

De-escalatie en dwangreductie

EEN PRAKTIJKBOEK VOOR
DE KLINISCHE INTENSIEVE EN
FORENSISCHE ZORG

Petra Schaftenaar en Minco Ruiter

De-escalatie en dwangreductie

Een praktijkboek voor de klinische intensieve en forensische zorg

Petra Schaftenaar en Minco Ruiters

ISBN 978 90 8560 253 8

NUR 740

THEMA JKSM

DOI 10.36254/978-90-8560-253-8

© 2023 Uitgeverij SWP Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



Voorwoord

Werken in de zorg, en dan in de klinische, intensieve en forensische variant, is prachtig werk. Maar het is ook hard werken. En bij vlagen heel ingewikkeld, om allerlei redenen. In dit boek geven wij aandacht aan een grote component van de ingewikkeldheid van dit werk. Die van de uiterst complexe situaties van escalaties, onbegrepen gedrag, conflicten, oplopende spanning, confrontatie, geweld en dwang. De kant van het werk die er bij voorkeur niet is, maar ook onvermijdelijk is. Omdat cliënten met complexe problemen zich moeten onderwerpen aan zorg en behandeling en omdat het in die zorg- en behandelomstandigheden ook niet eenvoudig is. Er is hoge werkdruk, ziekte en uitval, er zijn reorganisaties, er is minder geld en ook de professionals nemen hun eigen bagage mee, om er maar eens een paar te noemen.

In dat spanningsveld, waarin conflicten op de loer liggen en soms ook nodig zijn, maar waarin escalaties ook uit de hand lopen en cliënten gesepareerd kunnen worden om ruzie om een banaan, begeven we ons met dit boek. Het boek gaat over alles wat we *wel* kunnen doen. Zonder te willen betogen dat dit eenvoudig is, is ons uitgangspunt dat als wij als professionals erop gericht zijn om cliënten verder te helpen in en met hun leven, wij als professionals iets anders moeten gaan doen. Dat andere is het maximale om te zorgen dat de cliënt de zorg die hij krijgt ook als zorg *ervaart*. Dat het om hem te doen is, ook als het heel erg slecht met hem gaat en super ingewikkeld is. Dit doen, betekent dat de hele zorg in de kern de-escalerend moet zijn. Wat we daarmee bedoelen en vooral wat er dan allemaal gedaan kan worden, beschrijven we in dit boek. De-escalerende zorg betekent voorkomen van dwang, maar als er toch dwang toegepast moet worden (en wij als auteurs zijn van mening dat dit in onze huidige praktijken soms onvermijdelijk is), dit ook de-escalerend moet plaatsvinden. Geen inzet van dwang als oplossing of eindpunt.

Maar dwang als een stap in het samen zoeken, zorgen, onderhandelen en overreden. Met het oog op het beste voor de cliënt en dus, met goede zorg, zeker ook *tijdens* de dwangsituaties. Wat wij daarmee bedoelen, werken we in dit boek uit.

Dit boek is bedoeld voor alle professionals, van uitvoerend tot (behandel)verantwoordelijk op de werkvloer of in opleiding. Het is bedoeld voor iedereen die te maken heeft met conflicten, complexe situaties en escalaties, voornamelijk in de intensieve en forensische zorg. We willen laten zien hoeveel er eigenlijk gedaan kan worden en waar onze invloed als professional vooral zit.

In dit boek bouwen we voort op de beweging van de laatste decennia (ongeveer sinds de start van het nieuwe millennium) van het terugdringen van dwang. In het eerste deel benaderen we het thema theoretisch. Wat weten we allemaal over het onderwerp en welke manier van denken kan ons helpen om de praktijk te verbeteren? Het is belangrijk om te snappen waarom we onbedoeld toch vaak op een beheersmatige manier escalerend zijn, terwijl dat niet de intentie van ons werk is. Pas als we weten hoe het werkt, kunnen we het anders gaan doen. En kunnen we ons realiseren dat wij als professional toch echt de sleutel hebben tot een ander, meer gewenst klimaat.

In het tweede deel beschrijven we de praktische consequenties van dit anders denken en doen. We beschrijven interventies die in de praktijk zijn uitgevonden en uitgevoerd. Bij al die interventies hebben we achterhaald wie ze ontwikkeld hebben of waar wij als auteurs ze gevonden hebben. We brengen ook een verdieping toe door de huidige stand van zaken van het praktijk- en literatuuronderzoek erbij te beschrijven. Daarnaast voegen we nieuwe interventies toe, gebaseerd op onze eigen ervaringen. Dit boek is daarmee van ons, maar we hadden het niet kunnen maken zonder al die professionals en onderzoekers in het veld die al jaren met het onderwerp (of een onderdeel daarvan) bezig zijn.

Bijzondere dank spreken wij uit naar Yolande Voskes, Toon Walravens en Peter Braun, die geheel vrijwillig bereid waren met ons mee te lezen en ons van waardevolle feedback hebben voorzien.

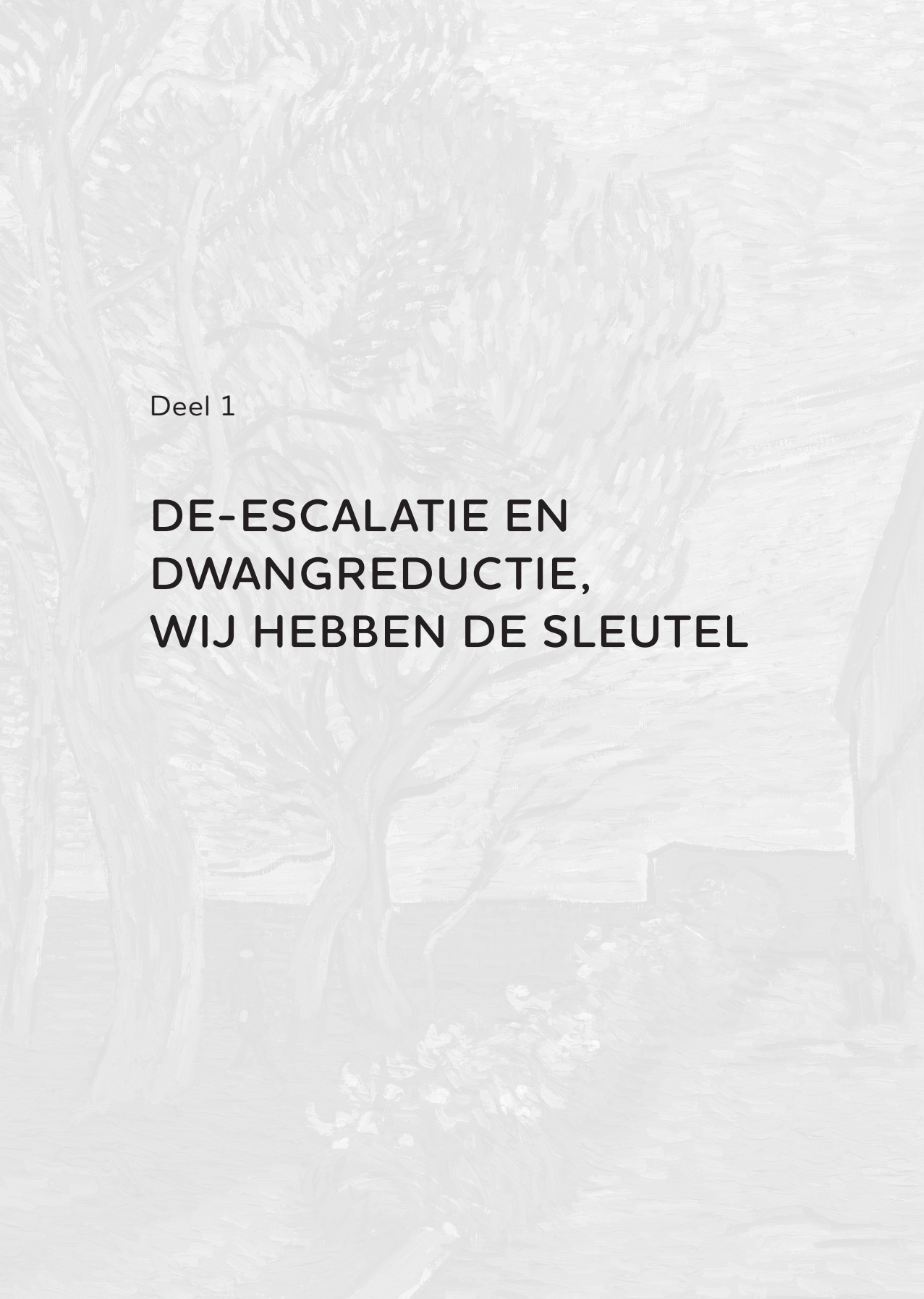
Petra Schaftenaar en Minco Ruiter



Inhoudsopgave

DEEL 1	DE-ESCALATIE EN DWANGREDUCTIE, WIJ HEBBEN DE SLEUTEL	
Hoofdstuk 1	Aanleiding	10
Hoofdstuk 2	Dwang, drang en repressie – problemen en definities	14
Hoofdstuk 3	De geschiedenis en de context	21
Hoofdstuk 4	De bal ligt bij ons!	34
DEEL 2	DE DE-ESCALATIE PIRAMIDE, SLEUTELS TOT EEN DE-ESCALERENDE PRAKTIJK	
Hoofdstuk 5	De De-escalatie Piramide	50
Hoofdstuk 6	Verbinden	54
Hoofdstuk 7	Voorkomen	91
Hoofdstuk 8	Verlichten	112
Hoofdstuk 9	Reflecteren	125
Hoofdstuk 10	Conclusie en vervolg	139
Referenties		141
Personalia		157



The background is a light gray, textured illustration. It depicts a landscape with several trees of varying heights and a dark, rectangular building in the distance. The style is reminiscent of a woodcut or a heavily textured print, with visible brushstrokes or grain throughout. The overall tone is muted and artistic.

Deel 1

DE-ESCALATIE EN DWANGREDUCTIE, WIJ HEBBEN DE SLEUTEL

Hoofdstuk 1

Aanleiding

Ze staat vlak achter de deur van de separeer als ik de voorruimte binnenkom. Ik zie haar door het raam met haar geschoren hoofd. Ze kijkt me aan en kijkt blij, ze zwaait. Ik roep 'daar ben ik weer' en open de deur. Bij mij hoeft ze niet achter in de ruimte op bed te gaan zitten met een deken om haar benen heen. Ik heb hierin een uitzonderingspositie. Inmiddels is men blij dat we samen een goede relatie hebben opgebouwd, omdat iedereen wel inziet dat ze in een uitzichtloze situatie is beland. Verschillende teamleden zouden ook wel meer nabijheid willen bieden, maar er is één lijn getrokken. Iedereen blijft bij de deur, zonder uitzonderingen. Esther heeft iedereen behoorlijk bang gemaakt met haar fysieke uithalen. 'Je bent voor je leven getekend als ze je met haar lange nagels weet te raken. Ik ga de ruimte niet meer in!' Er wordt gekozen voor wat men noemt: optimale veiligheid. Iedereen op ruime afstand, niemand de ruimte in, een groot scheurblok voor de deur. Dat is bij mij gelukkig anders. Vanaf het begin heb ik als een-op-eenbegeleider een andere koers gevaren en dat gebeurt met toestemming van het team, anders is mijn positie onhoudbaar. Ik ben vrijwel altijd naar binnen gegaan en heb een veel meer nabije relatie kunnen opbouwen. Niet als maatjes, daarvoor schelen we te veel in leeftijd. Misschien als een soort vaderlijk figuur, of als veilige naaste, misschien als zaakwaarnemer. Ik geef veel vertrouwen, ik krijg ook vertrouwen, dat schept in ieder geval meer emotionele veiligheid. Ik ben altijd hetzelfde en probeer continu optimale bekrachtiging te bieden, erkenning van haar gevoel van eenzaamheid, onmacht, wanhoop, onrecht, boosheid. De waarde van bekrachtiging

wordt enorm onderschat, is mijn idee. Het maakt haar minder machteloos en alleen in de 'mist'.

Esther wil dat ik binnenkom en vraagt of ze al haar kleding mag uitzoeken. Ze gebruikt mij ook om iets gedaan te krijgen, om weer wat controle te hebben over haar spullen, over haar leven. Bij het team is dat zoveel moeilijker, formeler, taaier, altijd maar wachten of en vooral ook wanneer iets wel mag en kan. Ik haal de zakken die er nog zijn. Ze stort ze leeg en begint aan de sortering. De deur van de afzondering staat open. In de voorruimte staat de kast waar de andere, eerder samen uitgezochte kleding in ligt. Esther lijkt er lol in te hebben. Ze maakt een stapel van houden en een groeiende stapel van wegdoen. Af en toe laat ze iets zien: 'Wat vind jij, kan dit?' Het voelt haast huiselijk op deze manier. Esther sorteert, wikt en weegt, vouwt het netjes op en brengt het naar de kast. Af en toe sta ik op en loop wat. 'Ga jij maar zitten!' zegt ze, alsof zij nu even het werk doet en ik mag toekijken. Even later komt de twijfel over sommige kleding. Te kort? Te oubollig? Ze past vervolgens nog verschillende kledingstukken. Dit doet ze waar ik bij ben. Ik draai me discreet weg. Eenmaal zegt ze het: 'Niet kijken!' Het is aandoenlijk hoe gemoedelijk dit gaat, in totale veiligheid. Alsof mijn eigen dochter kleding zit te passen.

Uit de dagrapportage van het team:

Mw vanaf 10.30 bezocht. Toen ik via het luikje haar verzocht om te gaan zitten op de stoel met de deken over haar benen, ging mw de discussie aan. Zou van andere collega's allemaal niet hoeven. Vroeg of ik bang was voor haar enz. Na enige moeite de deur open kunnen maken. Vervolgens de afspraken uitgelegd, ook omtrent het roken. Hierna sigaret aangeemaakt en deur gesloten. Mw haalde haar sigaret op en ging in eerste instantie niet terug zitten. Ze kwam voor het luikje staan en trok bizarre grimassen. Na een tijdje volgde mw de aanwijzingen op en ging zitten. Ging heel demonstratief zitten roken. Klopte as af op de grond en spuugde vervolgens op de vloer. Mw hierop aangesproken. Schold vervolgens ondergetekende (og.) en collega uit en maakte beledigende/denigrerende opmerkingen. Deur gesloten en toezicht gehouden door het luikje. Mw kwam richting het luikje gelopen. Deed haar badjas los, had er geen kleding onder aan. Ging met haar handen over haar lijf en trok aan haar tepels. Staarde og. constant aan, schold met kanker enz. Vervolgens schoot ze de brandende sigaret in haar kamer.

CM4 19.00 uur Mw bezocht voor een balkonmoment. Mw liep ontspannen naar het balkon. Mw was op het balkon met deur dicht, toezicht vanuit de woonkamer. Mw begon te staren naar medecliënt door het raam heen. Werd meer onrustig. Mw wilde niet terug naar de afzondering. Had een nieuwe sigaret aangestoken met haar oude. Mw was aan het roken. Mw verzocht om naar de afzondering te gaan. Mw liep mee. Eenmaal in de afzondering draaide ze naar collega, leek alsof mw collega in het gezicht wilde krabben maar die wendde dat af. Mw vastgepakt, hevig verzet. Mw naar de grond gebracht tijdens de worsteling. Mw was aan het krabben. Kraste collega en og. Groot alarm gedrukt. Groot C-team kwam, heeft ondersteund om mw onder controle te houden. Mw bleef in verzet, was uit contact.

Dit is een praktijksituatie uit de intensieve psychiatrie anno 2020. Dezelfde cliënt, maar totaal verschillende interacties. Daar waar de één de cliënt ziet en ook meemaakt als gevaarlijk, gestoord, afwijzend en uitdagend, ziet de ander de cliënt als gemoedelijk, achtergesteld, kwetsbaar. Beide zienswijzen zijn in zekere zin waar.

We zien de complexiteit en de tegenstellingen in de situatie van Esther. Haar dagelijkse worsteling en de ervaren tergende gevoelens van machteloosheid en onvrij zijn, kleingemaakt worden, tot 'zelfverklaarde sukkel' zijn in haar kwetsbare onvermogens. De dagelijkse worsteling van de begeleider op de psychiatrische afdeling die dag in dag uit zijn stinkende best doet om het 'leuk' te houden. Die tegelijkertijd bezig is met alles en iedereen op de afdeling en op het verpleegkundig kantoor. Hij wil wel proactief handelen, maar wordt toch steeds teruggeworpen op het reactief reageren. De managers en directie worstelen ook. In het beheersbaar houden van alle kosten, in het sturen op minder en anders hantieren van dwang in de zorg, in het verenigen van willen coachen uit nabijheid en dienen te controleren op afstand.

Agressie, dwang en controle zijn al zo lang de psychiatrie bestaat aan de orde van de dag. Moeten we ons richten op het beheersen van deze problemen, op het afwijzen en wegnemen hiervan? Of veel meer inzetten op de acceptatie van het soms onvermijdelijke, op de *omgang* hiermee. Kunnen we ons richten op het verenigen van de partijen, de krachtenvelden, de tegenstellingen? Hoewel we leven in een liberale, 'maakbare' samenleving is beheersbaarheid ook een

mythe: ‘Vaak winnen we op één terrein aan controle, terwijl deze ons ergens anders weer ontglipt’ (Van den Brink & Koster, 2012).

Als auteurs van dit boek en ervaren werkers in het veld, beseffen wij deze worsteling maar al te goed. Misschien moeten we de worsteling niet zien als een probleem dat we moeten oplossen, maar moeten we hem bijna paradoxaal juist opzoeken en omarmen. Agressie is een probleem, net als insluiten en toepassen van dwang dat zijn. Werkdruk, registratie, niet meer mogen separeren, bezuinigingen, de cliënt die niets wil toch bij de behandeling betrekken. Als cliënt altijd maar moeten wachten totdat een begeleider bij je langskomt op je kamer. Als beleidsmaker te maken krijgen met hogere insluitingscijfers in plaats van lagere, minder financiën voor dezelfde zorg. Het zijn dagelijkse kwesties voor iedereen in de zorg, aanbieders en ontvangers.

In dit boek willen we laten zien dat er veel mogelijk is in de omgang met agressie en dwangtoepassing en dat dit begint bij inzicht en begrip. Als we begrijpen waarom we toch steeds in de beheersing schieten, kunnen we leren hiermee om te gaan. Soms om het te leren buigen, soms om het te leren verzachten of te verlichten. Als we begrijpen waarom dwang door ons vaak als eindpunt, maar door de cliënt vaak als beginpunt van het verblijf wordt ervaren, leren we dat de-escaleren veel meer is dan een technische handeling om agressie te beperken. De-escalatie is cultuur, visie en attitude. Hoe meer het de-escalerende gedachtegoed ingeweven is in de gehele organisatie, hoe relationeler professionals zich gedragen. Hoe meer aangesloten en afgestemd de werkers kunnen zijn in het hier en nu, hoe makkelijker en bevredigender het lukt om te gaan met escalaties, vanuit het medewerkers- én cliëntperspectief.

Hoofdstuk 2

Dwang, drang en repressie – problemen en definities

Agressie en dwang, beide een probleem

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat 66-98 procent van alle hulpverleners in de psychiatrie geweld heeft meegemaakt dat veroorzaakt is door een cliënt (Harte et al., 2013; Kerr et al., 2017; Needham et al., 2005). Dit percentage zal op forensische en intensieve afdelingen waarschijnlijk nog hoger liggen. Agressie en ontwijking kennen problematische gevolgen voor alle betrokkenen. Het kan leiden tot geweld en geestelijke en lichamelijke schade. Professionals ervaren boosheid, angst en schuldgevoel na agressie (Needham et al., 2005) en er is meer uitval in de zin van burn-out (Weltens et al., 2021). Als gevolg van agressie en incidenten worden vaak vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast, mede om medewerkers te beschermen (Cowman et al., 2016; Neimeijer et al., 2020; Weltens et al., 2021). Agressie is zelfs de meest gegeven reden voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen (Raboch et al., 2010). Het gebruik van deze vrijheidsbeperkende maatregelen brengt echter ook significante risico's met zich mee voor cliënten die het ondergaan en die er getuige van zijn. Het gaat dan om fysieke schade, van verwondingen tot overlijden en psychologische schade, van stress tot trauma. Ook medewerkers lopen bij uitvoering van de maatregelen het risico op deze schade. Hierdoor ontstaat een bijkomend probleem: door uitval van medewerkers nemen zorgkosten toe (Gildberg et al., 2021; Hallet & McLoughlin, 2022).

Cliënten zelf ervaren vrijheidsbeperkende maatregelen vaak als straf. Ze voelen zich machteloos en angstig. Ook zien zij geen therapeutische waarde en ervaren zij dat ze de zorg die ze nodig hebben niet krijgen (Askew et al., 2019; Meehan et al., 2004; Tingleff et al., 2017). Cliënten ervaren ook dat rondom de toepassing van de vrijheidsbeperkingen medewerkers onnodig agressief reageren op het niet meewerken van de cliënt (Rose et al., 2015).

De oorzaak van de vrijheidsbeperking is vaak een conflict, maar vrijheidsbeperking is op deze manier eigenlijk geen oplossing, want het leidt ook tot conflict. Het doel van de beperkende interventie is het vergroten van de veiligheid, maar je veilig voelen is door de impact van de maatregelen ook weer in het geding. Voelt een cliënt zich nu echt veilig in de separeer? Uitvoeren van deze dwangbeperkingen draagt risico's met zich mee en kan schade opleveren. Omdat de gevolgen voor professionals en cliënten zo groot kunnen zijn, is het van groot belang dat we hier in de praktijk van alledag een speerpunt van maken. Een speerpunt dat in Nederland al een tijdlang op de agenda staat.

Definities

Laten we eerst stilstaan bij enkele begrippen. Wat is dwang eigenlijk? Wat is drang en hoe verhouden deze woorden zich tot de nieuwe termen 'verplichte zorg' en 'assertieve zorg' (Akwa Ggz, 2022)? Dan zijn er ook nog de begrippen ervaren dwang en repressie. Bij alle begrippen gaat het om de vraag: Wie bepaalt wat er gebeurt? Wie heeft de macht, wie heeft op welke manier (nog) invloed? Het gaat over regie, autonomie en keuzevrijheid, maar ook over niet willen en verzet.

Dwang

Bij dwang wordt iemand zijn keuzevrijheid volledig ontnomen, ondanks dat duidelijk is dat deze ander *niet instemt* met wat er gebeurt. Als de ander wel instemt, is de zorg vrijwillig. In de internationale literatuur wordt dwang beschreven als *formal coercion*, waar een wettelijke grondslag voor moet zijn om het toe te mogen passen (Aragonés-Calleja & Sánchez Martínez, 2022). Voorbeelden van dwang zijn gedwongen opname, dwanginsluiting of afzondering, vrijheidsbeperking door fixatie, gedwongen medicatie en andere vormen van vrijheidsbeperking (bijvoorbeeld telefoon, bezoek, maar ook niet vrijelijk mogen beschikken over je eigen spullen). Het centrale element in dwang is het ervaren van het verlies van vrijheid. Ontvangers van dwang kunnen zich hieraan

overgeleverd voelen en kwetsbaar, met negatieve emoties als gevolg. Ook is het voor hen moeilijk(er) om hun behoeften en wensen duidelijk te maken aan medewerkers. 'Ze bepalen toch altijd alles...'

Drang

Wat is drang dan eigenlijk? Drang zou je op twee manieren kunnen uitleggen. Drang wordt gezien als een vorm van sterke drukuitoefening om de cliënt een bepaalde richting op te krijgen. Als we in trainingen vragen wat men onder drang ervaart, is er altijd wel iemand die drang beschouwt als een vorm van manipulatie. 'Ik wil de ander ergens krijgen en zonder dat ik dit juridisch hoeft te verantwoorden zorg ik dat dit lukt.' Drang wordt zo gezien als een oneigenlijke vorm van dwang. Het is dan 'slikken of prikken' of alleen naar buiten mogen 'als je je laat fouilleren bij terugkomst en ook een urinecontrole doet'. Dit zijn enkele voorbeelden waarbij drang inderdaad heel dicht bij dwang ligt. De ander heeft niet veel te vertellen, zijn autonomie wordt sterk beperkt. Deze inkleuring van drang past binnen het zelfbeschikkingsdenken. Drang is daarin net als dwang onwenselijk, want het is een aantasting van de individuele keuzevrijheid (autonomie). Die keuzevrijheid mag niet afgenomen worden (Widdershoven, 2007). In de internationale literatuur wordt drang *informal coercion* genoemd. Het wordt omschreven als elke vorm van dwang en gebruik van macht, controle of manipulatie zonder formeel besluit of grondslag (Aragonés-Calleja & Sánchez Martínez, 2022). Hier zou je ook vele afdelingsregels onder kunnen scharen, (keuken)kastjes die op slot gaan, verplichte programma's of het opgelegd limiteren van rookwaar of eten.

Een andere manier om naar drang te kijken ligt veel dichter bij wat de in de GGZ-standaarden 'assertieve zorg' genoemd wordt. Wij noemen dit 'niet-vrijblijvende relationele beïnvloeding'. Het is het hele proces van samen zoeken naar het beste om te doen, vanuit een niet-gelijke, kwetsbare positie. De relatie tussen cliënt en zorgverlener staat centraal, niet de zelfbeschikking en zich niet mogen inmengen. De cliënt komt er niet zelf uit, is (nu) niet in staat om het leven te leiden dat hij eigenlijk wil en zit in een afhankelijke positie. Vanuit de focus op de relatie en de oprechte betrokkenheid probeert de zorgverlener op allerlei manieren de cliënt in een bepaalde beweging te krijgen. De cliënt heeft de zorgverlener hierbij nodig en vice versa om de juiste manier te zoeken die past bij (niet-vrijblijvende) beïnvloeding voor hun beiden. Wat er precies gaat gebeuren, welke interventie eruit komt, maar vooral de weg hiernaartoe en de manier

waarop dit eruit gaat zien, staan niet van tevoren vast. Deze bepaal je samen. De invloed van de cliënt kan hierin variëren, afhankelijk van de druk en de noodzaak om verder gevaar, ernstig nadeel of escalatie te voorkomen. Van samen zoeken, motiveren, verleiden, iets in het vooruitzicht stellen, tot keuzes beperken.

Waar inmenging vanuit aantasting van de individuele keuzevrijheid, zoals drang in het eerste deel van deze paragraaf werd beschreven, problematisch is en moet worden voorkomen, is inmenging vanuit *relationele beïnvloeding* juist passend en misschien wel noodzakelijk. Niet zelfbeschikking, maar zelfontplooiing komt dan op de voorgrond. Als ik het leven wil leiden dat bij mij past, kan ik dit niet alleen en heb ik ondersteuning en bescherming nodig vanuit mijn kwetsbare positie, zelfs als ik dat op dat moment niet beseft. Deze omschrijving van drang is een veel positievere manier, waarbij het meer om de gemeenschappelijke ervaring gaat, het proces.

Bij deze meer relationele kijk op drang zijn echter wel kanttekeningen te maken. Veel professionals en cliënten hebben positieve ervaringen met drang (Hotzy & Jaeger, 2016; Valenti et al., 2015) en het kan zeker leiden tot meer therapietrouw, minder decompensatie en minder dwang. Toch is de inzet van drang of psychologische druk zoals het ook wel genoemd wordt (Potthoff et al., 2022) in potentie problematisch. Drang kan mogelijk de therapeutische relatie schaden en cliënten ervaren bij hevig gevoelde druk soms het stigma van dwang van de instelling (Valenti et al., 2015). Het gebruik van drang is dus niet zonder meer probleemloos. Soms voelt een cliënt zich door de ervaren druk oneerlijk behandeld (Potthoff et al., 2022). Soms voelt een professional zich zelf onprettig bij het – oneigenlijke – gebruik ervan (Valenti et al., 2015).

In ons complexe werk kunnen we als professionals eigenlijk niet zonder drang, niet zonder ‘niet-vrijblijvende beïnvloeding’. Het helpt om een stap verder te komen als de ander het niet zelf lukt. Mits de relatie centraal staat, vanuit oprechte en nabije betrokkenheid bij de ander en met zo veel mogelijk invloed van de cliënt waar mogelijk. We hebben het in de ‘oplopende drang’ bijvoorbeeld over woorden als verleiden, motiveren, overhalen, aansporing, confrontatie met de gevolgen, prikkels geven (bijvoorbeeld door belonen) en soms ook negatieve consequenties (slechter af zijn als je niet meewerkt). Hoe meer drang in de vorm van psychologische druk, hoe meer rechtvaardiging ook nodig is voor hetgeen je doet, omdat de ‘vrije wil’ van de ander meer en meer beïnvloed en dus verminderd wordt.

Ervaren dwang

Ervaren dwang, *perceived coercion*, overlapt zowel dwang als drang. Ervaren dwang is het gevoel van dwang die de ontvanger subjectief ervaart. Dit gevoel kan de cliënt zowel bij dwang als bij drang ervaren. Het kan ook samenhangen met repressie (zie hieronder voor uitleg) en de restricties in de omgeving (Tomlin et al., 2018). Hoe meer controle en beheersing, hoe meer de cliënt dit ervaart als ‘moeten voegen’. Hoe en in welke mate cliënten dwang ervaren, hangt sterk samen met de capaciteiten en bereidheid van professionals om respectvol te communiceren met de cliënt, blijkt uit een studie van Tingleff en collega's (2017). Als de ervaren dwang toeneemt en de cliënt dit als negatief beleeft, heeft dit consequenties voor de therapeutische relatie (die verandert of zelfs beschadigd raakt) (Meehan et al., 2004; Tingleff et al., 2017). En aangezien de therapeutische relatie de hoeksteen is van interventies in de geestelijke gezondheidszorg is dit per definitie problematisch.

Het beïnvloeden van de ervaren dwang is, in lijn met de genoemde relationele (niet-vrijblijvende) beïnvloeding, een belangrijke pijler in situaties waar we wel drang of dwang moeten toevoegen, maar we niet willen dat dit leed vergroot of verwijdering veroorzaakt.

Gelaagdheid van dwang in de Wet verplichte ggz

We maken een klein uitstapje naar de Wet verplichte ggz (Wvvggz). In deze wet wordt een belangrijk accentverschil gelegd in de mate waarin de cliënt uit niet te willen of niet in te stemmen. Verplichte zorg wordt in deze wet gezien als noodzakelijke zorgmaatregel, die net als bij het begrip ‘dwang’ van de BOPZ de ander volledig zijn keuzevrijheid ontnemt, ondanks dat degene zich *actief hiertegen verzet*. Waar de BOPZ uitgang van dwang als gevolg van geen instemming van de cliënt, is verplichte zorg in de Wvvggz pas aan de orde als er actief verzet is. Dit lijkt misschien een nuance, maar biedt ruimte om de gradaties in het verzet te zien. Er zit immers een heel groot gat tussen vrijwilligheid, geen instemming en vol verzet. We moeten daarbij niet zozeer kijken naar de vrijheidsbeperking op zich, maar naar de beleving van de cliënt over de dwang. Als hij ziet dat iets ondanks dat hij het niet wil, toch wellicht verstandig is, vraagt dit om samen zoeken en dit proces aangaan. Juist in dit gebied, die de BOPZ niet erkende, zit de mogelijkheid om verplichte zorg en oplopend verzet te voorkomen. De nadruk ligt dan minder op de beperkende maatregel zelf, maar meer op de beïnvloeding van de cliënt om niet uit te komen bij het volledig moeten overnemen en ontnemen

van álle keuzevrijheid bij actief verzet. De Wvvgz is er uitdrukkelijk op gericht de cliënt optimaal te betrekken in alles wat er al dan niet verplicht moet gebeuren. Ondanks dat de wet in de praktijk nog in de kinderschoenen staat en nog lang niet altijd goed wordt begrepen en toegepast, is deze intentie van ‘samen’ een grote meerwaarde en biedt dit de juridische ondergrond om te zoeken naar de ultieme mix van wat wij in dit boek ‘dwangzorg’ noemen.

Het gebied tussen vrijwillig en verplicht wordt in de GGZ-standaarden generieke module ‘assertieve zorg’ (Akwa Ggz, 2022) genoemd. Deze term werd door een grote groep binnen de achterban van MIND (betrokken bij de totstandkoming van de module) als fijner beschouwd dan het meer gebruikelijke ‘bemoeizorg’. Assertieve zorg is alles wat gebeurt in de niet geheel vrijblijvende beïnvloeding van de cliënt vanuit een ervaren noodzaak om erger te voorkomen. Je handelt ongevraagd en soms ook ongewenst in een oplopende schaal, van meer invloed bij de cliënt laten tot steeds minder invloed of keuzevrijheid. Het is het hele palet van beïnvloeding, van actief ongevraagd contact aangaan (net zolang doorgaan), vragen stellen, bemoeien, verleiden, motiveren, onderhandelen, belonen, sturen, overreden, onder druk zetten, tot het stellen van consequenties. Assertieve zorg is een nieuw begrip en het is nog de vraag of dit ook een ‘blijvertje’ wordt. Zeker ten opzichte van het veel meer ingeburgerde bemoeizorg en het begrip drang zoals wij dat hierboven definieerden en waar het grotendeels mee overeenkomt.

Repressie en straf

Een begrip dat ook veel gebruikt wordt, met name in de wereld van de (gesloten) jeugdzorg, is het begrip repressie. Het is onderdeel van het leefklimaat-onderzoek (Van der Helm, 2011). Sophie de Valk promoveerde in 2019 op het onderwerp. Zij beschrijft repressie als het opzettelijk handelen op een manier die schadelijk is voor de ander, of het onwettig of willekeurig inperken van vrijheid of autonomie van de ander. Dit handelen wordt gevoed door intrapersonlijke processen bij de persoon die repressief handelt. Angst, onmacht, rationalisatie, zich niet meer kunnen inleven en de ander niet meer zien als uniek persoon, zijn voorbeelden van intrapersonlijke processen. Repressie moet gezien worden als een proces dat plaatsvindt tussen de cliënten, de professionals (iedereen die autoriteit heeft, dus mag beslissen over de ander) en de organisatorische benadering en structuur (De Valk, 2019). Repressie is een negatief patroon dat zo veel mogelijk voorkomen moet worden. Oneerlijkheid, overdrevenheid, te

zware sancties, machtsinzet en 'regels om de regels' (en daar heel veel van), zijn voorbeelden van repressie in de praktijk.

Straf en repressie liggen dicht bij elkaar. Straf is een apart begrip om aandacht aan te besteden omdat het een complex woord is. Het opleggen van straf is wettelijk toegestaan in een aantal wetten: de Penitentiaire beginselenwet, de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen. Als de cliënt iets gedaan heeft wat niet is toegestaan (zoals drugs gebruiken of een mobiele telefoon in bezit hebben zonder toestemming) kan hij hiervoor gestraft worden. In alle andere rechtspositieregelingen waar verplichte zorg mogelijk is (Wvggz en Wzd), is straffen niet mogelijk. De enige reden voor inperking van vrijheden is zorg (voor de veiligheid).

Ongeacht of straffen wel of niet mag, zijn er twee problemen die belangrijk zijn om te benoemen. Het eerste probleem is dat straffen niet werkt. Het helpt niet om mensen op de lange duur gecommitteerd te krijgen aan normen of sociale regels. Hooguit houden mensen zich voor een bepaalde tijd aan bepaalde regels, om weer weg te kunnen. Sterker nog, straf heeft zelfs een omgekeerd effect: hoe vaker iemand straf krijgt, hoe ongevoeliger hij voor straf wordt, waardoor iemand meer kans heeft om straf te krijgen en zo is de cirkel rond.

Het tweede probleem is dat cliënten inperking en insluiting vaak ervaren als straf, zoals naar voren kwam in een eerdere paragraaf in dit hoofdstuk. Het is dus aan de medewerkers een belangrijke taak om ervoor te zorgen dat inperkingen en andere dwangmaatregelen niet als straf ervaren worden.