen zoals die in Triëst of Lille. Een niet-ideologische, maar praktische en goed onderzochte praktijk sluit mogelijk beter aan bij de Nederlandse denkwijze in de klinische ggz. Wat hiervan de impact is op netwerkpartners in het ecosysteem van mentale gezondheid is onbekend en vraagt om nader onderzoek. Het is aannemelijk dat netwerkpartners en de ambulante teams in de ggz (FACT-teams) de impact zullen ervaren van een opendeurenbeleid.

Net als in Nederland kent men in Noorwegen een snelle disseminatie van FACT-teams in het hele land. Zij gebruiken een top-down gereguleerde implementatie gekoppeld aan modelgetrouw werken en evalueren. De onderzoekers en professionals van het ziekenhuis zijn hiermee bekend en hebben ook de wens om de kwaliteit van de geboden zorg wetenschappelijk te toetsen. Het beschrijven en certificeren van modellen heeft het risico dat waarden worden vastgeklonken in acties en dat spreekt de betrokken Noren bij deze interventie niet aan.³⁴ Een uitgebreide modelbeschrijving, één van de reguliere stappen in modeltrouw ontwikkelen, ontbreekt in Noorwegen.^{39,40} Hun uitgangspunt is een opendeurenbeleid (de interventie) en met het team werken zij aan een herstelondersteunende, veilige en prettige omgeving voor cliënt en professionals (het proces).

Zowel wat betreft de interventie als het proces verzamelen zij kwalitatieve en kwantitatieve data om tussentijdse resultaten te monitoren en op basis daarvan maatwerk te leveren. Maatwerk en een actie-lerend datagedreven implementatieproces per team in samenwerking met alle betrokken partijen (o.a. administratie, management, e.d.). Uiteraard zijn er vele evidencebased, good of best practices of andere creatieve opties mogelijk, zoals de internationale voorbeelden al lieten zien, die zo telkens in korte cycli kunnen worden geëvalueerd op effectiviteit. Generieke uitspraken over effectieve interventies die de deuren open kunnen houden, kunnen zij dan ook niet doen.³¹ De kritiek op het circulair redeneren, zoals bekend in het ACT-onderzoek, die ook zou kunnen gelden voor het HIC-onderzoek, wordt hiermee getackeld.⁴¹ Dat wil zeggen dat ACT- en FACT-teams in hun werkwijze bewust het terugbrengen van opnames en verkorten van opnames hebben opgenomen en dat er dus verwacht mag worden dat uit onderzoek zal blijken dat die allebei getalsmatig afnemen (cirkelredenering). Deze afname geeft geen uitsluitel of daarmee daadwerkelijk betere effecten behaald worden voor cliënten, naasten en professionals.

Dat mag wel verwacht worden van de adaptieve en flexibele lokale implementatie van het totale model. Het resultaat van het opendeurenbeleid (een bepaald percentage open deuren) biedt geen zicht op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg, maar geeft een uitgangspunt om kwaliteit van zorg op alle levensdomeinen voor de cliënt te realiseren. Eventuele perverse prikkels, zoals alleen maar sturen op aantal separaties of opnamedagen (of de deur ten koste van alles open houden) zonder duidelijkheid over het herstelondersteunende klimaat en de veiligheid voor cliënt en personeel, dienen te worden voorkomen.

Het werkbezoek in Oslo nodigt ons uit om na te denken over vervolgstappen om goede kwaliteit van klinische zorg te ondersteunen. Wanneer het opendeurenbeleid en minimaliseren van dwang zowel interventie als resultaat zijn, missen we een herstelondersteunende en ontwikkelingsgerichte evaluatie van kwaliteit. Een evaluatie gericht op doelen (bijv. % open deur, dwang

of opnamedagen) kan een eerste stap zijn, maar vraagt een dialoog over het waarom of waartoe. Het evalueren van kwaliteit kan door een dialoog te voeren over het implementatie- en evaluatieproces, de kwalitatieve uitkomsten uit gesprekken met cliënten, naasten en professionals over beleefde veiligheid, het afdelingsklimaat en de ruimte voor herstelondersteuning. Die dialoog biedt de potentie om professionals op een HIC-afdeling meer regie en autonomie te bieden in de door hen in samenwerking met cliënten en betrokkenen gecocreëerde zorg en de impact daarvan op het gehele ecosysteem van (mentale) gezondheid. De huidige HIC-monitor die nu als evaluatie-instrument gebruikt wordt, biedt die ruimte niet en loopt daarmee het risico te verworden tot een 'afvinklijst' van gesloten items.³⁹

CONCLUSIE

De wijze waarop in het Lovisenberg Diakonaal Ziekenhuis te Oslo het opendeurenbeleid op de klinische psychiatrische afdelingen pragmatisch werd ingevoerd, kan als inspiratie worden gebruikt: een duidelijk besluit op basis van de universele rechten van de mens en tegelijkertijd voor de praktische uitvoering veel ruimte voor exploratie. Er is geen voorgeschreven modelbeschrijving of modelgetrouwheidsschaal, zoals deze in Nederland vaak als noodzakelijk wordt gezien voor kwaliteitsontwikkeling. Er zijn geen beklonken waarden, zoals in Lille of Triëst. Wel committeren betrokkenen zich aan het uitvoeren van de interventie en het proces om datagedreven te innoveren, waarbij herstel- en teamuitkomsten worden onderscheiden. Het onderscheid tussen interventie- en implementatieproces biedt inzichten voor de ontwikkeling van een nieuw kwaliteitsontwikkelings- en beoordelingsproces voor gesloten opnameafdelingen in de ggz. Dit biedt inspiratie voor professionals en onderzoekers in de Nederlandse ggz en vormt een mooie uitdaging voor gesloten klinische opnameafdelingen om anders naar (het evalueren van) kwaliteit van klinische zorg (in een netwerk) te kijken.

LITERATUUR

- 1 Plomp E, Legemaate J. Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvggz: goede voorbeelden uit de praktijk. Den Haag: ZonMw; 2024.
- 2 Herrman H, Allan J, Galderisi S, e.a. WPA Task Force on Implementing Alternatives to Coercion in Mental Health Care. Alternatives to coercion in mental health care: WPA Position Statement and Call to Action. *World Psychiatry* 2022; 21: 159-60.
- 3 Szmukler G. Men in white coats: treatment under coercion. Oxford: Oxford University Press; 2018.
- 4 Stein MA, Mahomed F, Patel V, e.a. red. Mental health, legal capacity, and human rights. Cambridge: Cambridge University Press; 2024.
- 5 Bowers L, van der Werf B, Vokkolainen A, e.a. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: a comparative questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 357-64.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.