

6. TOEPASSING VAN DE WET BOPZ BIJ ALLOCHTONE CLIËNTEN

**Drs. J. van der Linden
Dr. J.S.M. Krumeich
Prof. dr. G.A.M. Widdershoven**

Maart 2007

Onderzoeksinstituut Caphri, Universiteit Maastricht

| | | |
|----|---|-----------|
| | Voorwoord | 3 |
| 1. | Inleiding | 5 |
| | 1.1 Achtergrond | 6 |
| | 1.2 Definitie allochtone cliënten | 7 |
| | 1.3 Onderzoeksvragen | 8 |
| 2. | Methode | 9 |
| 3. | Hulpverleners over dwangtoepassing bij allochtone cliënten | 13 |
| | 3.1 Inleiding | 14 |
| | 3.2 Toepassing van dwang | 14 |
| | 3.3 Aanleiding tot dwang | 16 |
| | 3.4 Conclusie | 22 |
| 4. | Het perspectief van allochtone familieleden | 25 |
| | 4.1 Inleiding | 26 |
| | 4.2 Gebruik van dwang bij opname | 26 |
| | 4.3 Gebruik van dwang na opname | 29 |
| | 4.4 Allochtone en autochtone familieleden | 31 |
| | 4.5 Conclusie | 32 |
| 5. | Het perspectief van allochtone cliënten | 33 |
| | 5.1 Inleiding | 34 |
| | 5.2 Toepassing van dwang | 34 |
| | 5.3 Duiding van de situatie | 36 |
| | 5.4 Allochtone en autochtone cliënten | 37 |
| | 5.5 Conclusie | 38 |
| 6. | Beantwoording onderzoeksvragen | 39 |
| 7. | Aanbevelingen | 45 |
| | Literatuur | 49 |
| | Bijlage I: Interviewschema's | 51 |

Voorwoord

Over de toepasbaarheid van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) in het geval van allochtonen is weinig informatie bekend. Onderzoek richt zich veelal op de hulpverleningsrelatie in het algemeen, niet op de toepassing van dwang en de regulering daarvan. Doel van dit onderzoek is om in deze lacune te voorzien. Gezien de beperkte omvang van het onderzoek, zijn de onderzoeksresultaten slechts indicatief. De intensieve gesprekken met betrokkenen werpen evenwel een duidelijk licht op de ervaringen van hulpverleners, cliënten en familieleden.

Dit onderzoek was niet mogelijk zonder de medewerking van hulpverleners, familieleden en cliënten. Graag willen wij iedereen bedanken die heeft meegedaan. De privacy van de deelnemers maakt het niet mogelijk de personen bij naam te noemen.

Met dank aan allen die hun medewerking verleenden:

Cliënten en hun organisaties Anoixsis en Pandora

Familieleden en hun organisaties Ypsilon en Labyrint-in-Perspectief

Psychiaters

Verpleegkundigen

Hulpverleners

Patiëntenvertrouwenspersonen

Intermediaren die ons toegang verschaften tot respondenten

In het onderzoek is samengewerkt met Elleke Landeweer, die het onderzoek naar dwangtoepassing binnen de instelling heeft uitgevoerd (zie deel 3). De interviews zijn gezamenlijk uitgevoerd. Tevens is samengewerkt met geneeskundestagiaire Hanneke Raven. Zij ondersteunde bij het organiseren en houden van interviews en een focusgroepsbijeenkomst met familieleden.

1. INLEIDING

Dit explorierend onderzoek richt zich op mogelijke knelpunten in de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) bij allochtone cliënten. Het onderzoek is verkennend en kwalitatief van aard omdat het een nieuwe en nog relatief onontgonnen problematiek betreft. Het streven is inzicht te verkrijgen in de vraag of bij allochtone cliënten specifieke problemen optreden betreffende de Wet Bopz in het algemeen en de toepassing van dwang in het bijzonder. Deze vraag wordt beantwoord door ervaringen van verschillende betrokkenen in kaart te brengen. Er is met hulpverleners, cliënten en familieleden gesproken. Het rapport begint met het perspectief van de hulpverleners, aangezien met deze groep de meeste interviews zijn gehouden. Daarna zullen het perspectief van de familieleden en cliënten aan bod komen.

1.1 Achtergrond

In de derde evaluatie van de Wet Bopz wordt apart aandacht gevraagd voor allochtone cliënten. Reden voor deze aandacht is het vermoeden dat bij de behandeling van deze cliënten specifieke problemen optreden. Die problemen worden over het algemeen geacht samen te hangen met de sociale en culturele achtergrond van allochtone cliënten. Zo zouden problemen optreden in de relatie tussen behandelaar en cliënt ten gevolge van gebrekkige taalbeheersing, afwijkende klachtpresentatie, ziekteverklaringen, somatisatie, andere visie op de relatie en verschillen in de wijze van communiceren (Dute et al., 2000; König-Zahn et al., 1993).

Vergelijkbare problemen worden beschreven op het terrein van de psychiatrie (Rohlof et al., 1999). In verschillende culturen, zo is in de literatuur te lezen, wordt anders aangekeken tegen psychiatrische ziektebeelden, worden klachten anders beleefd en gepresenteerd en zijn er andere verwachtingen ten opzichte van hulpverleners (Hoffer, 1997; Helman, 2001; Tonk, 2006). Dit leidt tot problemen in diagnostiek en behandeling. Hulpverleners zijn er bijvoorbeeld minder vaak zeker van of er sprake is van psychische klachten en welke (Mezzich, 1996; Van Dijk et al., 2002). Hierdoor kunnen misverstanden en onbegrip ontstaan.

De genoemde "culturele" benadering van knelpunten vraagt terecht aandacht voor de specifieke problematiek van allochtonen. Ze biedt verklaringen voor die problemen en aanknopingspunten voor beleid. Toch worden er steeds meer kanttekeningen geplaatst bij deze benadering. Zo kan de vraag gesteld worden of problemen van en met allochtonen niet te snel worden toegeschreven aan hun (culturele) eigenschappen (Schulz & Mulligs, 2006). Omdat er geen vergelijking wordt gemaakt tussen autochtone en allochtone cliënten, kan niet vastgesteld worden of de problemen beperkt zijn tot allochtone cliënten. Het gevaar bestaat dat knelpunten ten onrechte worden toegeschreven aan eigenschappen van de allochtone cliënt. Verschillende onderzoeken wijzen op de beperkingen van een

verklaring in termen van cultuur. Zo laat een studie zien dat allochtonen in Nederland steeds meer gaan lijken op de autochtonen en dat beide groepen vaak dezelfde problemen ondervinden (Barkas et al., 2003). Een studie naar arbeidsongeschiktheid en etniciteit wijst uit dat autochtone cliënten net als allochtone cliënten somatiseren en er een afwijkende klachtenpresentatie op na kunnen houden. Het blijkt dat een afwijkende klachtenpresentatie en somatisatie vooral samenhangen met opleidingsniveau en Sociaal Economische Status (SES) en niet met cultuur. Deze studie laat verder zien dat hulpverleners niet zelden de culturele verschillen in het leven roepen. Zij maken, wanneer zij geconfronteerd worden met een moeizame interactie met een allochtone cliënt, gebruik van stereotype beelden ten aanzien van de cultuur van de allochtone cliënt om de knelpunten in hun relatie met die cliënten te duiden. Dat heeft als consequentie dat allochtone cliënten anders door hen benaderd worden dan autochtone cliënten (Meershoek et al., 2005).

Het zoeken van verklaringen in de culturele achtergrond van cliënten herbergt bovendien het gevaar in zich dat de verantwoordelijkheid van de problemen uitsluitend bij de cliënt wordt gelegd. Hulpverleners blijven op deze manier buiten schot en oplossingen worden niet meer buiten de cliënt gezocht (Van Dijk, 1998a). Dit wordt tevens in de hand gewerkt doordat veel onderzoek naar knelpunten in de zorg vooral gebaseerd is op het perspectief van de hulpverlener. Onderzoek vanuit het perspectief van de cliënt leidt tot andere conclusies. Dergelijk onderzoek laat zien dat hulpverleners in de ogen van hun cliënten niet altijd over voldoende communicatieve vaardigheden en luistervaardigheden beschikken (Boevink & Rooien, 2006; Mikado, 2007). Ten slotte wijst onderzoek uit dat knelpunten in de zorg voor allochtone cliënten verband houden met factoren die de directe interactie tussen hulpvrager en hulpverlener overstijgen. Door de manier waarop de zorg georganiseerd is, worden bepaalde groepen mensen benadeeld. Men spreekt in dit verband wel van “institutioneel racisme” (Mikado, 2007).

Om te voorkomen dat ervaring met dwangtoepassing bij allochtone cliënten eenzijdig vanuit het “culturalistisch” perspectief van hulpverleners wordt belicht, wordt in deze studie nadrukkelijk aandacht besteed aan het perspectief van twee andere stakeholders, de cliënten en de familieleden. Tevens worden de ervaringen van allochtone cliënten en familieleden vergeleken met die van autochtonen, om na te kunnen gaan of zich bij de opname en behandeling van allochtone cliënten knelpunten voordoen die specifiek verband houden met de culturele of sociale achtergrond van cliënten/familieleden.

1.2 Definitie allochtone cliënten

In dit rapport wordt een sociaal-constructivistische benadering van etniciteit gehanteerd. Etniciteit verwijst in deze benadering niet naar vooraf gegeven,

vaststaande (culturele) kenmerken (waarden, betekenissen, gedrag) van een bepaalde groep mensen, maar wordt opgevat als een mogelijk bestanddeel van een dynamische identiteit die in menselijke interacties tot stand komt (Jenkins, 1997; Saraga, 1998; Schulz & Mulligs, 2006; Shim, 2005; Epstein, 2004). De achterliggende gedachte is dat niet in alle interacties automatisch een identiteit op basis van etniciteit wordt toebedeeld. Evenmin ligt van tevoren vast welke betekenis etniciteit heeft wanneer dit wel een rol speelt in de bepaling van de identiteit van mensen. In het onderzoek is daarom niet op voorhand een bepaalde definitie van “allochtoon” gehanteerd. Het werd aan de professionals zelf overgelaten wie zij in welke situatie als allochtoon beschouwden en welke (impliciete) definities van etniciteit of allochtoon zijn zij in de interviews hanteerden. Tijdens de interviews met hulpverleners zijn er geen vragen gerezen over de afbakening van de groep van allochtonen door de respondenten. Wie er onder het begrip allochtoon vallen, bleek voor hen vanzelfsprekend. Dat allochtoon zijn een belangrijke rol speelt in de identiteit van cliënten, werd eveneens als vanzelfsprekend beschouwd. De interviews met allochtone cliënten en familieleden laten zien dat door hen de betekenis en de rol van etniciteit niet op dezelfde manier wordt gedefinieerd.

1.3 Onderzoeksvragen

De onderstaande onderzoeksvragen vormen de leidraad van het onderzoek. Ze worden expliciet in hoofdstuk 7 beantwoord.

1. Zijn er in de toepassing van de Wet Bopz specifieke knelpunten inzake de opname en behandeling van allochtone cliënten?
2. Wat zijn de ervaringen van zorgverleners met allochtone cliënten en waarin verschillen die van de ervaringen met autochtone cliënten?
3. Wat zijn de ervaringen van allochtone cliënten met de psychiatrische hulpverlening en waarin verschillen die van de ervaringen van autochtone cliënten?
4. Wat zijn de ervaringen van allochtone familieleden met de psychiatrische hulpverlening en waarin verschillen die van de ervaringen van autochtone familieleden?

2. METHODE

Interviews

Er zijn diepte-interviews gehouden met 15 hulpverleners, 10 familieleden en 15 cliënten. De groep hulpverleners bestond uit verpleegkundigen (zes), psychiaters (zes) en eerste geneeskundigen (drie). Deze waren verdeeld over acht verschillende GGZ-instellingen en PAAZ-afdelingen. Van de hulpverleners had was één psychiater allochtoon. Drie familieleden en vier cliënten waren allochtoon. Bij de beschrijving van de resultaten is achter de citaten van familieleden en cliënten aangegeven welke achtergrond zij hebben. De cliënten die we gesproken hebben, zijn door hulpverleners aangebracht. Hierbij hebben we het onderscheid allochtoon en autochtoon door hen laten maken (zie paragraaf 1.2). Naast de interviews met hulpverleners, familieleden en cliënten zijn gesprekken gevoerd met twee patiënten-vertrouwenspersonen. De patiëntenvertrouwenspersonen zijn geselecteerd op basis van hun ervaring met allochtone cliënten. Verder is er gesproken met vier experts met ruime ervaring in de interculturele psychiatrie. Ten slotte zijn gesprekken gevoerd met belangenbehartigers van verschillende cliënt- en familieverenigingen (Anoiksis, Pandora en Ypsilon) en is een bijeenkomst bijgewoond van Marokkaanse leden van Ypsilon. Naast de diepte-interviews zijn twee focusgroepen met familieleden gehouden, een focusgroep met autochtone familieleden en een focusgroep met Surinaamse familieleden.

Regio's:

De respondenten zijn geworven in de regio's Zuid-Limburg en Randstad (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht). In een later stadium is ook Wolfheze betrokken bij het onderzoek, aangezien in De Gelderse Roos in Wolfheze veel ervaring is opgedaan met interculturele psychiatrie.

Methode van werving:

De respondenten zijn op verschillende wijze benaderd. De zorgverleners werden geselecteerd op basis van hun betrokkenheid bij dwangtoepassingen. Zij werken op afdelingen waar cliënten opgenomen worden met een rechterlijke machtiging, of zijn als geneesheer-directeur betrokken bij dwangtoepassing binnen de instelling. Werving vond plaats volgens de zogenoemde sneeuwbalmethode (Meadows & Morse, 2001). Dit houdt in dat aan diegenen die geïnterviewd werden, gevraagd werd of zij mensen kenden die aan de criteria voor het onderzoek voldeden.

Familieleden zijn geselecteerd op basis van de ervaringen van hun betreffende familielid met dwangtoepassing binnen de instelling. Zij zijn geworven via de familieverenigingen Ypsilon en Labyrint-in-Perspectief. Beide verenigingen hebben een oproep gedaan aan hun leden om mee te werken, waarna respondenten zich vrijwillig hebben aangemeld voor deelname.

Cliënten zijn geselecteerd op basis van het feit dat zij dwangbehandeling dan wel middelen en maatregelen hebben ondergaan. Van enkele respondenten waren deze

ervaringen tussen de vijf en tien jaar geleden; zij zijn toch geselecteerd vanwege hun betrokkenheid bij en contacten met mensen die wel recent met dwang te maken hebben gehad. Bij het merendeel van de cliënten vielen de ervaringen binnen de evaluatieperiode. Werving vond plaats via de zogenoemde sneeuwbalmethode (Meadows & Morse, 2001) en via de patiëntenvereniging Anoikis. Cliënten zijn niet specifiek geselecteerd op basis van de psychiatrische stoornis; desondanks lijkt de geselecteerde respondenten een goede afspiegeling te zijn van de psychiatrische praktijk. De problematiek loopt uiteen en betreft schizofrenie, borderline-klachten, depressies, manische depressies en manische psychoses. De groep cliënten die te maken heeft met langdurige dwangopname als gevolg van chronische psychosen hebben we niet kunnen benaderen. Het verkrijgen van toestemming van ethische commissies om cliënten binnen instellingen te mogen benaderen, zou te veel tijd in beslag genomen hebben. Een groot deel van de respondenten had echter wel te maken gehad met meerdere (langdurige) dwangopnames.

Het bleek lastiger om in contact te komen met allochtone dan met autochtone cliënten en familieleden. Er is dan ook in verhouding met minder allochtone cliënten en familieleden gesproken. Binnen belangenverenigingen blijken allochtone cliënten en familieleden nauwelijks aanwezig te zijn. Hierdoor moesten andere wegen gezocht worden. Binnen Ypsilon bestaan wel aparte groepen van Marokkaanse en Surinaamse familieleden. Met deze groepen is contact gezocht. Verder zijn sleutelfiguren benaderd. Dit zijn experts binnen de interculturele psychiatrie en vertegenwoordigers van belangenverenigingen. Ook is een imam als contactpersoon benaderd. Via deze sleutelfiguren is geprobeerd in contact te komen met zowel allochtone cliënten als familieleden.

Respondenten werden per brief en/of per e-mail uitgenodigd, waarbij achtergrondinformatie over het onderzoek werd bijgevoegd. Daarna werd contact (telefonisch of via e-mail) opgenomen voor het maken van een afspraak. Voor deelname aan het onderzoek ontvingen familieleden en cliënten ter vergoeding een VVV- cheque ter waarde van 10 euro.

De aantallen interviews per onderzoeksgroep liepen uiteen. Bij zorgverleners is het grootste aantal interviews afgenomen. Zij vormden een diverse groep doordat zij verschillende professies binnen de zorg omvatten. Er is met minder allochtone dan autochtone familieleden en cliënten gesproken. Waar in de vergelijking van beide groepen bleek dat zij met soortgelijke problemen te kampen hebben, is het beperkte aantal allochtone respondenten geen groot bezwaar. De punten waarop er sprake is van afwijkingen, werden door de allochtone respondenten breed gedragen. Het is dan ook niet aannemelijk dat een groter aantal allochtone cliënten en familieleden andere resultaten zou hebben opgeleverd.

Meetinstrument

De interviews hadden een semi-gestructureerd open karakter. De gesprekken waren individueel. Bij één interview werd gebruik gemaakt van een tolk. De interviewschema's zijn gebaseerd op vooraf bepaalde topics. De topics zijn opgesteld aan de hand van terugkerende thema's in de literatuur en aan de hand van hoofdpunten uit de Wet Bopz. Vervolgens zijn deze uitgeschreven in de vorm van verschillende vragen. In totaal zijn drie verschillende interviewschema's (voor hulpverleners, familieleden en cliënten) gehanteerd. De hulpverleners die voor dit onderzoek werden benaderd en geïnterviewd, zijn dezelfde als in het onderzoek naar dwangtoepassing binnen de instelling (zie deel 3). Ook werd hetzelfde interviewschema gehanteerd. De topics voor hulpverleners betroffen kennis van de wettelijke situatie, ervaringen in de praktijk met de Wet Bopz, gevaarscriterium, etniciteit, preventie en aanbevelingen. Door deze opzet werd tijdens de interviews in eerste instantie niet expliciet gevraagd naar specifieke knelpunten met betrekking tot allochtone cliënten. Op deze manier werd voorkomen dat knelpunten op dit terrein werden benadrukt. De interviews werden afgesloten met een aantal expliciete vragen over ervaringen of mogelijke knelpunten bij de toepassing van dwang bij allochtonen. In de interviews met familieleden en cliënten lag de nadruk op ervaringen ten aanzien van dwangopname en dwangtoepassing binnen de instelling. Hierbij was er ruimte om het eigen verhaal te vertellen. De duur van de interviews varieerde van 45 minuten tot twee en een half uur. De interviewschema's zijn weergegeven in Bijlage I.

Analyse van de interviews

De gesprekken zijn op taperecorder opgenomen en vervolgens uitgetypt. De transcripten zijn inhoudelijk geanalyseerd door tekstdelen te labelen/coderen. De verkregen thema's en subthema's werden vervolgens met elkaar in verband gebracht. Als leidraad voor de analyse zijn de topics uit het interviewschema en de onderzoeksvragen gebruikt. Om de betrouwbaarheid van de analyses te bewaken, hebben meerdere projectleden dezelfde interviewtranscripten geanalyseerd en onderling besproken en vergeleken. Besprekingen vonden regelmatig plaats en leidden tot een gedeeld analysekader. Gestart is met de analyse van de hulpverleners. Er is vooral gekeken naar de problemen die hulpverleners naar voren brachten ten aanzien van allochtone cliënten. Bij de analyse van de cliënten en familieleden is begonnen met de analyse van allochtone familieleden en cliënten. Vervolgens zijn deze bevindingen vergeleken met de ervaringen van autochtone familieleden en cliënten.

3. HULPVERLEENERS OVER DWANNGTOEPASSING BIJ ALLOCHTONE CLIËNTEN

3.1 Inleiding

Hieronder worden de ervaringen van hulpverleners met dwangtoepassing bij allochtone cliënten beschreven. Tevens wordt gereflecteerd op die ervaringen aan de hand van interviews met deskundigen op het gebied van interculturele vraagstukken in de geestelijke gezondheidszorg.

De hulpverleners die werden geïnterviewd over het functioneren van de Wet Bopz en de mogelijke knelpunten in de praktijk, kwamen geen van allen zelf met de problematiek met betrekking tot allochtone cliënten. Dit is opvallend, temeer ook omdat in de informatie die zij voorafgaand aan het onderzoek hadden ontvangen, het specifieke onderwerp van dit onderzoek wel was beschreven. Kunnen we daaruit concluderen dat er geen knelpunten bestaan in de alledaagse praktijk met betrekking tot allochtone cliënten? Of worden deze problemen niet als dringend ervaren? Of heeft men het gevoel dat deze problemen in de praktijk wel bestaan, maar zozeer losstaan van de wetgeving dat de koppeling met deze wetsevaluatie zich niet direct aan de ondervraagden opdrong? Hieronder volgt een overzicht wat de hulpverleners en experts vertellen over het toepassen van dwang.

3.2 Toepassing van dwang

De vraag of men specifieke problemen ziet met betrekking tot dwang bij allochtone cliënten, wordt door de geïnterviewde hulpverleners verschillend opgevat. Als men dit opvat als een vraag naar beslissingen over het overgaan op dwang of over het toepassen van het gevaarscriterium, dan ziet men geen problemen en geen verschillen met de praktijk zoals die bestaat bij autochtone cliënten.

Alle hulpverleners gaven in eerste instantie aan dat het in de praktijk bij dwangtoepassing niet zou moeten uitmaken van welke etnische achtergrond de cliënt is. Hoewel men er niet helemaal zeker van is, meent men dat er in de praktijk ook nauwelijks verschillend wordt omgegaan met allochtone cliënten

“Ik geloof niet dat we dat anders doen. Ik geloof dat je wel moeite hebt dat er een taalprobleem is. Maar ik durf niet te zeggen, dat we bijvoorbeeld allochtone patiënten meer of vaker separeren dan autochtonen. Ik denk vooral dat we daar niet op gefocust zijn.”

Ook bij het inschatten van gevaar zien hulpverleners nauwelijks specifieke problemen met allochtone cliënten:

“Er spelen dezelfde verhalen van agitatie, onrust, dreiging, stemmen horen, etc. En als het niet meer gaat, dan moet worden ingegrepen.”

“Gevaar is gevaar en het maakt niet uit of dat nou afkomstig is van een Nederlander, een Fransman of een Marokkaan.”

In tegenstelling tot wat hierover vaak gedacht wordt, is er volgens de hulpverleners in dat opzicht dus nauwelijks sprake van verschil tussen allochtone en autochtone cliënten. Gevaar is gevaar en als dwang nodig is dan maakt de achtergrond niet uit.

Ten aanzien van wat er gebeurt wanneer er daadwerkelijk dwang wordt gebruikt, ervaren hulpverleners wel verschil, met name in positieve zin. Men heeft de indruk dat het toepassen van dwangmaatregelen bij allochtone cliënten gemakkelijker verloopt dan bij autochtone cliënten. Hulpverleners vinden het opvallend dat allochtone cliënten minder moeite lijken te hebben met dwang en dat zij daardoor dwangmaatregelen sneller lijken te accepteren.

“Ik heb wel eens iemand uit Oekraïne gehad, die zei: ‘Wat doen jullie toch raar. Bij ons komen er dan twee broeders en die houden je vast, en de derde steekt er een spuit in.’”

De hulpverleners schrijven deze snellere acceptatie toe aan de verwachtingen die men heeft van de hulpverlening, met name van de rol van de arts.

“Allochtonen hebben meer behoefte aan de dokter die zegt wat er moet gebeuren. Die willen niet meedenken, en hoeven geen opties te horen. Ze willen gewoon weten wat ze moeten doen van de dokter. En dan heb je als arts bij die mensen een andere houding, of dat proberen we in ieder geval.”

Hulpverleners verwachten dat dwang om dergelijke redenen ook effectief is bij allochtone cliënten.

“We wilden bij een patiënt proberen te voorkomen dat hij gesepareerd moest worden, want dan gaat het pas echt mis, dachten we. We hebben er in het begin heel voorzichtig omheen gelopen, maar toen het echt niet meer ging, bleek het separeren perfect te werken. Toen bleek het een soort potje trainen, van als jij dit doet, gebeurt er dat. Hij is nu heel gezellig.”

Deze gezagsgetrouwe houding wordt in ander onderzoek naar ervaringen van hulpverleners met allochtone cliënten ook veelvuldig gesignaleerd (Hijmans van de Bergh, 2002; Poppel & Kamphuis, 2002; Netteb, 2005). Daar wordt het vooral gezien als een probleem. Door beleefdheid en afwachtendheid zou de communicatie tussen hulpverlener en cliënt bemoeilijkt worden en zou het lastiger zijn in te schatten wat er aan de hand is. In noodsituaties hoeft er echter niet zo veel gecommuniceerd te worden, maar staat het handelen op de voorgrond.

Het ongemakkelijke gevoel van elkaar niet begrijpen valt weg en men kan doen wat men op dat moment nodig vindt.

“We hadden een patiënt uit Marokko, die was ernstig verward en daar konden wij niet goed mee communiceren. Hij was wel gevaarlijk. Ik denk niet dat we daar iets mee waren opgeschoten en dat had niet tot een andere beslissing geleid als we nou beter met die man konden communiceren. Hij was toch heel erg verward, alleen de inschatting kun je beter doen als je de taal beter kent. Maar qua consequenties heeft dat niet veel invloed. Of bij ons in ieder geval niet. We zien er ook maar relatief weinig.”

Uit de interviews met de deskundigen blijkt dat zij de stelling van de hulpverleners onderschrijven dat het in de praktijk relatief gemakkelijk is om dwang toe te passen bij allochtonen, omdat deze volgzamer zijn en zich sneller neerleggen bij de beslissingen van met name de arts. Daarbij wordt echter nadrukkelijk aangetekend dat lijdzaam ondergaan van dwangmaatregelen of er niet over klagen, niet wil zeggen dat men het er mee eens is.

“Het is dubbel, als mensen gehoorzaam zijn, wil dat niet zeggen dat ze het er mee eens zijn. Allochtonen zijn vaak niet zo assertief om te discussiëren. Meestal denken ze, ik heb geen keus.”

“Afrikanen, Aziaten zijn geen klagers, überhaupt niet hè, ik bedoel, over niets. Maar daar zouden we dan in ieder geval meer oog voor moeten hebben. Niet klagen wil niet zeggen dat ze het overal mee eens zijn.”

De indruk die bij hulpverleners bestaat dat allochtonen minder problemen zouden hebben met dwangmaatregelen, wordt door deskundigen op het gebied van multiculturele zorg dus in twijfel getrokken. Allochtonen uiten hun bezwaren weliswaar minder snel, maar dat neemt niet weg dat deze er wel kunnen zijn.

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat hulpverleners bij het inschatten van gevaar en bij het daadwerkelijk gebruik van dwang nauwelijks problemen ervaren met allochtone cliënten. Hulpverleners menen dat allochtone cliënten zich vanwege hun culturele achtergrond gemakkelijker neerleggen bij dwang. Door experts worden echter vraagtekens geplaatst bij deze interpretatie. Het feit dat cliënten de dwang lijdzaam ondergaan, wil niet zeggen dat zij het ermee eens zijn dat dwang wordt toegepast.

3.3 Aanleiding tot dwang

Waar hulpverleners nauwelijks problemen zeggen te ervaren rond de daadwerkelijke dwangtoepassing bij allochtone cliënten, signaleren ze ten aanzien

van processen op de afdeling juist wel problemen. Daarin spelen interactie en communicatieproblemen ten gevolge van cultuur- en taalverschillen naar hun mening een centrale rol.

“Maar dan is het moeilijk om hem duidelijk te maken waar hij überhaupt is, wat hij hier doet. Dan kun je je voorstellen dat iemand hier heel erg onrustig wordt, dat is het probleem.”

Ook kan een andere ziektebeleving in het spel zijn.

“Dat geldt bijvoorbeeld veel voor Surinaamse mensen, die meer bezig zijn met Winti, met geesten. Als je dan zegt: het zou goed zijn als jij medicijnen gebruikt, dan hangt het er maar vanaf of hun systeem daar ook achter staat. Men denkt: dat zijn geesten, daar moet de boeman bij komen, hij moet een Winti-behandeling krijgen, hij heeft helemaal geen prik of pil nodig. Daarover zul je in gesprek moeten gaan.”

Verder kan de klachtenpresentatie het lastig maken in te schatten welke psychiatrische problematiek aanwezig is.

“Waar wij formeel denken en formele criteria hanteren, is binnen een andere culturele achtergrond zoiets als voodoo of geesten gebruikelijker. Is dat nu psychotisch of een culturele kleur? Dat is natuurlijk lastig, waardoor je eerder geneigd zult zijn daar wat bescheidener in te zijn.”

Hoewel deze problemen niet expliciet met dwang te maken hebben, raken ze daar in een aantal gevallen toch aan. Ze betreffen dan vooral het proces dat aan de dwangtoepassing vooraf gaat. Hieronder worden die ervaringen, voor zover ze (indirect) met dwang te maken hebben, nader besproken.

1. Hoger risico op dwang

Uit praktijksituaties die door hulpverleners als problematisch worden betiteld, blijkt dat men denkt dat allochtone cliënten een hoger risico hebben op het ondergaan van dwangopname en dwangbehandeling. Men heeft daar geen “harde” bewijzen voor, maar enerzijds verwacht men dat allochtonen vaker gedwongen worden opgenomen, anderzijds lijken tijdens de opname situaties sneller te escaleren, waarna dwangmaatregelen binnen de muren worden toegepast.

Er kwam uit de interviews naar voren dat nauwelijks bekend is hoeveel allochtonen zijn opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen. Sommige respondenten gingen uit van een hoge populatie allochtone cliënten in de klinieken. Ook werd geconstateerd dat allochtone cliënten niet in gelijke mate over de verschillende afdelingen zijn verdeeld.

“Het valt op dat in verschillende diagnosecategorieën of in verschillende psychiatrische settings binnen onze organisatie, verschillende percentages voorkomen. Als je kijkt naar de klinische psychotherapie afdelingen, dan is het nul komma nul. Als je bij de verslavingszorg kijkt, is het torenhoog. Het is een feit dat op Bopz-afdelingen veel meer allochtonen verblijven.”

Voor de oververtegenwoordiging op Bopz-afdelingen geven de hulpverleners een aantal verklaringen. Een belangrijke reden zou zijn dat allochtone cliënten de weg naar de hulpverlening, voornamelijk de ambulante GGZ, niet goed kunnen vinden. Daardoor is er sprake van onderbehandeling en komen zij pas met de betreffende hulpverleningsinstanties in aanraking als de ziekte al zover is dat dwang noodzakelijk wordt.

“Doen we het nou zo slecht met die allochtone mensen in psychiatrische zin dat we heel vaak in die Bopz-discussie komen, dat zou kunnen. Wat je wel best vaak meemaakt, is dat allochtone populaties slecht bekend zijn met ons vak. Dat maakt het wel heel ingewikkeld.”

Daarbij kan ook schaamte een rol spelen en de pogingen van de familie om de problemen binnenshuis te houden.

“Je ziet dat bij schizofrenen. Schizofrenie komt natuurlijk sowieso meer bij mannen voor, maar zou toch ook bij allochtone vrouwen moeten voorkomen. Maar ik denk dat die heel erg binnen gehouden worden. Ik vraag me wel af wat daar mee gebeurt.”

Als men dan in contact komt met de GGZ, is de psychiatrische problematiek vaak al van ernstiger aard en wordt er daarom sneller overgegaan tot gedwongen opname en dwangtoepassing.

“Dan loop je vaker het risico dat mensen onderbehandeld zijn. Als de onderbehandeling er toe leidt dat er grotere problemen gaan ontstaan, op wat voor manier dan ook, en er uiteindelijk aan de bel getrokken wordt, dan is er een crisis.”

De geïnterviewde deskundigen bevestigen dit beeld van de hulpverleners. Ook zij wijzen erop dat allochtonen later in de hulpverlening terechtkomen. Deskundigen schrijven dit echter niet zozeer aan de allochtonen toe, maar aan de houding en verwachtingen van de hulpverlening. Bij crisissituaties wordt bij allochtone cliënten omzichtiger te werk gegaan dan bij autochtone cliënten. Hulpverleners krijgen minder snel een goed beeld van de situatie door de bestaande communicatieproblemen. Daarbij zien zij dat veel familieleden aanwezig zijn en concluderen daaruit dat het sociale netwerk het thuis nog wel aan kan. Bovendien durft men vaak niet uit te leggen dat men gaat ingrijpen. Daardoor duurt het langer voordat

iemand wordt opgenomen en wordt de problematiek alsmaar ernstiger.

“De crisisdienst heeft al weken te maken met een allochtone familie. Dan kom ik daar aan, en zie een ernstig zieke patiënt met echt gevaar voor zichzelf, en een uitgeputte familie. Er hebben zich al veel gevaarlijke feiten voorgedaan en dan wordt er geen IBS aangevraagd omdat er een heel netwerk bij betrokken is. Oké, er is een heel systeem dat iedere nacht wakker blijft, het is een wij-cultuur, iedereen is heel betrokken. Maar dat wil niet zeggen dat er geen gevaar is, omdat iemand een stoornis aan zijn geestesvermogens heeft en dat het op een gegeven moment uit de hand gaat lopen.”

2. Onzekerheid bij de cliënt

Naast problemen die te maken hebben met eigenschappen die met de allochtone cliënten zelf te maken hebben (gebrek aan kennis over het Nederlandse zorgsysteem en schaamte), verbinden hulpverleners het hogere risico op dwangmaatregelen vooral met taal- en communicatieproblemen. Hierdoor kunnen volgens hen misverstanden en onbegrip ontstaan, die aanleiding kunnen zijn tot spanningen, onrust en onzekerheid bij de cliënt. De inschatting is dat de cliënt daardoor eerder ontspoot en er daardoor een hoger risico op dwang is.

“Het taalprobleem is evident. Je komt soms tot dwangtoepassing of noodtoepassing, omdat je elkaar gewoon niet begrijpt.”

Allochtone cliënten zouden door communicatieproblemen het gevoel kunnen hebben niet goed begrepen te worden. Uit frustratie over de hieruit voortkomende misverstanden zouden situaties sneller escaleren.

“Op het moment dat het moeilijker is voor hulpverleners om het verzet van die cliënt goed te beoordelen, is het nogal wies dat die man daarna zijn zelfbeheersing verliest. Dat kan ik me dan tenminste erg goed voorstellen. Als je als allochtone cliënt, zeg maar binnen de normen en waarden die daar binnen jouw cultuur voor gelden, nee zegt tegen een hulpverlener, waar je wel afhankelijk van bent, en dat wordt niet goed opgepikt, ja dat kan op een gegeven moment wel spanningen opleveren.”

Dit onbegrip kan bovendien leiden tot een gevoel totaal geïsoleerd te zijn. Zo gaf één hulpverlener aan dat dit waarschijnlijk vooral bij asielzoekers sterk aanwezig is.

“De eenzaamheid bij asielzoekers beschouw ik als groot probleem. Die hebben daardoor ook echt niets meer te verliezen. Dat maakt wel dat ze soms verder over grenzen gaan dan autochtone patiënten.”

Men probeert taalproblemen normaal gesproken op te lossen door gebruik te maken van tolken en de tolkentelefoon of door met behulp van familieleden of

allochtone hulpverleners te communiceren met de cliënt. Aangezien dwang vooral wordt toegepast in noodsituaties, is dat op dat moment echter geen optie.

“Vaak proberen we de familie daarbij in te schakelen. Of een tolkentelefoon. Maar ja als er een noodsituatie is, dan is daar vaak ook geen tijd voor. Als er echt een noodsituatie is, kiezen we er natuurlijk eerst voor om iemand bijvoorbeeld te separeren, en dan de familie in te schakelen en dan te kijken van goh waar is hier precies sprake van.”

Over het algemeen blijken hulpverleners dus het gevoel te hebben dat dwangtoepassing bij allochtone cliënten eerder op de loer ligt dan bij autochtone cliënten, vanwege de hoge mate van onzekerheid die hen parten zou spelen. Zij plaatsen daar overigens wel de kanttekening bij dat ze dat niet zeker weten. In de interviews met deskundigen wordt het gevoel van hulpverleners dat allochtonen door onzekerheid, isolatie, etc. eerder ontsporen, niet bevestigd. Deskundigen wijzen erop dat het vooral gevoelens van onzekerheid aan de kant van de hulpverleners zijn die tot een hoger risico op dwang leiden.

3. Onzekerheid bij hulpverleners

Communicatieproblemen leiden volgens de hulpverleners niet alleen bij de allochtone cliënten tot onzekerheid, escalatie en uiteindelijk dwangtoepassing. Hulpverleners geven aan dat onzekerheid ook bij henzelf speelt. Uit de interviews komt bijvoorbeeld naar voren dat zij afdelingssituaties met allochtone cliënten vaker onduidelijk vinden en deze moeilijker kunnen inschatten dan situaties met autochtone cliënten. Als gedragingen of verbale uitingen van cliënten niet worden begrepen, zo geven hulpverleners aan, voelen zij zich eerder onzeker door het ongewisse karakter van de situatie.

“Als je het niet verstaat, niet begrijpt, of die ander begrijpt jou niet, dan escaleert het nog veel sneller. Want je ziet, verwacht problemen.”

Door enkele hulpverleners wordt opgemerkt dat het feit dat er verhoudingsgewijs veel allochtone mannen in de psychiatrie zijn opgenomen, ook bijdraagt aan gevoelens van gevaar en onzekerheid bij hulpverleners.

“Ik denk wel dat mensen die niet kunnen communiceren, angstig zijn, dreigend kijken, als die een andere houding hebben dan jij gewend bent, en er spelen zaken als intimidatie of seksisme, het zijn allemaal mannen, nou dat heeft invloed.”

De overmaat aan mannelijke allochtone cliënten kan problemen opleveren. Men schrijft dat toe aan de andere genderverhoudingen in andere culturen. Ook daardoor ervaren met name vrouwelijke hulpverleners wellicht meer dreiging.

“Maar wat ik wel vond, is dat Marokkaanse mannen echt erg weinig respect hebben voor Nederlandse verpleegkundigen, of voor vrouwelijke verpleegkundigen, en bijzonder weinig respect voor vrouwelijke, Marokkaanse verpleegkundigen. Dat maakte wel dat er nog veel dreigendere situaties ontstonden.”

Hoewel hulpverleners dus aangeven dat zijzelf onzeker worden doordat zij te maken hebben met mensen met wie, vanwege een andere culturele achtergrond, moeilijker te communiceren is en die moeilijker te duiden zijn, wil dit nog niet zeggen dat zij in zulke gevallen eerder tot dwang overgaan. Hulpverleners geven over het algemeen aan niet te weten of er bij allochtone cliënten daadwerkelijk eerder wordt overgegaan tot dwangtoepassing. Zij vermoeden van wel:

“Mensen uit bijvoorbeeld de Arabische wereld die opgenomen worden, uiten zich krachtiger, verbaal en emotioneel. Ze zijn expressiever en gaan bijvoorbeeld dichter bij je staan. Dat wordt toch vaker geïnterpreteerd als zeer onrustig en hij moet apart gezet worden om tot rust te komen.”

Het zou, volgens de hulpverleners, dus heel goed mogelijk zijn dat er vanwege onzekerheid en angst aan de kant van de hulpverleners bij allochtone cliënten vaker separatie of dwangmedicatie wordt toegepast dan bij autochtone cliënten. Tegelijkertijd geven de hulpverleners aan dat het hier om een indruk gaat die niet kan worden bevestigd aan de hand van harde cijfers.

“ Maar ik durf niet zo te zeggen, dat we bijvoorbeeld allochtone patiënten meer of vaker separeren dan autochtone. Je zou dat een jaar lang gewoon ook goed bij moeten houden, hoe separeer je nu? Wat zijn percentages? Maar ik weet het gewoon niet.”

Het vermoeden van de hulpverleners wordt bevestigd in de interviews met de deskundigen. Zij schetsen eveneens een beeld van inschattingsproblemen, onzekerheid en angst bij hulpverleners, die ertoe leiden dat men bij allochtone cliënten eerder over gaat tot dwang.

“Er wordt veel sneller gesepareerd. De oorzaak daarvan is voornamelijk angst. Het gevaarscriterium, gevaar voor jezelf. Als iemand een psychose heeft en je verstaat hem niet, ben je bang dat hij iets van plan is, dus je stopt hem in de separeer totdat er een tolk is.”

De deskundigen voegen daaraan toe dat dergelijke gevoelens van onzekerheid ook nauwelijks te overwinnen zijn door een verkeerd idee van “cultuur” aan de kant van de hulpverleners:

“Hulpverleners gaan er van uit dat wat je cultuur is, dat dit niet bespreekbaar is met cliënten. Dat lijkt een soort taboe. Ze observeren iets, maar onderzoeken dat niet verder. Maar dat is wel bespreekbaar, om duidelijkheid te krijgen moet je doorvragen.”

Door gesprekken over cultuur uit de weg te gaan, sluiten hulpverleners de mogelijkheid om misverstanden uit de weg te ruimen uit, en houden zij instabiele situaties in stand die tot een hoger risico op dwangmaatregelen leiden.

3.4 Conclusie

De interviews met hulpverleners leveren een aantal bevindingen op ten aanzien van hun ervaringen met dwangtoepassing bij allochtone cliënten. Daarin is onderscheid gemaakt tussen ervaringen met het daadwerkelijk gebruik van dwang en ervaringen in de processen die leiden tot dwang.

Hulpverleners geven aan bij het daadwerkelijk toepassen van dwang geen problemen tegen te komen die anders zijn dan bij autochtone cliënten. Zij zeggen er niet meer moeite mee te hebben om gevaar te herkennen in situaties waar een allochtone cliënt bij is betrokken. Als er al verschillen zijn, zo menen de hulpverleners, dan leiden die ertoe dat dwangbehandeling en dwangopname bij allochtone cliënten en hun familieleden minder fricties opleveren omdat men, meer dan autochtone cliënten, de autoriteit van de hulpverlener erkent en geen vragen stelt bij diens beslissing om tot dwang over te gaan. De deskundigen onderschrijven het vermoeden van de hulpverleners dat het in de praktijk makkelijker is om dwang toe te passen bij allochtonen. Zij geven aan dat allochtone cliënten hun bezwaren minder duidelijk laten blijken, maar benadrukken dat dit niet wegneemt dat er wel degelijk bezwaren kunnen zijn.

Knelpunten doen zich volgens hulpverleners met name voor in de gang van zaken die aan de dwangtoepassing vooraf gaat. Taal- en cultuurverschillen leiden op de behandelafdeling tot instabiele situaties; allochtone cliënten hebben daardoor in de ogen van de hulpverleners een grotere kans op dwangbehandeling dan autochtone cliënten. Ook is er een grotere kans op dwangopname omdat het proces dat aan dwangbehandeling vooraf gaat vaak langzaam verloopt. Hulpverleners geven ook aan dat onzekerheid en angst bij henzelf een rol kan spelen. Dit wordt onderschreven door de deskundigen. Zij signaleren dat onzekerheid aan de kant van hulpverleners tot escalatie en een verhoogd risico tot dwangtoepassing leiden, en achten dit meer doorslaggevend dan ontsporingen van cliënten ten gevolge van onmacht, onrust en onzekerheid.

Wat zeggen deze conclusies over het functioneren van de Wet Bopz bij allochtone cliënten? Het vermoeden dat er een verhoogd risico bestaat op dwangbehandeling

ten gevolge van onzekerheid en angst aan de kant van de hulpverlener, in combinatie met het, al dan niet correcte, beeld dat allochtone cliënten minder moeite hebben met daadwerkelijke dwangtoepassing, roept vragen op. Deze combinatie van factoren zou er toe kunnen leiden dat men bij allochtone cliënten gemakkelijker in de verleiding komt om op dwangmaatregelen terug te grijpen. In dat geval kan de vraag gesteld worden of de Wet Bopz voldoende bescherming biedt aan allochtone cliënten tegen onterechte toepassing van dwang.

Helaas ontbreken cijfers die kunnen uitwijzen of het vermoeden dat er bij allochtone cliënten relatief vaker dwangbehandeling wordt toegepast, klopt. Die gegevens zijn overigens moeilijk te verzamelen omdat men niet eenvoudigweg percentages kan vergelijken. De uitspraken van deskundigen lijken de conclusie dat de Wet Bopz minder bescherming geeft aan allochtone cliënten te bevestigen. Zij brengen naar voren dat onzekerheid en angst van hulpverleners eerder tot dwangbehandeling leiden, en dat hulpverleners daarbij weinig geremd worden omdat zij (ten onrechte) denken dat allochtonen vanwege hun achtergrond minder moeite zouden hebben met dwang.

4. HET PERSPECTIEF VAN ALLOCHTONE FAMILIELEDEN

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat het perspectief van allochtone familieleden centraal. Het hoofdstuk beschrijft hoe zij de gang van zaken rondom dwangtoepassing ervaren en welke knelpunten zij zien. Om het perspectief van allochtone familieleden in kaart te brengen, hebben wij gebruik gemaakt van dezelfde interviewopzet als voor de autochtone familieleden (zie deel 3 over dwangtoepassing binnen de instellingen). Dit maakt het mogelijk om het perspectief van beide groepen te vergelijken. Zo kan voorkomen worden dat bepaalde knelpunten ten onrechte aan de culturele achtergrond van allochtone familieleden worden toegeschreven. Tevens kan op deze manier getoetst worden of knelpunten die hulpverleners in relatie met allochtone cliënten en hun familieleden signaleren, wel specifiek zijn voor deze groepen.

Eerst wordt een algemene beschrijving gegeven van de knelpunten die genoemd worden door allochtone familieleden. Vervolgens worden deze knelpunten vergeleken met de knelpunten genoemd door autochtone familieleden. Zo kan bepaald worden of er voor allochtone familieleden specifieke knelpunten zijn die samenhangen met hun achtergrond.

Het materiaal dat verkregen is uit interviews en focusgroepsdiscussies met familieleden maakt duidelijk dat familieleden grote behoefte hebben aan aandacht en ondersteuning voor hun zieke familielid en voor henzelf. Het laat zien dat familieleden het gevoel hebben aan hun lot te worden overgelaten in de zorg en verantwoordelijkheid voor hun zieke familielid. Die roep om hulp en ondersteuning impliceert dat familieleden geen problemen hebben met dwang op zich, mits die onderdeel is en/of het begin is van een adequate behandeling. Waar familieleden wel moeite mee hebben, is met situaties waarin dwang niet direct samenhangt met behandeling, met de wijze waarop besluitvorming over dwang plaatsvindt en de manier waarop dwang in de praktijk wordt aangewend.

4.2 Gebruik van dwang bij opname

Familieleden hebben in eerste instantie doorgaans weinig problemen met een dwangopname. Integendeel zelfs. Het is zwaar om de zorg en de verantwoordelijkheid voor een ernstig ziek familielid te dragen en dwangopname maakt een einde aan die last.

“Mijn zoon werd niet opgenomen, ik werd beschouwd als zijn sociaal psychiatrisch verpleegkundige, psychiater en maatschappelijk werker, en moeder en noem maar op. Alles.” (Surinaams)

“Maar hij vond het niet ernstig genoeg, het ging goed. Hij was bij mij in huis, dat ging goed, maar dat hier geen ziekenhuis was, dat wou men niet inzien. Dat ik er ook aan onderdoor ging, dat ik ook eronder leed.” (Surinaams)

Het duurt voor familieleden vaak veel te lang voor er eindelijk ingegrepen wordt. Niet alleen omdat het zwaar is de zorg te dragen, maar vooral ook omdat men met lede ogen moet toezien hoe onhoudbare situaties in stand blijven en de zieke onnodig lang van hulp verstoken blijft.

“Nee ik moet hem binnen laten want de volgende dag, ook als ze hem meenemen, de volgende dag staat hij weer op de stoep. Jeetje mina, je voelt je zo machteloos. Ik denk van waar kan je nou hulp krijgen.

Dus zo ging het, maar ik ben drie dagen in huis gebleven hoor, noodgedwongen, ik kon de deur niet uit, want hij bleef in de buurt. Hij kwam aanbellen, mijn andere zoon is bij me komen slapen een nacht hier, want hij bleef maar schelden. Totdat de derde dag, dat was een zondagmorgen, toen gooide hij een steen door mijn ruit, de steen kwam in de huiskamer terecht en toen werd hij meegenomen, want dat was geweld. Hij heeft niemand geslagen maar hij gooide een steen door mijn ruit, dus zo ver moet ik het laten komen, toen kon het wel.

De koffiehuisen mogen drugs verkopen, wiet verkopen. Maar die echte zieke mensen, en hun familie, die moeten zoveel lijden voordat je kind hulp kan krijgen.”
(Surinaams)

Dergelijke frustraties hebben, zoals bovenstaand voorbeeld laat zien, vooral te maken met het inschatten van de situatie. Pas wanneer een persoon een “gevaar” vormt voor zichzelf of zijn omgeving, kan er ingegrepen worden en kan iemand opgenomen worden onder dwang. Wanneer niet aan het gevaarscriterium wordt voldaan, is het niet mogelijk om een gedwongen opname te regelen. Familieleden hebben het hier moeilijk mee.

“Maar hij is geen gevaar voor zichzelf, op straat valt hij ook niemand lastig, weet je, dus in feite kunnen ze hem niet laten opnemen. Nee. Dus dat is het. Terwijl je als moeder weet, de familie weet ja hij heeft zorg nodig, maar dat kan niet, omdat hij dus geen gevaar voor zichzelf is, geen gevaar voor zijn omgeving.” (Surinaams)

Familieleden vinden dat zij, omdat ze de cliënt van dichtbij meemaken, veel beter zicht hebben op de ernst van de situatie en het lijden van hun dierbaren. Het zijn echter de hulpverleners die bepalen wanneer er sprake is van gevaar en niet de familieleden. Dat leidt aan de kant van de familie tot gevoelens van machteloosheid, die versterkt worden door het gevoel dat hulpverleners geen aandacht hebben voor hun kennis van de situatie en geen recht doen aan hun ervaringen.

Respondent: “Je bent machteloos, je staat machteloos.”

Interviewer: “Er wordt gewoon niet naar je geluisterd.”

Respondent: “Nee je wordt niet geloofd van wat je allemaal meemaakt.

Serius genomen. Je hebt gewoon het gevoel dat ze zoiets hebben van nou je staat het gewoon te verzinnen, misschien wil je aandacht of zo.” (Marokkaans)

Er is een spanningsveld tussen de terughoudendheid van de hulpverlening en de nood van de cliënt zoals de familieleden die van dichtbij zien. Het gevaarscriterium wordt in de ogen van de familie vaak veel te strikt gehanteerd. Gevaar is niet alleen aanwezig in crisissituaties; het gaat ook om andere vormen van gevaar zoals het risico op onnodig lang lijden. Voor familieleden is het gevaarscriterium te rigide omdat het dit risico niet omvat. Onnodig lijden wordt niet gezien als een gevaar en de familie ervaart op dit punt onbegrip bij de hulpverlening. Enkele familieleden zijn zo gefrustreerd geraakt door de situatie dat zij zoeken naar verklaringen voor het uitblijven van hulp. Blijkbaar kan men het zich nauwelijks voorstellen dat de moeite die men heeft om eindelijk ergens hulp te krijgen “normaal” kan zijn. Men vermoedt dan bijvoorbeeld dat de onwil om tot behandeling over te gaan, te maken heeft met de migrantenstatus.

“En onze kinderen verpieteren maar. Dus onze kinderen zijn dubbel gehandicapt. Ze zijn psychiatrisch patiënt, ze zijn migranten en buitenlanders en je hebt geen geld. Je kan niks betalen je bent afhankelijk van Bopz. Of wie het ook is. Iemand die ziek is, ik zei het ook, als iemand ziek is, een psychiatrische patiënt, dan moet hij toch ook die hulp thuis krijgen, want hij is een patiënt. Waarom krijgen ze daar die hulp niet? Nu is mijn zoon acht jaar ziek, dus nog zeven jaar, dan is hij uitbehandeld voor de GGZ. Dan hoeft het niet meer, want hij is geen cliënt meer. Wat dan? Maar acht jaar lang heeft hij de behandeling niet gekregen die hij nodig heeft, niemand heeft hem ooit geholpen. Hij is van hardwerkende betaalde kracht, huisvrouw geworden, boodschappenman, van alles moet hij zelf doen. Maar hij heeft nog nooit hulp gekregen.” (Surinaams)

Zij hebben de indruk dat er, wanneer zij hun mannetje staan, mondig zijn en expertise in huis hebben, wel naar hen geluisterd wordt.

“Als je goed in je praten zit, je niet onder de tafel laat lullen, grof gezegd, je eigen mannetje kan staan. Dan word je wel geholpen. Maar je moet goed antwoord geven, op je achterpootjes staan. Je moet heel goed Nederlands kunnen spreken.” (Surinaams)

We hebben hierboven gezien dat familieleden aangeven dat er vaak voor hun gevoel te laat wordt ingegrepen. Daarnaast hebben veel familieleden moeite met de wijze waarop de dwang ten uitvoer wordt gebracht, ook al is die op zich noodzakelijk.

“Ze gaan een cliënt ophalen die in crisis is, en die persoon wordt behandeld als een of andere misdadiger. Terwijl die persoon doodziek is.” (Marokkaans)

“Toen werd hij opgenomen. Twee politieauto’s en een busje. Want toen kon het eindelijk, meneer was in een crisis. Meneer bezorgde overlast en toen kwamen ze, gingen ze de trap op. Hebben ze pepperspray in zijn oog gespoten, en toen heeft

hij uitgehaald naar de politie. Dat proberen ze hem ook aan zijn broek smeren, een proces te geven, omdat hij heeft uitgehaald naar een politiemans uniform. Terwijl ik er drie maanden mee bezig ben om hulp te vragen. Dat bedoel ik maar. Toen de politie die pepperspray in zijn ogen spoot, toen werd hij onderuit gehaald. Op je buik, op je buik vieze vuile, ja drie maanden bijna niet gedoucht. Zo, zo verschrikkelijk, die dingen doen je allemaal pijn.” (Surinaams)

Dit voorbeeld is er een uit vele waaruit blijkt dat familieleden weliswaar aandringen op dwangmaatregelen, maar ook ageren tegen de weinig respectvolle manier waarop met in wezen “doodzieke” cliënten wordt omgesprongen.

4.3 Gebruik van dwang na opname

De frustraties van familieleden over het uitblijven van hulp of de manier waarop ingegrepen wordt, zijn met de dwangopname nog niet verdwenen. Iemand kan opgenomen blijven omdat het gevaar aanwezig is bij ontslag, maar kan ondertussen niet gedwongen behandeld worden, omdat het gevaar op de afdeling niet meer aanwezig is. De respondenten gaven duidelijk aan dat wanneer familieleden zijn opgenomen, en zichzelf niet meer onder de zorgtaken gebukt gaan, behandeling vaak (te lang) uitblijft.

“Ja hij heeft IBS, hij zit in het IMC maar er gebeurt niks. Ja waarom wordt hij dan opgenomen? Ja. Dus en dan krijg ik steevast te horen, dat is nou eenmaal de wet. Ja, maar ik weet niet, er moet iets aan gedaan worden. Een IBS, ja daar heb je eigenlijk niet veel aan als patiënt hè, er moet zorg verleend worden. Behandeling. Ja, en medicatie, ja.” (Surinaams)

Het gaat er familieleden ook hier weer in de eerste plaats om dat er eindelijk iets aan het lijden van hun familielid gedaan wordt. Dwang moet voor hen vooral een stap vormen naar verlichting of verbetering en niet slechts een noodmaatregel die een tijdelijk eind maakt aan acuut gevaar. Het uitstellen van dwang staat gelijk aan het uitstellen van behandeling en daarmee met het uitstellen van verlichting en genezing. En dat wil men zijn familielid niet aandoen. Dat staat tegenover dat men dwang afwijst wanneer die niet in dienst staat van een traject gericht op verbetering. In dat geval verandert potentiële behandeling en verlichting in zoiets als een straf; het gebruik van dwang is dan in de ogen van familieleden niet geoorloofd.

“Het begin, dat die opgenomen wordt, dus hij is twee keer opgenomen met een gedwongen opname. Een keer in instelling A een keer in instelling B. Nou, in instelling B wat hij daar ervaren heeft, ik weet niet wat hij zelf zegt, hij is onterecht beschuldigd, of onterecht in de separeer gezet. Maar of het voor veiligheid voor zichzelf was of dat, ik weet het niet, in ieder geval is het niet goed gegaan, dat was geen behandeling.” (Marokkaans)

Dwang is voor familieleden vanwege hun emotionele betrokkenheid bij de cliënt alleen acceptabel als dit ook resulteert in de noodzakelijke hulp. Daarom is het voor familieleden heel moeilijk wanneer zij na (dwang)opname van een familielid het zicht kwijtraken op de gang van zaken op de behandelafdeling.

“Nou als moeder wil je alles weten. Dan wordt tegen je gezegd van ja maar we mogen niet alles aan u vertellen. Ja maar ik ben zijn moeder. Ik zeg, ik wil weten wat er met mijn zoon gebeurt, wat de behandelingen hier zijn, wat hij gebruikt, hoe hij zich hier bevindt, hoe hij zich hier gedraagt. Ik heb toevallig een kennis die ook in de psychiatrie zit, die gaf me enige informatie. Hij vertelde me: hij is niet storend, hij is een lieve, leuke rustige jongen. Hij past zich aan in de groep. Ik zeg, maar daar heb ik niks aan. Ik wil weten: hoe gaat de behandeling snel werken. Daar word je niet bij betrokken.” (Marokkaans)

De respondenten willen weten hoe het er mee gaat, of er iets voor hun familielid gedaan wordt en of er snel verbetering te verwachten is. Om die reden hebben zij in veel gevallen ook moeite met de wetgeving rond privacy.

“Dus de wet van privacy daar moet ook iets aan gedaan worden hoor. Wij vinden ook dat een hulpverlener niet zo moet vasthouden aan de wet, de privacywet. Die moeten toch een beetje meegaan in waar de familie om vraagt, het recht op informatie. Ja, dat vind ik belangrijk.” (Surinaams)

Familieleden vinden het nog om een andere reden moeilijk om buiten spel gezet te worden. Ze kennen de zieke van dichtbij en hebben ervaring met de manier waarop deze op zaken reageert. Dat wil zeggen dat ze over waardevolle informatie denken te beschikken die nodig zou kunnen zijn bij het duiden van het gedrag van een cliënt als agressief of enkel chagrijnig.

“Ik heb de arts gezegd, maar dat is altijd als hij psychotisch wordt, dan is dat een, een gevaar voor hem. Kijk als je dat dan voorkomt, was er niks aan de hand.” (Surinaams)

Bovendien kan men, wanneer men geen zicht en geen invloed heeft op het behandeltraject, moeilijk vertrouwen op een goede afloop. Men vreest dat men als de behandeling niet goed aansluit op de persoonlijke situatie van de cliënt, uiteindelijk zelf weer met de gebakken peren zal zitten. Het hele circus begint dan weer van voren af aan.

“Nee hoor. Niemand die je ziet, want je zoon is volwassen, behalve wanneer hij weer een terugval heeft. Dan valt dat weg, want dan ben jij de moeder. Dan ga jij het weer opknappen. Je wordt nooit erbij betrokken, maar als hij ziek is, als hij een terugval heeft, dan ben jij weer goed om de kastanjes uit het vuur te halen, om hem

weer in behandeling te brengen. En dat is niet prettig. En dat twee mensen ziek worden tegelijkertijd dat merken ze niet, want jij moet zoveel geven, er zoveel insteken, zoveel van je tijd, zoveel van je leven. Je leven is gewoon veranderd, alles is veranderd. Om dat ene kind. Maar er is geen kip die je helpt.” (Surinaams)

4.4 Allochtone en autochtone familieleden

Hierboven zijn een aantal knelpunten naar voren gekomen waar allochtone familieleden tegenaan lopen. Die knelpunten hebben te maken met de verwachtingen die familieleden van dwangopname en dwangbehandeling hebben. Men verwacht in de eerste plaats dat dwangopname het begin inluidt van een traject dat eindelijk verlichting zal brengen in het lijden van hun ernstige zieke familielid. Omdat behandeling voor hen zo belangrijk is, ondervinden familieleden gevoelens van frustratie en machteloosheid als de indruk ontstaat dat men vanuit de hulpverlening veel minder hard aan behandeling trekt en men de situatie niet serieus genoeg neemt. Dit betekent voor de familie in feite dat de hulpverlening een ernstig zieke persoon nodeloos lang in de kou laat staan.

Gevoelens van machteloosheid doen zich ook voor als hulpverleners na dwangopname niet overgaan tot verdere behandeling en als ze familieleden, onder meer vanwege het recht op privacy, buitensluiten wanneer de cliënt eenmaal is opgenomen. Familieleden hebben daardoor geen zicht meer op het behandeltraject en weten dus niet of er nu eindelijk iets voor hun familielid gedaan wordt, of zijn lijden wordt aangepakt, en of eventuele dwang terecht wordt toegepast. Daar komt nog bij dat men over informatie denkt te beschikken die van belang kan zijn bij het duiden van gedrag (gevaarlijk of niet). Ook kan informatie aangedragen worden die kan helpen bij het vaststellen van het behandelplan.

Bovenstaande knelpunten komen grotendeels overeen met de knelpunten die autochtone familieleden ervaren (zie Deel 3: Dwangtoepassing binnen de instelling). Het grootste verschil lijkt te liggen in het gevoel dat de weinig respectvolle bejegening door hulpverleners niet normaal kan zijn. Familieleden vinden de gang van zaken zo vreemd dat zij op zoek gaan naar verklaringen. Deze verklaringen worden gezocht in het feit dat zij een andere achtergrond hebben. Men vermoedt dat de weinig respectvolle wijze waarop men bejegend wordt, te maken zou kunnen hebben met discriminatie. Men vreest niet serieus genomen te worden omdat men van niet-Nederlandse afkomst is. Het verschil met autochtone familieleden is op dit punt echter niet groot. Ook zij proberen te begrijpen waarom ze naar hun gevoel niet serieus worden genomen door hulpverleners. Ze kunnen dit niet toeschrijven aan discriminatie op grond van etniciteit, maar voelen zich evenmin volwaardig behandeld.

4.5 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de Wet Bopz, naar de mening van allochtone familieleden, eerder te veel dan te weinig beperkingen oplegt ten aanzien van dwangtoepassing. Daardoor moeten ernstig zieken te lang wachten op opname en behandeling en wordt hun lijden nodeloos verlengd. Dit impliceert dat het gevaarscriterium in de Wet Bopz volgens allochtone familieleden zou moeten worden opgerekt en ook het risico op nodeloos lijden zou moeten omvatten. Toch willen familieleden niet zonder meer uitbreiding van de Bopz-criteria. Dwang is belastend voor een cliënt en dient te worden vermeden in die situaties waarin geen sprake is van verdere behandeling maar, bijvoorbeeld, van het hanteerbaar houden van de gang van zaken op de afdeling. Men betwijfelt of hulpverleners in dergelijke situaties wel terughoudend genoeg zijn met dwang, ook al omdat zij de cliënt niet zo goed kennen en dus niet goed weten hoe ze het gedrag van de cliënt moeten duiden, of hoe ze de cliënt kunnen kalmeren zonder dat dwang nodig is. Men vreest dat hulpverleners in die situaties het gevaarscriterium te snel van stal halen. Dat impliceert dat familieleden, naast het gevaarscriterium, nog een voorwaarde aan dwangtoepassing willen verbinden: dwang is alleen geoorloofd als het een onderdeel vormt van een traject gericht op verbetering van de situatie en op het verminderen van het lijden.

Familieleden zijn er niet gerust op dat aan die voorwaarden wordt voldaan. Die ongerustheid wordt versterkt doordat familieleden op dergelijke situaties nauwelijks zicht hebben. Ze vinden dat ze door de hulpverlening buitengesloten worden, bijvoorbeeld omdat men zich beroept op privacy. Familieleden hebben niet alleen problemen met "buitengesloten" worden, omdat ze daardoor geen zicht hebben op wat er op de afdeling gebeurt, maar ook omdat daardoor hun eigen kennis en ervaring genegeerd worden. En juist die kennis zou kunnen helpen bij het beantwoorden van de vraag of er nog andere opties zijn dan dwang. De ongerustheid van familieleden over de vraag of dwang wel altijd terecht wordt toegepast, ligt in het verlengde van het beeld dat ook bij hulpverleners en deskundigen naar voren kwam, namelijk dat men bij allochtone cliënten vanwege onzekerheid mogelijk sneller geneigd is tot dwangmedicatie of separatie.

5. HET PERSPECTIEF VAN ALLOCHTONE CLIËNTEN

5.1 Inleiding

Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt dat noch de hulpverleners, noch allochtone familieleden problemen hebben met een dwangopname of de toepassing van dwang op zich. Net als autochtone familieleden vinden allochtone familieleden echter dat dwang niet onnodig mag worden gebruikt en in dienst moet staan van het verminderen van lijden. Dat komt ook naar voren uit de interviews met cliënten. Uit de verhalen van cliënten blijkt verder hoe belastend dwangopname voor hen is. In dit hoofdstuk wordt een algemene beschrijving gegeven van de problemen die door allochtone cliënten ten aanzien van dwangtoepassing worden ervaren. Vervolgens is gekeken of deze knelpunten verschillen met de ervaringen van autochtone cliënten.

5.2 Toepassing van dwang

Cliënten geven aan ontevreden te zijn over de manier waarop dwang wordt toegepast. Over wat zij vinden van het feit dat dwang toegepast wordt, laten zij zich minder sterk uit. Wanneer ze er wel wat over zeggen, is de indruk dat ze er over het algemeen geen moeite mee hebben dat dwang werd toegepast. Achteraf wordt het nut ervan ingezien.

Interviewer: "Dan geven ze u een prik en dat is om rustig te worden. Wat vindt u daarvan?"

Respondent: "Dat is goed."

Interviewer: "Als u nou zo opgenomen bent, vindt u het dan ook goed dat de dokter die medicijnen geeft en dat u in de separeer komt, of zegt u: dat vind ik niet, ik wil niet opgenomen worden, ik wil thuis, ik wil het alleen doen."

Respondent: "Ik kan niet thuis, want iedere keer wat, niet goed, is te druk."

Interviewster: "Ja. Bent u blij met de hulp die u krijgt als u opgenomen bent?"

Respondent: "Ja." (Nigeriaans)

Er wordt erkend dat dwang nodig kan zijn, maar op de vorm waarin dwang wordt toegepast wordt veel aangemerkt. Op een aantal terreinen wordt door cliënten een goede uitleg gemist. Ten eerste wordt aangegeven dat dwangopname plaatsvindt zonder dat uitleg gegeven wordt waarom dit gebeurt. Vaak wordt meteen begonnen met een separatie of het geven van medicatie, zonder dat cliënten weten waarom dit gedaan wordt. Ook worden begrippen als bijvoorbeeld inbewaringstelling niet goed uitgelegd. Cliënten weten hierdoor vaak niet precies wat dit inhoudt.

Interviewer: "Dus je begreep er niets van waarom je naar het ziekenhuis moest?"

Respondent: "Zo wreed, jij belt naar de politie en zij zegt, nee wij doen alleen voor jou te helpen. Dit is niet helpen. Wij praten één keer, hoe kan je meteen in één gesprek een beslissing maken, hoe kan dat. Zij zegt, u zit in een IBS. Wat is dat,

ik weet niet, wat is IBS?"

Interviewer: "Werd dat uitgelegd?"

Respondent: "Nee. Helemaal niet, honderd procent zeker." (Srilankaans)

Door onvoldoende uitleg bestaat het gevoel dat er van alles gebeurt zonder dat duidelijk is wat en waarom.

Interviewer: "Ja want hoe is het gegaan. Toen is de politie gekomen."

Respondent: "Ja."

Interviewer: "En die heeft jou meegenomen?"

Op dat moment wordt de persoon vastgebonden en meegenomen in de ambulance terwijl van te voren niet is uitgelegd waarom en wat er staat te gebeuren.

Respondent: "Ja ik kan niets doen, helemaal van hier naar Venray, meer dan vijftien minuten, ik zit zo helemaal vast. En ze gaan daar rechtstreeks naar binnen naar die, ik weet het niet wat is gebeurd. Maar is het een droom of wat is dat, ik weet het niet." (Srilankaans)

Cliënten hebben behoefte aan een stapje terug, waarin uitleg gegeven wordt over wat er aan de hand is. Men wil dat er gepraat wordt over wat er staat te gebeuren en waarom. Wanneer vanaf het begin duidelijkheid wordt gegeven rondom de behandeling kan dit rust geven en verwarring wegnemen. Hier wordt echter onvoldoende gehoor aan gegeven.

Interviewer: "Oké, en al die tijd is niet uitgelegd hoe lang je moest blijven, wat er aan de hand was?" Respondent: "Nee, nu na twee maanden weet ik hoe het werkt, ik denk ik weet nu dat ik moet praten, met die mensen, wat is dat, waarom is dat, en dit, en dan ik weet wat voor dingen daar gebeuren...Beter uitleggen hè. En alles uitleggen. Eerst moeten ze uitleggen: wij praten, dit is van de ziekte. En dat is te proberen, duidelijk. Dat is beter." (Srilankaans)

Door deze onduidelijkheid voelen cliënten zich vaak niet geholpen in de GGZ. Ook stralen hulpverleners volgens cliënten niet echt uit dat ze willen helpen. Cliënten ervaren dat hulpverleners weinig moeite doen om hen te begrijpen.

"Ja, sommige mensen die sturen je naar die ziekenhuis, zonder rekening ergens mee te houden, die brengen je naar het politiebureau, alleen zonder denken die mensen die sturen me naar die IBS. Hoe kan ik geloven...Hoe kan ik geloven die mensen dat die mensen helpen je."

Interviewer: "Tijdens die IBS heb je nooit het gevoel gekregen van ze helpen me?"

Respondent: "Nee. Nee." (Croatisch)

Verder wordt aangegeven dat de hulpverlener vaak niet naar luistert naar de cliënt. Cliënten voelen zich niet serieus genomen en er wordt weinig begrip getoond.

“Ik probeerde uit te leggen, ik probeerde, ik smeekte om mij niet in de isoleercel te plaatsen want ik bedoel, ik zei ik heb wel in de cel gezeten, het is verschrikkelijk voor mij, ja dodelijk. En toch toonden ze helemaal geen begrip, ze hebben me toch gedwongen naar binnen te gaan.” (Croatisch)

Ook bestaat het gevoel dat wanneer uitleg gegeven wordt, de hulpverlener dit vaak niet begrijpt. Het is dan lastig voor de cliënt om te weten hoe hij het dan wel moet uitleggen. Dit geeft onzekerheid.

“Ik ben daar binnen op die afdeling, met dertien mensen. Is dat normaal, of is dat een hele slechte ding, ik weet het niet. Die snapt niet wat ik uitleg. Ja. Zeer vreemd voor mij, dit is nieuw en ik weet hier in Nederland niet hoe dat gaat.” (Srilankaans)

Ook op de organisatie van de zorg wordt het een en ander aangemerkt. Cliënten vinden het vervelend dat bij dwangopname de thuissituatie wordt vergeten. Planten krijgen geen water, post hoopt zich op, en niemand in de omgeving wordt ingelicht over de situatie.

Respondent: “Bijna, vier dagen, vandaag om elf uur ik heb een rechter, maar om tien uur ik krijg mijn kleding, en dan vier dagen zitten in dezelfde kleding met dezelfde onderbroek met dezelfde dingen. Ik heb helemaal niets maar jullie sturen me naar de IBS, maar je moet toch ook regelen wat kleding.”

Interviewer: “Er wordt helemaal geen rekening mee gehouden?”

Respondent: “Nee, helemaal niet.” (Srilankaans)

5.3 Duiding van de situatie

Het is voor cliënten zeer belangrijk dat er erkenning plaatsvindt dat iemand ziek is en niet gek of crimineel. Wanneer dit voor hun gevoel niet erkend wordt, brengt dat verwarring met zich mee. Er is onduidelijkheid over het feit dat bij een dwangopname de politie een rol speelt. Politie wordt geassocieerd met criminaliteit.

“Ik ga naar binnen, ik zeg: waarom. Ik zeg, ik ben geen crimineel. Ik heb helemaal niks gedaan, ik weet niet waarom de politie komt. Ik ben een goede mens, ik ben ziek hè, in een goede manier moet je behandelen. Ja, ze zegt, ga naar de politiebureau, de RIAGG brengt naar politie, wat ik heb slechte gedaan?” (Srilankaans)

Allochtone cliënten proberen een verklaring te vinden voor de in hun ogen moeilijk te begrijpen gang van zaken. Ze wijten de manier waarop ze worden bejegend aan het feit dat ze buitenlander zijn.

“Maar sommige mensen denkt hij komt uit buitenland, pak hem. Zulke dingen, ik weet dingen die is gebeurd van mij in die instelling. Ik weet niet waar dat aan ligt of bij andere ook is gedaan of weet ik niet kan ik niet vragen. Bijvoorbeeld die douche, die mens zeggen open de deur, je moet douche maar dat is niet de reden waarom de mensen kloppen aan de deur. Wat kan ik doen? Kan niks doen, maar gebeurt dat ook bij anderen? Ik vraag dat mij af.” (Srilankaans)

Allochtone cliënten zoeken ook op andere manieren naar verschillen tussen hun situatie en die van autochtone cliënten. Ze hebben de indruk dat de medicatie bij hen ernstigere bijwerkingen heeft dan bij medecliënten van Nederlandse afkomst. Wanneer ze aankarten dat ze erge last hebben van de bijwerkingen en vragen of ze geen lagere dosis moeten hebben, wordt hier niet of slecht op ingegaan

Respondent: “Ja, dat was een Nederlandse mevrouw.”

Interviewer: “En die kan er naar jouw idee veel beter tegen?”

Respondent: “Ja zij kan er tegen, zij doet de eigen dingen gewoon, normaal, maar als ik probeer dezelfde medicatie, ik ben jong hè, als ik gebruik, zij heeft die medicatie bijna vier, vijf minuten, ik ben klaar, ik ben helemaal moe van, ik ben helemaal duizelig.”

Interviewer: “En hoe werd daarop gereageerd, dat je er zo’n last van had, toen je die bijwerkingen had?”

Respondent: “Is puur bijwerking. Met de medicatie, ik zeg dat uitleggen, dan zegt die nee dat is normaal, alles is normaal, het is normaal. Nee, ik zeg dat is niet normaal man. Maar ik weet, ik ken nog mijn lichaam wel goed, en dat is onvrij, en ik moet overgeven, overgeven.” (Srilankaans)

5.4 Allochtone en autochtone cliënten

Er zijn in het bovenstaande een aantal knelpunten beschreven waar allochtone cliënten tegen aanlopen. We hebben gezien dat allochtone cliënten grote problemen ervaren met de manier waarop dwang wordt toegepast. Vooral goede uitleg over wat er staat te gebeuren en waarom iets gedaan wordt, wordt gemist. In grote lijnen komen deze ervaringen overeen met de ervaringen van autochtone cliënten (zie deel 3: Dwangtoepassing binnen de instelling).

Op enkele punten is er verschil te zien tussen allochtone en autochtone cliënten. Ten eerste lijkt de situatie voor allochtone cliënten nog ondoorzichtiger en verwarrender dan voor autochtone cliënten, met name in gevallen waarin de allochtone cliënt nog niet bekend is met de gang van zaken in Nederland. Men heeft dan nog meer moeite om een dwangsituatie te duiden. Ten tweede hechten allochtone cliënten aan het label “ziek”; ze willen niet voor crimineel worden gehouden. Mogelijk speelt hier een rol dat allochtone cliënten niet op de hoogte zijn van de zorg- en bijstandstaken van de Nederlandse politie. Ten derde leiden

ervaringen dat men niet gehoord of serieus genomen wordt, er toe dat men twijfelt of men wel op dezelfde manier behandeld wordt als andere cliënten. Men voelt zich zo niet alleen niet serieus genomen, maar ook achtergesteld. Ten slotte rapporteren allochtone cliënten meer en vaker bijwerkingen van medicatie, waardoor dwangmedicatie voor hen meer belastend lijkt te zijn.

5.5 Conclusie

Het beeld dat allochtone cliënten schetsen over dwang laat, net als bij autochtone cliënten, zien hoe belastend dwangtoepassing is. Dwang wordt gebruikt in situaties waarin men toch al verward en wanhopig is. De manier waarop de dwang dan wordt toegepast, draagt in hoge mate bij aan de gevoelens van wanhoop en machteloosheid die er toch al zijn. Die gevoelens van machteloosheid en onzekerheid worden in de hand gewerkt doordat cliënten het gevoel hebben dat hen alle grip op de situatie is ontnomen. Zij krijgen onvoldoende informatie om te begrijpen wat er gebeurt en worden wanneer zij zelf iets willen inbrengen nauwelijks serieus genomen. Daarnaast draagt dwang bij aan de onrust van de cliënt, omdat deze zich zorgen maakt over de situatie thuis (huis, zorgtaken, etc.) en merkt dat daaraan niet wordt gedacht. Waar hulpverleners deze problemen toeschrijven aan de culturele achtergrond van de cliënt, signaleren cliënten onwil en onvermogen aan de kant van de hulpverleners. Deze onwil zorgt ervoor dat zij zich niet serieus genomen voelen en dat naar hun mening de behandeling tekort schiet. De ervaringen verschillen niet sterk met de ervaringen van autochtone cliënten. De verschillen die er zijn, hebben niet te maken met de aard van de knelpunten, maar met de grotere complexiteit ervan. Hoewel de resultaten laten zien dat de overeenkomsten tussen allochtone en autochtone cliënten groter zijn dan de verschillen, zijn er enkele opvallende punten van verschil te noemen. Allochtone cliënten lijken meer belang te hechten aan het label "ziek", omdat zij vanwege de gang van zaken rond de dwangopname het gevoel hebben anders als "crimineel" te worden bestempeld. Het gevoel dat de status van buitenlander of migrant ten grondslag zou kunnen liggen aan het feit dat men eerder als crimineel dan als cliënt wordt behandeld, maakt de zaak voor allochtone cliënten wellicht moeilijker te hanteren dan voor autochtone cliënten. Dwang wordt daardoor mogelijk eerder als een vorm van discriminatie of straf ervaren dan als een noodzakelijk kwaad. Ten slotte dragen ook de bijwerkingen van medicijnen, die volgens de respondenten bij allochtone bevolkingsgroepen vaker voorkomen, bij aan de ellende die dwangtoepassing meebrengt. Deze verschillen doen echter weinig af aan de conclusie dat de ervaringen met en opvattingen over dwang bij allochtone cliënten meer worden bepaald door het feit dat ze cliënt zijn, dan door de allochtone status.

6. BEANTWOORDING ONDERZOEKSVRAGEN

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen uit paragraaf 1.1 beantwoord. Hierbij is de volgorde van de vragen aangepast, aangezien het antwoord op de eerste onderzoeksvraag af te leiden is uit de antwoorden op de overige onderzoeksvragen. De onderzoeksvragen twee tot en met vier gaan in op de ervaringen van de hulpverleners met allochtone cliënten en de ervaringen van allochtone cliënten en familieleden. Uit die ervaringen komen de verschillende knelpunten naar voren. Hiermee kan een antwoord gegeven worden op de eerste onderzoeksvraag.

Onderzoeksvraag 2

Wat zijn de ervaringen van zorgverleners met allochtone cliënten en waarin verschillen die van de ervaringen met autochtone cliënten?

Hulpverleners geven in eerste instantie een negatief antwoord als men hen vraagt naar specifieke problemen met dwangtoepassing bij allochtone cliënten. Zij zeggen ten aanzien van het daadwerkelijk toepassen van dwang bij allochtone cliënten geen andere problemen te ervaren dan bij autochtone cliënten. Zij geven aan niet meer moeite te hebben met het herkennen van gevaar in situaties waar een allochtone cliënt bij betrokken is. Als er al verschillen zijn, zo menen de hulpverleners, dan leiden die ertoe dat dwangopname en dwangbehandeling bij allochtone cliënten en hun familieleden minder fricties opleveren omdat, meer dan bij autochtone cliënten, de autoriteit van de hulpverlener erkend wordt en geen vragen worden gesteld bij diens beslissing om tot dwang over te gaan. Tegelijkertijd vermoeden hulpverleners dat dwang tengevolge van communicatieproblemen bij allochtonen vaker toegepast wordt. Daarvoor zijn twee mogelijke redenen. In de eerste plaats meent men dat allochtonen door de communicatieproblemen sneller verward en onzeker zullen zijn en sneller zullen ontsporen. In de tweede plaats geven hulpverleners aan dat zij bepaalde situaties vanwege hun onbekendheid met de allochtone cliënt wellicht slechter kunnen inschatten. Hierdoor kunnen deze situaties sneller als dreigend ervaren worden, waardoor mogelijk eerder op dwang teruggegrepen wordt. Het eerste vermoeden wordt niet bevestigd in interviews met deskundigen op het gebied van multiculturele vraagstukken in de GGZ, het tweede wel.

Onderzoeksvraag 3

Wat zijn de ervaringen van allochtone cliënten met de psychiatrische hulpverlening en waarin verschillen die van de ervaringen van autochtone cliënten?

De interviews met de allochtone cliënten laten zien dat dwangtoepassing in hoge mate bijdraagt aan gevoelens van wanhoop en machteloosheid, waar men toch al mee te kampen had, en die nu juist tot de dwangtoepassing leiden. Dat impliceert dat dwangtoepassing, wat de cliënten betreft, zoveel mogelijk dient te worden vermeden, en dat, wanneer dwang echt onvermijdelijk is, alles gedaan zou moeten worden om verdere onzekerheid en angst te beperken. In de praktijk worden

bestaande gevoelens van machteloosheid en onzekerheid bij dwangtoepassing volgens de allochtone cliënten echter versterkt, doordat hun alle grip op de situatie wordt ontnomen. Zij signaleren, net als de hulpverleners, op dat punt problemen in de communicatie. Waar hulpverleners communicatieproblemen vooral toeschrijven aan de culturele achtergrond van de allochtone cliënt, leggen allochtone cliënten ze juist bij de hulpverlener en diens onwil en/of onvermogen om met de cliënt te communiceren of hem/haar serieus te nemen. Allochtone cliënten vinden dat zij onvoldoende informatie krijgen over wat er gebeurt, dat er nauwelijks overleg mogelijk is en dat zij, wanneer zij iets willen inbrengen, nauwelijks serieus genomen worden. Daardoor schiet de dwangbehandeling volgens hen niet alleen zijn doel voorbij, maar komt men terecht in een vicieuze cirkel waarin de dwangbehandeling het probleem in feite alleen maar vergroot.

De ervaringen van allochtone cliënten met dwang, zoals hierboven beschreven, verschillen niet fundamenteel van die van autochtone cliënten. Ook autochtone cliënten ervaren machteloosheid en onzekerheid, en schrijven de problemen rondom dwang toe aan het onvermogen van hulpverleners om goed te communiceren. Gegeven deze overeenkomsten tussen autochtone en allochtone cliënten zijn er wel enkele verschillen te constateren. In de eerste plaats worden de problemen door allochtone cliënten pregnanter verwoord dan door autochtone cliënten. De aard van de problemen is gelijk, maar voor allochtone cliënten is de situatie vaak nog complexer en moeilijker dan voor autochtone cliënten. In de tweede plaats blijken allochtone cliënten meer belang te hechten aan het label “ziek”, omdat zij vanwege de gang van zaken rond de dwangopname het gevoel hebben anders als “crimineel” te worden beschouwd. In de derde plaats zoeken allochtone cliënten een verklaring voor de toepassing van dwang en de tekortschietende bejegening daarbij in discriminatie ten gevolge van hun allochtone afkomst. Gezien het feit dat autochtone cliënten vergelijkbare ervaringen hebben, is het niet aannemelijk dat discriminatie feitelijk een grote rol speelt. Dat neemt echter niet weg dat de betrokkenen de situatie in die termen proberen te duiden. Ten slotte hebben allochtone cliënten de ervaring dat de bijwerkingen van medicijnen sterker zijn dan bij autochtone cliënten.

Onderzoeksvraag 4

Wat zijn de ervaringen van allochtone familieleden met de psychiatrische hulpverlening en waarin verschillen die van de ervaringen van autochtone familieleden?

Familieleden van allochtone cliënten die met dwang te maken hebben gehad, signaleren problemen. Zij vinden in de eerste plaats, dat te lang gewacht wordt met het overgaan tot dwangopname. Ernstig zieke mensen komen te laat in aanmerking voor opname en behandeling, en hun lijden wordt nodeloos verlengd. Op dit punt hebben allochtone families mogelijk te kampen met meer terughoudendheid bij de hulpverlening dan autochtone families. Deskundigen op het gebied van

multiculturele zorg in de GGZ geven aan dat hulpverleners, uitgaande van een overtrokken beeld van familiebanden, allochtone familieleden vaak onnodig lang laten aanmodderen in situaties waarin bij autochtone cliënten allang zou zijn ingegrepen. Wanneer de cliënt eenmaal is opgenomen, zijn de zorgen voor de familie niet voorbij. Enerzijds is men bevreesd voor dwangmaatregelen. Hulpverleners zouden onrust en overlast op de afdeling te gemakkelijk interpreteren als “gevaar” en als aanleiding voor dwang, waardoor het gevaarscriterium in de ogen van de familie teveel wordt opgerekt. Anderzijds wil men dat er behandeling wordt toegepast, desnoods onder dwang, zodat de cliënt verbetert. Familieleden vinden het onbegrijpelijk dat dit soms niet gebeurt. Het toepassen van dwang dient volgens familieleden onderdeel te vormen van een traject gericht op verbetering van de situatie en op het verminderen van het lijden. Men is er niet gerust op dat aan die voorwaarden wordt voldaan. De ongerustheid wordt vergroot doordat men op dergelijke situaties nauwelijks zicht heeft. Familieleden vinden dat ze door de hulpverlening buitengesloten worden. Familieleden hebben niet alleen problemen met buitengesloten worden, maar ook met het feit dat daardoor hun eigen kennis en ervaring genegeerd worden. Die kennis zou kunnen helpen bij het duiden van het gedrag van de cliënt (is deze nu echt agressief en gevaarlijk) en bij het vermijden van onnodige dwang.

Bovenstaande ervaringen lijken sterk op de ervaringen van familieleden van autochtone cliënten. Hieruit kan men concluderen dat allochtone familieleden weliswaar knelpunten ervaren rond dwangtoepassing en bij de invulling van het gevaarscriterium, maar dat die knelpunten niet specifiek zijn voor allochtonen. De situatie is voor allochtone familieleden overigens wel gecompliceerder, omdat het voor hen moeilijk is vast te stellen of deze voor hen vreemde gang van zaken te maken zou kunnen hebben met discriminatie. Dit vermoeden van discriminatie delen zij met de cliënten van allochtone afkomst. Zoals hierboven reeds opgemerkt, hoeft er van daadwerkelijke discriminatie geen sprake te zijn; het gevoel mogelijk het slachtoffer te zijn van discriminatie kleurt echter wel de ervaringen van de betrokkenen.

Onderzoeksvraag 1

Zijn er in de toepassing van de Wet Bopz specifieke knelpunten inzake de opname en de behandeling van allochtone cliënten?

Knelpunten doen zich volgens hulpverleners vooral voor in de gang van zaken die aan dwangbehandeling op de afdeling vooraf gaat. Taal- en cultuurverschillen leiden tot instabiele situaties; allochtone cliënten hebben daardoor in de ogen van de hulpverleners een grotere kans op dwangbehandeling dan autochtone cliënten. Ook is er een grotere kans op dwangopname, omdat het proces dat daaraan vooraf gaat door de ‘culturele’ achtergrond vaak langzaam verloopt. Het overgaan tot dwangopname en dwangbehandeling op zich levert volgens hulpverleners bij

allochtone cliënten geen specifieke knelpunten op. Integendeel, men vermoedt dat allochtone cliënten minder kritisch staan tegenover het gebruik van dwang.

Hulpverleners vermoeden dat allochtone cliënten een verhoogd risico lopen op dwangbehandeling ten gevolge van onzekerheid en angst aan de kant van zowel de cliënt als de hulpverlener. In combinatie met het, al dan niet correcte, beeld dat allochtone cliënten minder moeite hebben met daadwerkelijke dwangtoepassing zou dit zou er toe kunnen leiden dat men bij allochtone cliënten gemakkelijker in de verleiding komt om op dwangmaatregelen terug te grijpen. Het is daarom de vraag of de Wet Bopz voldoende bescherming tegen dwangbehandeling biedt aan allochtone cliënten.

Familieleden vinden dat de Wet Bopz enerzijds te veel en anderzijds te weinig beperkingen aan dwangtoepassing oplegt. Vaak wordt voor hun gevoel te laat tot dwangopname overgegaan, waardoor cliënten te lang moeten wachten. Na de opname blijft behandeling soms uit, omdat de cliënt weigert. In dergelijke gevallen zou dwangbehandeling mogelijk moeten zijn. Voor zover dwang na de opname wordt toegepast, vrezen familieleden dat dit voortkomt uit (vaak onjuist geïnterpreteerde) uitingen van onrust. Hier zou dwang vermeden moeten worden. Familieleden vinden dat zij onvoldoende zicht hebben op wat zich in de instelling afspeelt. Zij voelen zich buitengesloten. Hun inbreng wordt genegeerd, terwijl deze waardevol kan zijn bij het vermijden van dwang.

Volgens familieleden zou het gevaarscriterium in de Wet Bopz voor wat betreft dwangopname en dwangbehandeling moeten worden opgerekt en ook het risico op nodeloos lijden moeten omvatten. Daarmee lijken familieleden aan te geven dat de Wet Bopz eerder te veel dan te weinig beperkingen oplegt ten aanzien van dwangtoepassing. Tegelijkertijd impliceert de ongerustheid van de familie ten aanzien van dwang tijdens de opname dat men het gevaarscriterium daar beter toegepast wil zien, en dwang alleen zou willen toestaan als ze een onderdeel uitmaakt van een verbetertraject. Tevens hebben familieleden kritiek op de manier waarop dwang, wanneer deze onvermijdelijk is, ten uitvoer wordt gebracht. Deze kritiek heeft betrekking op de weinig respectvolle bejegening van familieleden en cliënten door de hulpverleners. Naast de voorwaarde van het (adequaat ingevulde en toegepaste) gevaarscriterium en de voorwaarde van een verbetertraject, zou men op basis van het familieperspectief dus kunnen denken aan een derde voorwaarde, de voorwaarde dat er voor familieleden en cliënten voldoende ruimte is voor eigen inbreng.

Voor cliënten liggen de knelpunten zowel in de wet zelf, als op het terrein van de uitvoering van de wet. Wat betreft de wet zou men zich volgens de cliënten moeten afvragen of het gevaarscriterium wel genoeg beperkingen oplegt. Dwang is immers zo belastend dat het koste wat kost vermeden moet worden. Dat dwang belastend is,

heeft vooral te maken met de uitvoering, of liever, met de bejegening waarmee de uitvoering van dwang vaak gepaard gaat. Cliënten geven aan onvoldoende informatie te krijgen over wat er gebeurt. Er wordt slecht geluisterd en wanneer zij met eigen inbreng komen, worden ze voor hun gevoel niet serieus genomen. Dat draagt bij aan de onzekerheid, de machteloosheid en dus aan wanhoop, de angst en de ellende die dwang voor cliënten met zich mee brengt.

7. AANBEVELINGEN

Hieronder doen we een aantal aanbevelingen op grond van de onderzoeksbevindingen. Deze aanbevelingen betreffen enerzijds onderwerpen voor verder onderzoek, en anderzijds suggesties voor de praktijk. We beginnen met aanbevelingen voor het onderzoek:

- In onderzoek naar de positie van allochtone cliënten in de GGZ moet niet automatisch uitgegaan worden van verschillen tussen groepen op basis van etniciteit. Er bestaan verschillen tussen en binnen groepen mensen. Dit pleit voor een brede diversiteitbenadering. Sociale klasse en gender zijn belangrijke factoren ter verklaring van verschillen in de gezondheidszorg. Vervolgonderzoek zou dan ook meer aandacht aan aspecten als sociale klasse en gender moeten besteden.
- Hulpverleners geven aan minder moeite te hebben met het toepassen van dwang bij allochtone cliënten dan bij autochtone cliënten. Hierdoor bestaat het vermoeden dat dwang ook sneller wordt toegepast. Dit onderzoek geeft over het exacte aantal dwangtoepassingen bij allochtone cliënten geen uitsluit, omdat het kwalitatief van aard was. Om meer gegevens op dit gebied te verkrijgen, is kwantitatief onderzoek gewenst. Hierbij moet aangetekend worden dat het vaststellen van wie tot de categorie allochtoon behoort problemen met zich meebrengt; dit maakt de verzameling van gegevens complex (Shim, 2005). In overleg met het Ministerie van VWS wordt in het kader van het samenwerkingsverband van de psychiatrische casusregisters in Nederland onder andere onderzoek verricht naar de psychiatrische zorg voor en na inbewaringstelling, waarin ook aandacht is voor etnische verschillen. Naar verwachting wordt dit project eind 2007 afgerond.
- Naast onderzoek naar het aantal dwangtoepassingen bij allochtonen is onderzoek naar de reactie van allochtone cliënten op dwang gewenst. Wanneer er geen bezwaren aan de kant van de cliënt worden geuit, wil dit nog niet zeggen dat er geen bezwaren zijn. Observationeel onderzoek zou hier uitkomst kunnen bieden. Op deze manier kan onderzocht worden onder welke omstandigheden dwang plaatsvindt en of hierbij voldoende aandacht wordt besteed aan de reactie van de cliënt.
- Bij belangenverenigingen zijn weinig allochtone familieleden of cliënten aangesloten. Hierdoor wordt mogelijke ondersteuning van die zijde misgelopen. Er dient onderzocht te worden waarom familieleden en cliënten wegblijven bij deze groepen. Spelen gevoelens van schaamte een rol? Voelen zij zich onvoldoende begrepen? Is er behoefte om over problemen te praten in eigen kring?

Naast aanbevelingen voor verder onderzoek, kunnen uit ons onderzoek een aantal praktische aanbevelingen worden afgeleid:

- Verbetering van de praktijk van dwangtoepassing bij allochtone cliënten dient niet gebaseerd te zijn op een benadering in termen van onderscheid, maar dient uit te gaan van de overeenkomsten met autochtone cliënten. In de geschiedenis van de zorg voor allochtonen is een verschuiving te zien van aandacht voor de bijzondere problemen van allochtonen naar het benadrukken van parallellen met ziekte en ziektegedrag van autochtonen (Van Dijk, 1998b). Allochtonen zijn niet langer object van bijzondere zorg, maar worden gelijkwaardige partners in een gezamenlijk leerproces (Van Dijk, 1998b, p. 399). Deze verschuiving, die bekend staat als interculturalisatie van de zorg, dient ook op het gebied van dwangtoepassing gestalte te krijgen.
- Maatregelen tot verbetering van de zorg in de GGZ voor allochtonen dienen niet te focussen op specifieke verschillen tussen etnische groepen. Het bevorderen van kennis van etnische groepen bij hulpverleners, het instellen van cultuur-specifieke werkgroepen, of het toespitsen van voorlichting op allochtone cliëntenpopulaties, kan het denken in termen van verschillen versterken. Wij pleiten voor een benadering waarin problemen met allochtone cliënten niet automatisch worden toegeschreven aan een “andere” cultuur. Bij elke individuele cliënt zou nagegaan moeten worden of en hoe culturele elementen een rol spelen. Er moet meer geluisterd worden naar wat de cliënt zelf inbrengt, meer zorg op maat worden geleverd in plaats van nadruk op uniformering en procedures. Ook zouden hulpverleners moeten reflecteren over hun eigen handelen. Waarom wordt op een bepaalde manier gereageerd en is dit de juiste wijze van reageren?
- Bij familieleden en cliënten bestaat behoefte aan meer informatie en ondersteuning op een aantal terreinen. Het gaat daarbij onder andere om hulp bij een aantal praktische zaken. Wanneer iemand opgenomen wordt, wordt niet altijd stilgestaan bij de thuissituatie, terwijl er vaak een hoop praktische zaken geregeld moeten worden. Verder is er behoefte aan meer informatie en ondersteuning bij het zoeken naar een ingang in het zorgcircuit. Familieleden geven aan dat ze niet goed weten hoe ze iemand in de zorg krijgen. Wanneer ze met signalen komen, wordt dit niet begrepen of serieus genomen.
- Familieleden en cliënten geven aan dat meer gedaan zou kunnen worden met hun ervaringskennis bij het voorkómen van dwang, dan wel het beter inrichten daarvan. Het verdient aanbeveling te zoeken naar manieren om familieleden en cliënten hier actief bij te betrekken. Hierbij dient tevens gezocht te worden naar een manier van omgaan met het recht op privacy die de betrokkenheid van verschillende partijen niet nodeloos belemmert.
- Ervaringskennis kan beter benut worden door (allochtone en autochtone) cliënten en familieleden aan te nemen voor consultatieve functies en voor functies in de hulpverlening.

- De vraag kan gesteld worden of oplossingen alleen door veranderingen in de Wet Bopz bewerkstelligd kunnen worden. Wetswijzigingen leveren niet automatisch een verbetering op voor de positie van de (al dan niet allochtone) cliënt. Gezien de geconstateerde overeenkomstige problemen van allochtone en autochtone cliënten is het aan te bevelen om beide groepen met elkaar in contact te brengen. Het is raadzaam om een landelijke gemengde studiegroep op te zetten die nadere aanbevelingen ontwikkelt en uitwerkt, niet alleen ten aanzien van Dwang en Drang, maar ook ten aanzien van de kwaliteit van de Nederlandse GGZ in het algemeen.

Literatuur

- Barkas, A., Bos, D.T., Hogewind, S.N. & W.J. de Ridder (2003). *De dag ontsluit: een kijk op de dagindeling van allochtonen*. Den Haag: Stichting Maatschappij en Onderneming.
- Boevink, W. & E.P. Rooien (2006). *Verhalen van herstel*. Utrecht: Trimbos-insituuut.
- Dijk, R. van (1998a). Culture as Excuse. The Failures of Health Care to Migrants in The Netherlands. In: Van der Geest, S. & A. Rienks (Eds.), *The art of medical antropology readings*. Amsterdam: Het Spinhuis. pp. 243-250.
- Dijk, R. van (1998b). Etnische minderheden en hun gezondheid. In: Penninx, R., Münstermann, H. & H. Entzinger (red.), *Etnische minderheden in de multiculturele samenleving*. Groningen: Wolters-Noordhoff. pp. 392-420.
- Dijk, R.C.J. van, Borra, R. & H. Rohlof (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose; cultuursensitief werken met de DSM-IV*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dute, J. et al. (eds) (2000). *Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst*. Den Haag: ZON.
- Epstein, S. (2004). Bodily Differences and Collective Identities: The Politics of Gender and Race in Biomedical Research in the United States. *Body & Society*, 10(2-3): 183-203.
- Helman, C. (2001). *Culture, health, and illness*. London: Arnold.
- Hijmans van de Bergh, A. (2002). *Sociaal-medische begeleiding van allochtonen; een verkennend onderzoek*. Utrecht: Forum.
- Hoffer, C. (1997). Islamitisch volksgeloof en gezondheidszorg. In: Pranger, D. (red.), *Islam en de gezondheidszorg*. Baarn: Ambo.
- Jenkins, R. (1997). *Rethinking Ethnicity. Arguments and Explorations*. London: SAGE Publications.
- Konig-Zahn, C., Tax, B., Nuy, M., Hodiamont, P. & P. Heyendael (1993). *Gezondheid en bestaansonzekerheid in Nederland: literatuurstudie naar de gezondheidssituatie van allochtonen, langdurig arbeidsongeschikten en thuislozen*. Rijswijk: Ministerie van VWS.
- Meadows, L.M. & J.M. Morse (2001). Constructing Evidence Within the Qualitative Project. In: Morse, J.M., Swanson, J.M. & A.J. Kuzel (eds.) (2001), *The Nature of Qualitative Evidence*. Thousand Oaks: Sage. pp. 187-200.
- Meershoek, A., Krumeich, A. & L. Desain (2005). *Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Mezzich, J. E. (1996). *Culture and psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Press.
- Mikado (2007). *Discriminatie en uitsluiting blijft onbespreekbaar*. Opgehaald 17 januari 2007, van http://www.mikado-ggz.nl/artikel.php?artikel_id=662
- Netteb, T. (2005). *Culturele ongevoeligheid bij een gedwongen opname*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

- Poppel, J. & P. Kamphuis (2002). *Allochtonen, sociaal-medische begeleiding en reïntegratie; een literatuurstudie naar de invloed van sociaal-culturele aspecten op de Sociaal-Medische begeleiding en reïntegratie van allochtonen*. Tilburg: IVA/ZonMw.
- Rohlof, H., Groenenberg, M. & B. Blom (1999). *Vluchtelingen in de GGZ. Handboek voor de hulpverlening*. Utrecht: Stichting Pharos.
- Saraga, E. (1998). *Embodying the social. Constructions of difference*. London/New York: Open University Press/Routledge.
- Schulz, E. J. & L. Mulligs (2006). *Gender, Race, Class, Health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey Bass.
- Shim, J. K. (2005). Constructing "Race" across the Science-Lay Divide: Racial Formation in the Epidemiology and Experience of Cardiovascular Disease. *Social Studies of Science*, 35(3): 405-436.
- Tonk, F. (2006). *GGZ Amsterdam Zuidoost Kiest Kleur*. Rotterdam: Mikado.

Bijlage I: Interviewschema's

Interviewschema Hulpverleners

Topics

- **Bekendheid met Wet Bopz**
 - Wat versta je daaronder?
 - Wat zijn kernpunten?
 - Op welke wijze ermee te maken?
 - Voorlichting?

- **Ervaringen in de praktijk: casus/ voorbeeld**

- **Proces van besluitvorming**
 - Brandblussen versus zorgvuldig afwegen
 - Subsidiariteit: is ingreep/ maatregel de enige wijze om gevaar af te wenden?
 - Proportionaliteit: staat ingreep/ maatregel in verhouding tot voorkomen van gevaar?
 - Doelmatigheid; is ingreep/ maatregel effectief?

- **Vormen van dwang**
 - Dwangbehandeling versus nood
 - Separatie versus medicatie
 - Vrijheidsbeperkende maatregelen

- **Rol van wilsbekwaamheid/ mate van verzet**
 - Inzake dwangtoepassing
 - Onderscheid Wgbo/Wet Bopz
 - Ervaringen met wettelijke bepalingen
 - Advies

- **Verruiming van criterium dwangbehandeling**
 - Stand van zaken in de praktijk
 - Ervaringen
 - Advies

- **Somatiek en dwang**
 - Stand van zaken in de praktijk
 - Onderscheid Wgbo/Wet Bopz

- **Preventie**
 - Stand van zaken
 - Ervaringen
 - Advies; rol van wetgeving?

- **Evaluatie/ nazorg**
 - stand van zaken
 - ervaringen
 - advies; rol van wetgeving?

- **Diversiteit/ etniciteit en Bopz**
 - Doorvragen aan de hand van bovenstaande topics en t.a.v. dwangopnames:
 - Ervaringen met allochtone cliënten
 - Waardering
 - Specifieke problemen?

- **Aanbevelingen**
 - Knelpunten in de Wet Bopz
 - Advies
 - Best practices/idealen.

Interviewschema Familieleden

Onderwerpen

- **Persoonlijk: Relatie met de psychiatrie**
 - Hoe in contact gekomen met de psychiatrie? Wat is er gebeurd?
 - Om wie gaat het? Hoe op dit moment
 - Welke rol speelt familie; en, afhankelijk van 'geschiedenis' van betrokkene: zijn er verbeteringen ten goede – of juist verslechtingen - opgetreden? Hoe actief-passief zijn hulpverleners m.b.t. het betrekken van de familie; vergt dit strijd van de kant van het familielid, of is er ook een aanbod van de kant van de hulpverlening?
 - Hoe erbij betrokken? Was dit voldoende voor je gevoel? Welke verwachtingen bestonden er bij het familielid en wat is daarvan terecht gekomen?
 - Niet voldoende, hoe zou dit verbeterd kunnen worden?

- **Proces van besluitvorming**
 - Hoe is eerste opname gegaan?

- **Gevaarscriterium**
 - Wat vind je van criterium voor dwang (afwenden van gevaar voor zichzelf/ anderen)?

- **Wet Bopz**
 - Ben je bekend met de Wet Bopz en dwangmogelijkheden?
 - Is rechtspositie van wie duidelijk? Wat werd daarover verteld? Voorlichting geweest?

- **Dwangtoepassing**
 - Wat zijn ervaringen, wat is impact? Wat gebeurde er precies? Hoe ging dat in zijn werk? Is de toegepaste vorm van dwang ook te begrijpen?
 - Hoeervaarde je de rol van verpleegkundigen daarin?
 - Hoeervaarde je de rol van de psychiater daarbij?
 - Werden je zorgen/bezwaren/ tegenwerpingen gehoord?
 - Op welke manier heeft familielid met dwang te maken gehad? Welke vorm(en) van dwang?
 - Hoe ging het na de dwangtoepassing in zijn werk? Was er nazorg?
 - Best practice volgens u?

- **Separatie/medicatie**
 - Wat vind je van verschillen tussen dwangtoepassingen? Is bijvoorbeeld dwangmedicatie beter dan separatie? Heb je hier voorkeuren?
 - Ben je ergens niet tevreden over? Welke misstanden signaleer(de) je?
 - Zou nog een bepaalde verandering in de wet bij kunnen bijdragen aan verbetering van tekorten of misstanden?
 - Als wetsverandering geen soelaas biedt, wat is er dan nodig om de praktijk rond dwang te verbeteren? (als dat nodig wordt geacht)

- **Preventie**
 - Hoe is er aandacht geweest om dwangtoepassing te voorkomen?
 - Wat vind je van aandacht voor preventie? Hoe zou dat vorm kunnen krijgen? Waar is sprake van knelpunten?

- **Evaluatie**
 - Nabespreking van thuissituatie? Betrokken bij evaluatie van klinische dwangtoepassing?

- **Reflectie**
 - Aanbevelingen/advies ten aanzien van dwangtoepassingen?
 - Welke onderwerpen zijn belangrijk?
 - Zijn er voorbeelden van goede dwangtoepassing? Zo ja, welke?
 - Welke rol wil familie spelen; wil men bijvoorbeeld 'medeverantwoordelijk' gemaakt worden? Of is men daar juist bang voor? Of gaat het uitsluitend om goede communicatie en informatieverschaffing? (vaak weten familieleden niets over wat er aan de hand is met hun zoon of dochter en wordt onder het mom van privacy geen info gegeven)

Interviewschema Cliënten/ervaringsdeskundigen

Onderwerpen

- **Persoonlijk: Relatie met de psychiatrie**
 - Hoe in contact gekomen met de psychiatrie?
 - Hoe op dit moment?
- **Persoonlijk: Dwangtoepassing**
 - Op welke manier met dwang te maken gehad? Welke vorm(en) van dwang?
 - Wat zijn ervaringen, wat is impact? Wat gebeurde er precies? Hoe ging dat in zijn werk?
 - Hoeervaarde je de rol van verpleegkundigen daarin?
 - Hoeervaarde je de rol van de psychiater daarbij?
 - Werden je bezwaren/tegenwerpingen gehoord?
 - Hoe ging het na de dwangtoepassing in zijn werk? Was er nazorg?
- **Abstract: Wet Bopz**
 - Ben je bekend met de Wet Bopz en dwangmogelijkheden?
 - Was/is rechtspositie duidelijk? Wat werd daarover verteld?
 - Wat vind je van criterium voor dwang (afwenden van gevaar voor zichzelf/anderen)?
 - Wat vind je van verschillen tussen dwangtoepassingen? Is bijvoorbeeld dwangmedicatie beter dan separatie? Heb je hier voorkeuren?
 - Welke misstanden signaleer(de) je?
- **Preventie**
 - Wat vind je van aandacht voor preventie? Hoe zou dat vorm kunnen krijgen?
- **Reflectie**
 - Aanbevelingen/ advies ten aanzien van dwangtoepassingen?
 - Welke onderwerpen zijn belangrijk?
 - Zijn er voorbeelden van goede dwangtoepassing? Zo ja, welke?

Uitgave:

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postadres:

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 79 11

Informatie:

Voor informatie en vragen
over bestellingen kunt u
terecht bij de medewerkers
van Postbus 51.

Zij zijn op werkdagen
bereikbaar van 9.00 tot
21.00 uur onder telefoon-
nummer 0800-8051 (gratis).

Internetadres:

www.minvws.nl

Maart 2007

Dit onderzoek richt zich op mogelijke knelpunten in de Wet Bopz bij allochtone cliënten. Het onderzoek is verkennend en kwalitatief van aard. Centraal staat de vraag of bij allochtone cliënten specifieke problemen optreden betreffende de Wet Bopz in het algemeen en de toepassing van dwang in het bijzonder. Deze vraag wordt beantwoord door ervaringen van hulpverleners, cliënten en familieleden in kaart te brengen.

Uit het onderzoek blijkt dat hulpverleners geen specifieke problemen rapporteren met de toepassing van dwang bij allochtonen. Wel menen zij dat allochtone cliënten een groter risico lopen dat dwang wordt toegepast. Een mogelijke reden hiervoor is dat hulpverleners gedrag van allochtone cliënten soms moeilijk kunnen inschatten. Uit het onderzoek blijkt voorts dat de ervaringen van allochtone cliënten met dwang niet fundamenteel verschillen van die van autochtone cliënten. De verschillen die er zijn, hebben niet te maken met de aard van de knelpunten, maar met de grotere complexiteit ervan. Ook de ervaringen van allochtone familieleden komen grotendeels overeen met die van autochtone familieleden. Een conclusie van het onderzoek is dan ook dat verbetering van de praktijk van dwangtoepassing bij allochtone cliënten niet gebaseerd dient te zijn op een benadering in termen van onderscheid, maar dient uit te gaan van de overeenkomsten met autochtone cliënten.

Onderzoeksconsortium

De onderzoeken ten behoeve van de derde evaluatie van de Wet Bopz zijn in opdracht van de ministeries van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgevoerd door een onderzoeksconsortium bestaande uit Prismant, de Vrije Universiteit Amsterdam (VU medisch centrum/EMGO en juridische faculteit) en de Universiteit Maastricht (Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Onderzoeksinstituut Caphri).