

Erbij blijven juist omdat zorg ingewikkeld wordt – ook als dwang onvermijdelijk is

Het thema

Op sommige momenten wordt de zorg- of hulpverlening ingewikkeld, soms zó ingewikkeld dat de enige optie nog is (of lijkt) om als zorg- of hulpverlener tegen de wens of wil van de cliënt, bewoner, patiënt, pupil of leerling in te gaan. Het zijn de momenten dat we er wel een beetje klaar mee zijn omdat al onze inspanningen niet het gewenste effect hebben. Bijvoorbeeld als de agressieve cliënt voor de veiligheid van zichzelf en anderen gesepareerd wordt. Of als de telefoon ingenomen wordt omdat er twee avonden niet op gespeeld mag worden. Of iemand die bij een inloopcentrum voor een bepaalde periode geweigerd wordt. Of de lege flessen die weggegooid worden omdat een gevaarlijke situatie dreigt. Juist als het ingewikkeld wordt, is het van betekenis om erbij te blijven. Hoe blijven we dan bij de ander?

Tijdens deze studieochtend werd over deze momenten nagedacht. Hoe kunnen we voorkomen dat we in zulke complexe situaties de ander verlaten? Hoe kunnen we trouw blijven aan de ander en aan onszelf? Hoe kunnen we de situatie minder erg maken? Hoe gaan we om met dwang en onvrijwilligheid?

We doordenken op deze studiebijeenkomst een aantal principes vanuit presentie en combineren die met het recente werk op dit gebied van Petra Schaftenaar en Minco Ruiten in het boek 'De-escalatie en dwangreductie'. Thema's die aan de orde komen zijn o.a. trouw, perspectiefwisseling, omgaan met controle en beheersing, verlichten door te compenseren, relationeel herstellen en reflectie en introspectie.

1. Korte inleiding in presentie door Guus Timmerman

Presentie is een 'praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij of zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw'. Tot zover deze definitie uit het Praktijkboek.

Presentie is dus meer dan aanwezig zijn, goed luisteren en de ander volgen in diens gedachtegangen, wensen en strevingen. Dat zijn wel essentiële ingrediënten, maar presentie is veel meer. Het is in de eerste plaats een 'praktijk' – niet een gevoel, een houding of een deugd. Een praktijk is een samenhangend geheel van handelen: een samenhangend, complex geheel van handelen, en nalaten, van spreken en van denken. Een geheel dat een eigen finaliteit heeft, een eigen doelrichting, dat virtueuze beoefenaren kent, dat zich in de loop van de tijd ontwikkelt, enzovoort.

Die praktijk die presentie is, begint met het aandachtig en toegewijd zich betrekken op de ander. Die praktijk begint niet vanuit de eigen interesses van de beoefenaar, of vanuit de doelen van het vak, of vanuit de doelstellingen van de organisatie – of van de politiek. Die presentiepraktijk wil uitgaan van wat voor de ander op het spel staat en wat dat is kan alleen duidelijk worden als de zorggever bereid is zich op de ander te betrekken, de relatie aan te gaan. In het betrekken zijn op de ander, in de relatie met de ander, leer je waar iemands leven over gaat, wat voor hem of haar van betekenis is, wat pijn doet, waar hij of zij naar verlangt, op hoopt, naar streeft. Daarbij gaat het om iemands gehéle leven, niet alleen om iemands probleem, iemands 'hulpvraag'. Alleen dáárin, in dat gehele leven, kan zorg bijdragen aan iemands welbevinden.

Presentie is door Andries Baart niet bedacht, maar in de praktijk gevonden (Baart, 2001).¹ En wij vinden het voortdurend in de praktijk, in ieder geval bij werkers in gezondheidszorg en sociaal domein die door anderen als goede werkers worden ervaren. We vinden het wel als: be-oefening, als een voortdurend oefenen, als een telkens weer opnieuw uitzoeken en uitvinden van hoe dat kan. En de ene keer lukt dat beter dan de andere keer. En soms lukt het even niet.

Presentie is door Andries Baart in de praktijk gevonden maar hij heeft het op een heel bepaalde, theoretische noemer gebracht, nl. die van relationeel werken.² En dan niet als een methode van na elkaar te voltrekken stappen waarmee een van tevoren bepaald doel wordt bereikt. Maar als een benadering, waarbij pas gaandeweg duidelijk wordt wat van belang is, wat op het spel staat en dus ook waarop gemikt kan gaan worden – zonder garantie dat het ook bereikt zal worden. Die doelrichting is te formuleren als: 'het vinden, door de ander, van een eigen, bevredigende verhouding tot de fragiliteit van het bestaan'.³

Voor de beoefening van presentie is 'aansluiten en afstemmen' essentieel, of beter gezegd: 'aansluiten en daarbinnen afstemmen'. Aansluiten betekent dat je opmerkt hoe de wereld er voor de ander uit ziet, wat de leefwereld van de ander is, diens taal en tijdsbeleving, diens idolen en afzetpunten. Aansluiten betekent dat je opmerkt hoe de levensloop van de ander is, inclusief

¹ Andries Baart, *Een theorie van de presentie*, Utrecht: LEMMA, 2001.

² *Praktijkboek*, 2019, pp. 99-139.

³ Andries Baart, *De ontdekking van kwaliteit: Theorie en praktijk van relationeel zorg geven*, Amsterdam: SWP, 2018.

zogenaamde 'keerpunten': momenten waarop diens leven een andere wending nam, had kunnen nemen, alsnog kan nemen – ten goede en ten kwade.⁴

Aansluiten betekent ook dat je opmerkt welke opgaven de ander heeft. 'Opgave' is een presentiewoord. Opgaves zijn zaken waarmee iemand op dat moment worstelt, waarbij er voor die ander iets onontkoombaar op het spel staat en dat zij of hij zelf moet aanpakken. Dat kan heel iets anders zijn dan waarmee iemand zich tot een zorgverlener wendt. Iemand komt met een gebroken arm naar de dokter maar de echte opgave is: hoe moet dat nu met m'n werk? Iemand komt met een verslaving bij de verslavingszorg maar waarmee die worstelt is: hoe zorg ik dat niemand het merkt? In de aansluiting dáárbij wordt duidelijk hoe hetgeen op het spel staat, zo gethematiseerd kan worden dat er ook wat aan gedaan kan worden. Misschien niet helpen ontsnappen uit de gevangenis, maar wel helpen om vanuit de gevangenis toch een goede vader voor je kinderen te zijn.⁵

Binnen het aansluiten betekent 'afstemmen' het samen uitzoeken wat het thema van het contact, van de relatie, van de begeleiding zal zijn: waarover spreken we en waaraan werken we? Daarbij stemt de zorggever af, niet alleen op wat er voor de ander op het spel staat, maar ook op zichzelf en wat hij of zij aankan. Hij of zij stemt af op andere zorgverleners die met deze cliënt of patiënt te maken hebben. Hij of zij stemt af op de morele kaders van het werk, de samenleving, zichzelf, de ander: wat toelaatbaar is. En hij of zij stemt af op de organisatorische kaders van het werk: wat voorhanden is, wat mogelijk is. Daarbij blijft afstemmen een beweging binnen het aansluiten: het goed van de ander blijft immers waar het om gaat. Afstemmen veronderstelt dus het aansluiten, maar het maakt het aansluiten ook specifieker, gericht. En als het lukt versterkt het het aansluiten ook.

Zoals gezegd gaat het ons om relationeel zorg verlenen. En daarvoor is het noodzakelijk om relationeel te kijken, relationeel te denken, relationeel te programmeren, relationeel te sturen, relationeel te begrenzen, relationeel te evalueren en relationeel te verantwoorden. Negatief gezegd, je probeert te vermijden dat je al die dingen niet-relationeel doet, dus ofwel zelfreferentieel, uitgaande van je eigen referentiekader, bijvoorbeeld wat jij belangrijk vindt of wat jij vindt waarover je werk gaat, of wat jij nodig hebt om dat werk te doen. Dat is de ene manier om niet-relationeel bijvoorbeeld te begrenzen. Een andere manier is de dingen te doen of tegen kwesties aan te kijken op een manier die alles bij de ander legt. Ik heb moeite om met iemand met vergevorderde dementie om te gaan; dat ligt aan die ander, die heeft immers dementie en kan zich niet goed uitdrukken. In plaats van 'gedeelde grond' op te zoeken: ik begrijp haar niet, zij begrijpt mij niet, wat hebben wij nu samen te doen? Of, ander voorbeeld: iemand wordt agressief, vertoont onbegrepen gedrag; dat ligt aan die ander want die kan zijn impulsen niet beheersen. In plaats van: hij wordt agressief naar mij, doet iets in onze relatie, wat hebben wij dan samen te doen? In beide gevallen: kunnen we er relationeler over denken, relationeler naar kijken, relationeler in handelen? Omdat we presentie, relationeel zorg verlenen willen snappen, onderzoeken, bevorderen en versterken worden we steeds radicaler relationeel. En dat stelt ons voor steeds weer nieuwe vragen.

⁴ *Praktijkboek*, 2019, pp. 71-98.

⁵ *Praktijkboek*, 2019, pp. 88-92.

2. Petra Schaftenaar en Minco Ruiter: Verkenning van de ingewikkeldheid

De inleiders lezen enkele korte vignetten voor waaruit ingewikkeldheid spreekt. De onderstaande voorbeelden komen uit 3 sectoren: beschermd wonen/maatschappelijke opvang, klinische zorg (jeugd/volwassen/forensisch) en ouderenzorg.

Voorbeeld 1: klinische zorg

'Ik ben Joeri, 25 jaar. Al sinds mijn 16^e zit ik meer binnen dan buiten, kwijn ik weg in inrichtingen. De ene uit, de andere weer in. De ene psychiater vond mij alleen verslaafd, ik moest detoxen, maar dat lukte niet. De ander vond me psychotisch, in aanleg schizofreen, omdat ik stemmen had en altijd aan het praten was met mijn knuffel (die er volgens hen niet was). De volgende zei dat ik borderline had, omdat ik mezelf 3 keer in de week het ziekenhuis in sneed. Geen ledemaat is meer ongeschonden. Het interesseert me weinig. Nu zeggen ze dat ik een dissociatieve stoornis heb vanwege mijn jeugd en ze denken ook nog aan autisme. Het zal wel. In deze kliniek zit ik nog wel even, ze zeggen dat ik hier vijf jaar maximaal mag blijven en dat ze me niet in de steek zullen laten, wat ik ook doe. Het zal mij benieuwen. Ik werd namelijk of altijd opgesloten, of weggestuurd als ik mezelf te vaak sneed.

Ik heb de separeer zo vaak bezocht! Soms vroeg ik er zelf om, deden ze moeilijk, ging ik me maar weer snijden, stuurden ze me alsnog daarheen. Waar ik hiervoor zat, kwam ik alleen maar in gevecht. Ik mocht niet snijden en als ik dit deed, namen ze mijn spullen af. Maar ach, als ik op de afdeling was, vond ik altijd wel weer wat en smokkelde ik dit mijn kamer weer in. Gevolg was dat ik de afdeling niet meer op mocht en dat ik in een volledig gestripte kamer zat. Mijn eigen slaapkamer, maar dan met echt helemaal niks, kaal, inclusief anti-scheurdekens en in de nacht zo'n stug antischeurhemd. Zat ik daar 24 uur per dag in mijn eentje te verpieteren en mezelf op te vreten. Elk uur kwamen ze langs, 'dat moet van de inspectie' zeiden ze dan. Ze vroegen vooral wat ik wilde eten en drinken in het volgende moment, bleven altijd bij de deur staan, blijkbaar waren ze bang dat ik ze aanviel of zo. Alleen de psycholoog kwam 1 keer in de week een half uur praten. Maar inmiddels was ik het zo beu, dat ik alleen nog maar kon schreeuwen van wanhoop. Toen ze vervolgens met een deken en 4 personeelsleden naar binnen stormden om me te overmeesteren voor een prik, ben ik volledig geflipt. Ze zeggen dat ik heb gekrabd, gebeten en hard geslagen. Ik weet er niks meer van. Ze hebben aangifte gedaan van mishandeling. Ik ben toen naar de separeer gesleept, door de politie die gekomen was. Drie weken heb ik daar gezeten, zonder zelfs maar een buitenmomentje, tot ik in deze kliniek geplaatst werd.

Weet je wat het allergeest was? Die smoelwerken van de werkers. Ze keken allemaal strak, alsof ik de duivel zelf was! 'Heb je er al over nagedacht' vroegen ze soms. Ik de dader, zij het slachtoffer. Pffff...

Voorbeeld 2: diverse korte voorbeelden

De medicatie wordt in de pap gedaan

Zoon regelt 'sensormatras' en camera bij zijn dementerende moeder, zodat het geen beperkende maatregel is

Geld van een verslaafde cliënt wordt in een kluisje gedaan. Het thuisteam haalt hiervan boodschappen.

Medicatie wordt tegen wens van de cliënt in bewaard in een kluis en niet meer in eigen beheer. Bij een andere cliënt wordt eten en drinken achter slot en grendel gezet om zichzelf te beschermen.

De zorg wil de gaskraan afsluiten, want het gebruiken van het gasfornuis is onverantwoord gebleken. De familie was het eerst daarmee eens, maar nu niet meer: wat nu?

De sleutels van de auto worden buiten bereik gelegd bij dementerende dame van 87.

De kastjes gaan op slot bij een RIBW

De gezamenlijke/openbare keuken van de woongroep sluit om 20 uur en mensen hebben geen eigen faciliteiten op hun kamer.

Voorbeeld 3 ouderenzorg

'Ik kom weer eens op bezoek bij mijn moedertje. Zo fijn dat ze uiteindelijk in het splinternieuwe verzorgingstehuis zit. Het kijkt uit op dezelfde straat als dat ze de laatste 27 jaren heeft gewoond. Een nieuw gebouw met kleine, ruime afdelingen van 8 tweekamerappartementen. Niet dat ze er zelf heen wilde, ze zat prima in het kleine kamertje in het 'oude' centrum, maar ja, er werd danig druk uitgeoefend. Daar is het veel mooier, ruimer! Je zult het fijn vinden.

Gelukkig heb ik één van de twee beschikbare 'druppels' ontvangen. Want anders dan de oude waar je zo naar binnen liep, is het nieuwe gebouw niet bepaald open te noemen. Je komt binnen met een druppel, of je moet op bepaalde knoppen drukken. Die zijn zo ingenieus en ingewikkeld dat menig bezoeker onverrichterzake weer vertrekt. "Ik kom gewoon niet naar binnen!", vertellen ze mijn broer die de coördinatie heeft.

"Ja, dat is beleid, we willen alle doelgroepen kunnen bedienen, ook de zeer verwarden. Daarom is alles op slot. Maar je vraagt het maar hoor, dan kun je zo overal komen".

Mijn moeder vraagt niks. Die heeft geen idee. Waar ze wel een idee van heeft is dat er af en toe een "zeer verwarde" haar kamer binnen komt, of op de deur bonst. "Is de deur goed dicht? Hij moet echt dicht zijn hoor! Kan niemand nu naar binnen? Want ja, weet je, laatst... ". In het oude gebouw hield ze haar deur juist open, om een beetje contact te hebben, kon ze af en toe even de gang op en neer lopen. Hier zit ze op haar stoel voor het raam, ver van de deur. Ze is ongelukkig, ze vindt er niks meer aan. "Maar dat zeg ik niet hoor! Ik wil geen zeur zijn, ik moet toch een beetje meedoen!" En dus klaagt ze alleen steen en been tegen mij, haar zoon. Dat is vertrouwd. Ik bel alle dagen en ze mag zoveel klagen als ze wil. Als ze maar weer wat bij zichzelf komt. Ik relativeer niet, expres! Het lucht op. Tegen de verpleging speelt ze mooi weer, met die innemende glimlach. Toch zien ze het ook wel dat ze het moeilijk heeft. De psycholoog belt op. "We willen graag een gesprek, de verzorging snapt je moeder niet, ze kan soms zomaar boos worden en in verzet gaan, en ze klaagt altijd over haar buik, maar we kunnen niks vinden!"

Mijn moeder is graatmager, ze is altijd al een moeilijke eter geweest. Hier wordt heel gastvrij zelf gekookt, door vrijwilligers. "Nee, ik heb maar 2 hapjes gehad, het was alweer nasi, veel te kruidig, daar kan mijn maag niet tegen". De diëtiste wordt ingeschakeld. In de rapportage lees ik dat ze met mijn moeder overeen is gekomen dat ze elke avond een extra broodje met kaas krijgt. Sindsdien is het elke avond bal. Het broodje komt te laat, "ik kan nu niet meer eten", het komt te vroeg "ik heb net avond gegeten, moet dat nu al? Het wordt oud. Gisteren kwam het om kwart over, waarom nu niet?" Ik ga erbij zitten. "Wat vind je van het broodje moe?" "Ik vind het verschrikkelijk! Geen idee waarom dit moet, elke dag weer. Ik krijg die kaas ook niet weg, veel te veel. Kun je helpen om het in stukjes te

snijden?” Tegen heug en meug duwt ze avond aan avond de stukjes naar binnen. Tja, het moet. Soms doet ze een zachtvaardig poging tot weerwoord. “Alweer het broodje, kan er niet wat anders?” “Dit is met u zo afgesproken mevrouw, eten is goed voor u, u bent toch zo mager. En anders moet u het maar de dokter bespreken, goed?” Mijn moeder zit op de stoel achter in de kamer bij het raam. De verzorging zet het broodje neer op de tafel, vlak bij de deur en vertrekt weer.

Communicatie gaat meestal door de lucht. Vanuit de deur en het handige kastje vlak bij de deur waar de medicatie in zit, vormt zich het dagelijkse gesprek. Klop op de deur, verpleging komt binnen, rommelt in het kastje. “Wat doe je daar?” “Oh, even controleren, ik leg het pilletje hier neer, voor straks, goed”? (met net iets te luide stem) “Oh, nu al?” De verpleging loopt de deur alweer uit, op weg naar de volgende.

Omdat mijn moeder behoefte heeft aan contact, is er een contactmoment toegevoegd aan haar programma, om half 5 in de middag, tien minuten. Ik heb het nooit meegemaakt, mijn moeder kan zich het nooit meer herinneren.

In al die tijd dat mijn moeder hier zat, heb ik vele verschillende verpleegkundigen en verzorgers langs zien komen, één persoon maakte het verschil, die sprak haar aan bij de voornaam, ging altijd heel eventjes door de hurken bij haar zitten. “Ja, wat een lieverd he”, zegt mijn moeder. En ze kijkt zowaar echt even blij!’

Voorbeelden vanuit de deelnemers

Na de bespreking van bovenstaande vignetten, wordt de deelnemers gevraagd om zelf voorbeelden te bedenken van ingewikkeldheden die ze in de praktijk van hun werk tegenkomen. De volgende voorbeelden werden gedeeld:

- Jeugdzorg: de kast met snoep is op slot voor één jongere; hij moet eerst een boterham eten voordat hij snoep mag.
- Verpleeghuis: een medewerker weigert om een bewoner te helpen om naar buiten te gaan; ze zegt: ‘Je kan het zelf niet’ – en rapporteert dat vervolgens niet.
- VVT: Bij iemand wordt het gas afgesloten, met als consequentie dat het hele complex geen gas meer heeft.
- Psychiatrisch ziekenhuis: cliënt zegt niets te willen, ook niet dat je blijft, en dan toch, als professional, bij haar blijven en zeggen: ‘Ik wil blijven’.
- Beschermd wonen: de instelling wordt door bewoners een ‘strafkamp’ en een ‘kazerne’ genoemd.
- VVT: een echtpaar van wie de man met dementie die gewelddadig gedrag vertoont met een Rechterlijk Machtiging (RM) wordt opgenomen in een verpleeghuis.
- Psychiatrisch ziekenhuis: Heel veel afdelingsregels, bijvoorbeeld over eten en over bezoek op de kamer.

Er gebeurt veel in onze ingewikkelde zorgpraktijk wat we op zijn minst discutabel vinden. Toch gebeurt het, toch doen we dit. Blijkbaar zit onze praktijk vol met belemmerende mechanismen. In onze manier van (negatief) spreken over onze cliënten, in onze institutionele logica, etc. Welke (onbewuste) problemen lossen we op door zo te handelen? Welke manier van denken of handelen zit hieronder? Welke vooronderstelling of oordeel legitimeert ons handelen? Op deze en andere vragen

gaan we zo dadelijk verder in, maar eerst volgt nog een uitleg over de verschillende termen die gebruikt worden in het spreken over 'ingewikkelde situaties'.

3. Het verschil tussen dwang, drang en repressie, en andere gebruikte termen

In een gezamenlijke verkenning met de zaal bespreken we dat als **dwang** wordt beschouwd:

- als iets moet
- als er geen toestemming van de ontvanger is
- als er geen keuzevrijheid of invloed voor de ontvanger is
- als er een juridische legitimering is voor het handelen van de zorggever.

Dwang heeft een aspect van 'hoe we het geregeld hebben' (juridisch, afgedekt). Het zou in die zin neutraal moeten zijn: van zichzelf niet goed of slecht. Maar het is, zo weten we inmiddels uit onderzoek geen goede interventie voor (structurele) gedragsverandering.

De notie dat dwang in zekere zin neutraal zou zijn, wordt niet door alle aanwezigen gedeeld: het is altijd ook iets moreels, zo wordt tegengeworpen. Misschien moet je zeggen dat het op dat moment de minst slechte keuze is.

Twee deelnemers noemen een voorbeeld:

1. Een mevrouw in een verpleeghuis kan zich alleen ontlasten als ze op bed ligt. Op haar verjaardag wordt ze, vlak voordat de dienst voor de zorgverleners erop zit, in bed geholpen en er niet meer uit geholpen. Daardoor moet ze haar verjaardagsbezoek alleen laten.
2. Twee jongens van 15 jaar worden bij elkaar op de kamer geplaatst. Er wordt een camera op de kamer opgehangen zodat ze in de gaten kunnen worden gehouden.

Hierbij wordt opgemerkt dat ook handelen dat geen formele dwang is, wel als zodanig kan worden ervaren.

Dwang is dus ingewikkeld: misschien is het soms juridisch gerechtvaardigd, maar moreel niet altijd, of op zijn minst betwist. Er is een kant van de zender/uitvoerder (is het gelegitimeerd) en een kant van de ontvanger (op welke manier ervaart hij zich hierin al dan niet meegenomen en erkend).

Vanuit een gezamenlijke verkenning wordt als **drang** beschouwd:

- als de zorgontvanger onder druk wordt gezet of als er een dringend beroep op de zorgontvanger wordt gedaan;
- als de zorggever het zorgproces stuurt of in bepaalde banen probeert te leiden; je zou het 'sociaal vaardige dwang' kunnen noemen;
- als de zorgontvanger beperkte keuzevrijheid heeft.

Drang kun je zien als een *niet-vrijblijvende beïnvloeding*: 'Wel streng, maar ook steunend', sturend, maar ook ruimte biedend. Vanuit de zaal worden twee voorbeelden genoemd: (1) Een kind dat te lang op een schermje zit, kun je niet dwingen iets anders te gaan doen, maar je kunt wel verbieden om meer dan een uur per dag op een schermje te zitten; (2) Voor mensen met dementie zijn er

allerlei tips om te blijven communiceren, maar die kunnen ook een techniek worden om mensen met dementie te manipuleren. Om te voorkomen dat drang wordt ervaren als dwang, is de intentie waarmee je drang uitoefent, van belang. Maar ook in intentie is het ingewikkeld: 'Soms heb ik gewoon gelijk!'. Drang is echter bij uitstek relationeel. Ja, je hebt je reden om te willen bepalen, of op zijn minst te sturen. Maar je doet dit ook optimaal met en vanuit de zorgontvanger. Zijn invloed telt. Je wilt er hoe dan ook samen uitkomen, ook al beperk ik, naarmate mijn perceptie van de noodzaak groeit, de ander zijn invloed steeds meer.

Dwang en drang zijn aldus niet per se slecht, maar het is essentieel dat het proces waar je beiden in zit niet alleen met de dwang- of drangmaatregel eindigt ('Zo, we hebben het gehad, de kogel is door de kerk'). Daarmee mag de zoektocht naar wat voor de zorgontvanger op het spel staat en naar wat bij deze persoon hier en nu goede zorg is, niet worden afgesloten. Immers, relationeel gezien ben ik als zorgverlener waarschijnlijk wel over de ander zijn grenzen gegaan. Ik heb mijn keuze doorgedrukt. Wat betekent dit voor de ander en voor onze relationele verhouding? Het probleem vandaag de dag is echter dat bij ons vanuit onze dikwijls juridisch ingevulde institutionele logica dwang en drang heel gauw in regels worden gegoten. Het relationele heeft geen plaats. En dat leidt vervolgens tot méér dwang en drang. Daarom pleiten de inleiders voor een andere kijk op dwang en drang, waarbij niet het juridische, regelethische, maar het relationele, zorgethische op de voorgrond staat. Dwang en drang hoort bij ingewikkelde, intensieve vormen van zorg, maar altijd gericht vanuit de-escalatie (verbinding).

Van **repressie** is sprake:

- als het gaat om straf
- als er sprake is van onderdrukking
- als er macht én onmacht spelen bij de zorggever.

Bij repressie doet de ander (de zorgontvanger) er niet meer toe: 'We zijn er helemaal klaar mee'. Deze manier van handelen wordt ingegeven door onmacht. Dan wordt iemand naar de separeer gestuurd omdat de professionals het ook niet meer weten. Soms hoort een professional zichzelf dan zeggen: 'Je moet leren je aan de regels te houden en daarom krijg je nu straf'. Er is geen sprake meer van gelijkwaardigheid. Repressie is altijd verwerpelijk omdat het schadelijk is voor de ander.

4. De duiding van onmacht en afstand

Er zit een zekere logica in ons handelen als we overgaan tot drang, dwang en repressie. Het is belangrijk om te snappen waarom dit gebeurt. Dat heeft ook iets met 'beweging' te maken: in eerste instantie zitten we in een dergelijke situatie in een soort kramp, een onbeweeglijkheid. We ervaren dat het gedrag van de ander het probleem is dat wij moeten oplossen. Als dat niet eenvoudig blijkt en het lukt ons niet, dan gaan we ons onmachtig voelen en zetten we onszelf vast: we weten niet wat we moeten doen. Je kunt je soms zelfs slachtoffer voelen van deze situatie (het wordt je 'aangedaan'). Om uit deze kramp en het onmachtig voelen te ontsnappen en controle terug te krijgen, ontstaat er een soort 'tegenbeweging'. We schieten dan in de rol van degene die bepaalt en nemen de bovenpositie in: 'het moet dus zó'. We neigen dan naar het álles overnemen. En als legitimatie veralgemeniseren we: degene die zich snijdt is ineens 'de snijder' geworden, of 'de borderliner' en

daar moet je als zorgverlener zus of zo op reageren. Daarmee ga je op afstand: je gaat classificeren en in grote termen praten en daardoor verlies je uit het oog wie deze mens als persoon is en wat er met hem of haar nu eigenlijk gebeurt. We stellen 'dus' een regel op, en 'dus' gaan we diegene insluiten, of het wordt 'dus' dan maar een broodje kaas, etc. Daarmee denken we dat we het probleem opgelost hebben en we weer gewoon door kunnen. We zien, concluderend, dwang (te) vaak als (eenzijdige) oplossing van het probleem (het moeilijke gedrag). Daarom gebruiken we zoveel dwang.

De inleiders, die zelf uit de forensische en intensieve zorghoek komen, noemen dit 'agressie-denken'. (Het probleem wordt veroorzaakt door de ander, wat ik moet zien te stoppen). Maar zelfs in het voorbeeld van de mevrouw die jarig is en haar behoefte moet doen, wordt dit feit door de zorggevers ervaren als iets dat 'tegen hen' is gericht: 'Ja maar, ik moet toch mijn werk doen, ik moet toch zo weg?' Alsof deze mevrouw hen iets aandoet – en dus kiezen ze voor een vrijheidsbeperking. De weg om hier uit te komen is het besef dat het niet gaat om een probleem van de ander, maar om een probleem waar we samen inzitten; het is een relationeel complexe situatie en we moeten er samen uit zien te komen. Dat geldt ook in een situatie waarin bijvoorbeeld een cliënt zich snijdt: pas als ik besef dat ik onderdeel ben van het feit dat de ander zich snijdt, komen we verder. We zeggen wel eens: Als we het woord 'agressie' permanent zouden vervangen door het woord 'escalatie', zouden we al heel ergens anders uitkomen. Agressie in de zin van 'iemand doet iets ergs dat tegen ons is gericht' bestaat eigenlijk niet.⁶

Kern is dus dat we een moeilijke situatie als probleem van de ander zien: jij bent dementerend en dat is jÓuw probleem. Dus doen we wat met jou en niet met mij. Maar als we zouden spreken en denken in termen van 'escalatie', dan gaat het niet meer over het gedrag van de ander, maar over de worsteling van jou en de worsteling van mij. We zagen ook in de verhalen dat het gaat om iets dat steeds erger aan het worden is – omdat we het perspectief van de ander uit het oog verliezen, omdat we de dwang als oplossing zien en daardoor steeds verder van de ander vandaan gaan. Zoals wij het definiëren leg je het probleem helemaal bij de ander als je het ziet als agressie, terwijl escalatie een interpersoonlijk iets is: ik zit er als zorggever óók in. Als ik denk in termen van escalatie, ben ik niet klaar als zorggever als ik de ander een regel opleg, in afzondering opsluit of andere maatregelen neem. Want wat gebeurt er daarna? Met andere woorden: in escalatie-denken kan dwang wel degelijk een interventie zijn, maar dan weet je dat je daarna nog heel veel andere dingen te doen hebt met de betreffende persoon. Terwijl in het agressie-denken de dwang ook meteen de hele oplossing is. Het helpt daarom om te begrijpen dat ik als zorggever altijd onderdeel ben van het gedrag van de ander. Daardoor ga ik veel meer nadenken over wat ik doe, of wat wij hebben gedaan, waardoor dit gebeurde. Dan gaat het over de dynamiek tussen ons, doordat wij niet goed met onze onzekerheden en angsten kunnen omgaan. Dan gaan wij regels opstellen en maatregelen opleggen, waardoor er verzet bij de ander ontstaat.

Bovendien leidt het agressie-denken vaak ook tot het spreken en denken in termen van 'of-of': ofwel je bent vÓór de cliënt, ofwel je bent vÓór de werker. Daarmee vererger je het agressie-denken. Wij zeggen: het helpt al om te beginnen bij 'en-en'-denken. Als je maar aan één kant aandacht besteedt, gaat het niet goedkomen en escaleert het juist verder.

Als het gaat om het interpersoonlijke gebeuren, dan gaat het dus (ook) over 'opgaven' – in de zin zoals we dat woord binnen presentie gebruiken. Daarvoor neemt Yvon van Noort het woord.

⁶ Verder uitgewerkt in Petra Schaftenaar en Minco Ruiters, *De-escalatie en dwangreductie*, Amsterdam: SWP, 2023, pp. 34-39.

5. Yvon van Noort over opgaven en respons

De vraag waar ik me bij het luisteren naar de verhalen steeds mee bezig heb gehouden is: wat doet zo'n gebeurtenis met de ander? Hoe is het voor Joeri, een jongeman van 25 die zichzelf snijdt, die schreeuwt en wanhopig is en in een isoleercel terecht komt? Waar worstelt hij eigenlijk mee?

Je hoort in het verhaal hoe er allerlei diagnoses op hem worden geplakt: borderline, autistisch, schizofreen, psychotisch... Hij vertelt dat hij praat met een knuffel, maar ze geloven hem niet, '...want die knuffel is er helemaal niet'. Maar ik, Joeri, zie 'm toch!? Het feit dat hij niet geloofd wordt, schept opgaven voor hem: 'Ik moet zorgen dat ze me geloven, dat ze me serieus nemen. Hoe krijg ik mijn verhaal over het voetlicht, hoe vind ik taal zodat ze me begrijpen?'

Alle mensen die afhankelijk zijn van hulp en zorg, worstelen de hele dag door met allerlei opgaven: je moet verdragen dat je afhankelijk bent, maar afwachten wie er komt, je moet kunnen zeggen wat je nodig hebt, wat je hulpvraag is, je moet wennen aan het feit dat je ineens in een vreemde omgeving woont, dat er allerlei mensen voortdurend je kamer in- en uitlopen, je moet duidelijk maken dat je niet elke avond een broodje kaas wilt, etc.

Als we, zoals net al gezegd, niet meer ervan uitgaan dat de ander een probleem heeft of vormt, maar als we gaan zoeken naar de opgaven waarmee die ander worstelt, dan komt er ook een ander woord naar boven in plaats van 'oplossing': we spreken dan liever van 'respons' – waarover later meer.

Een opgave kun je lang niet altijd oplossen, en een opgave is per definitie altijd iets heel persoonlijks. En van een afstand weet je niet eens waar iemand op dat moment mee worstelt. Daarvoor moet je heel dichtbij komen en goed kijken, luisteren, voelen. Spreken over een 'probleem' gebeurt altijd van buitenaf, terwijl spreken over 'opgaven' betekent dat je naar het binnenperspectief of belevingsperspectief van de ander toe moet.

Een opgave is:

- lastig, kost moeite, iets wat niet soepel loopt, een obstakel;
- onontkoombaar, het dringt zich op, is niet te negeren;
- iets waar je wat mee moet, wat je zelf aan moet pakken of waar je je toe moet verhouden

Zorg en hulp krijgen is voor de ontvanger (en diens naasten) heel hard werken, ook al proberen we het zo gemakkelijk mogelijk te maken.

Als zorg- en hulpverlener kun je echt niet alle opgaven van cliënten/patiënten/bewoners wegnemen; het is inherent aan de afhankelijkheid van zorg en hulp. Om enkele bronnen van opgaven te schetsen:

- Het feit dat je je als hulpontvanger onzeker voelt: wanneer komen ze nou? Krijg ik nog wat te eten? Hoe moet ik me gedragen? Hoelang moet ik hier nog blijven? Al die vragen en die onzekerheid scheppen opgaven.
- Je moet, als je in zorg komt, dingen verdragen en verduren, veel incasseren (in een tillift gehesen worden, weggestuurd worden naar je kamer, heel lang moeten wachten, straf krijgen). Er wordt van alles aan en met je gedaan waarover je weinig zeggenschap hebt: de professional beslist 'dat we het zo doen' en je moet het incasseren; als je je verzet krijg je er nog meer opgaven bij.
- Verontrusting is ook een belangrijke bron van opgaven: je moet langer wachten dan ze zeiden en je vraagt je af welke nare boodschap ze kennelijk voor je hebben als het overleg zo

lang duurt; je hebt geen idee wat er gaat gebeuren, hoe het verder gaat en of ze je hier wel kunnen helpen, je hebt stress of pijn en vraagt je af of dat steeds erger zal worden, etc.

- Je moet je overgeven aan de logica en het ritme van de betreffende instelling, je moet jezelf (letterlijk) blootgeven, je verhaal almaar weer vertellen, je toevertrouwen aan de hulpgever(s).
- En misschien wel de belangrijkste bron van opgaven is het krijgen van erkenning voor wie jij bent en wat er voor jou op het spel staat. Ziet die ander eigenlijk wel wat er met me is en wat dit alles met me doet? Word ik wel begrepen, word ik wel geloofd, mag ik voelen wat ik voel en dat uiten?

Zoals het woord 'probleem' het woord 'oplossing' oproept, zo roept het begrip 'opgave' het begrip 'respons' op. Als je ziet waar iemand mee worstelt, wat is dan je respons? Het zoeken naar de opgaven van de hulpontvanger, maakt je werk niet per se gemakkelijker – maar wel beter. Alleen al het feit dat je de opgaven van de ander ziet, maakt dat die zich meer gehoord en begrepen voelt. Wat het dan lastig maakt is het feit dat je er wat mee moet zodra je het ziet. En dan is de vraag: maakt dat wat je doet (je respons) die opgaven dan erger, of worden ze juist verlicht? Wegnemen is nooit helemaal mogelijk, maar de opgaven wat lichter maken voor de ander is al heel wat.

Dat verlichten kan alleen al gebeuren door de erkenning dat het er is: 'Dus zo voel jij je nu, dit doet het met je, dit is er voor jou aan de hand'. Dat kan iemands opgaven al een beetje lichter maken, want er is iemand bij je die ziet wat er met je is.

Het gaat dus om het herkennen en erkennen van iemands opgaven, en misschien het verminderen ervan. Daarvoor moet je je tempo wat vertragen, vertrouwen wekken en steun bieden. Dat alles vraagt nogal wat van jou als professional:

- perspectiefwisseling: niet kijken naar, maar vanuit de ander;
- aandacht; vertragen
- erbij blijven; ook na sanctie
- sensitief zijn voor hetgeen niet gevraagd, maar wel verlangd wordt
- troost, bekommernis, geborgenheid bieden, ook al is het ingewikkeld

6. Naar *de*-escalatie denken

Petra en Minco vervolgen.

Als we snappen dat de ingewikkelde situaties die op ons pad komen, geen agressie of gedragsproblemen, maar escalaties zijn en als we snappen dat we de beweging moeten maken naar de opgaven waarmee de ander worstelt, dan kunnen we vervolgens zoeken naar: waar zit nou (maximaal) ónze invloed? Die zoektocht veronderstelt dat je het in de eerste plaats minder erg *wilt* maken. Het lukt niet altijd, maar het moet wel je intentie zijn. De-escaleren is het minder erg maken van de situatie. Als je de-escaleert blijf je niet op afstand, maar ga je op zoek naar de opgaven van de ander en probeer je die te verlichten, minder erg te maken.

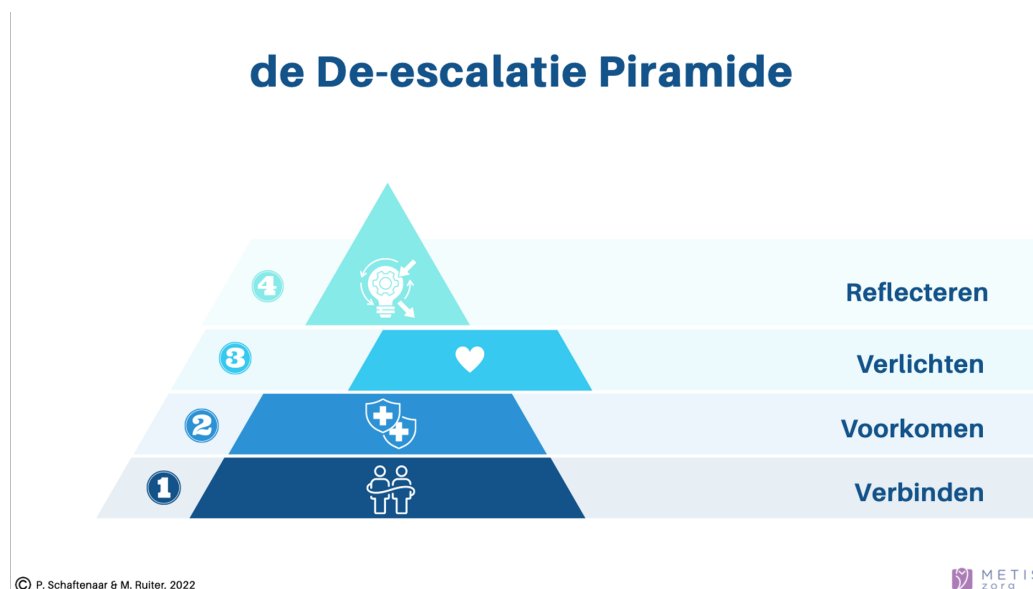
Als je je richt op de opgaven van de zorgontvanger, dan weet je dus al dat er iets (heel) erg is voor hem of haar. Alleen al het feit dat iemand ergens naar toe is gebracht of ergens opgenomen wordt,

schept voor die persoon opgaven. Als professional heb ik dan dus al van meet af aan iets de-escalerends te doen, nog voordat iemand bij wijze van spreken ‘moeilijk gaat doen’. En dat de-escaleren is vervolgens een continu proces waar we aan dienen te werken gedurende de hele periode dat die persoon bij ons is.

We hebben het een en ander in een eenvoudig model bij elkaar gezet: de *de-escalatiepiramide*.

De-escaleren gaat over de volgende zaken:

- Bij de ander weten aan te sluiten, naar de ander toe bewegen, en wel vanaf het allereerste begin en aldoor.
- Die opgaven zijn er altijd, maar je ziet soms ook dat opgaven voor de ander toenemen, de escalatie wordt erger. Als je daar voortdurend zicht op houdt, kun je voor en met de ander zorgen dat ze zoveel mogelijk verlicht worden waardoor de escalatie weer afneemt.
- Troost weten te bieden in gevallen waarin je als zorgverlener toch iets dwingend hebt moeten doen. Juist dan moet je zoeken naar vormen waarin je kunt troosten, bij de ander kunt blijven en het met hem of haar kunt uithouden en verduren.
- Het houdt niet op als je dwang of drang hebt moeten toepassen; ook in dat geval moet je in de beweging blijven van zoeken en leren; en ook dat helpt om te de-escaleren.



We zeggen voortdurend: in het hele gebied waar je aan het werk bent, heb je aldoor iets te doen met de-escaleren. Dat begint in deze figuur op de bodem in wat we de fase van verbinden noemen. In die fase is er nog helemaal geen overduidelijk aanwezige escalatie of conflict. Maar spanning is er naar alle waarschijnlijkheid wel bij de persoon die opgenomen wordt. Misschien ‘voor de zoveelste keer’. Of, net zo spannend, voor de eerste keer. Of omdat het moet van de rechter. Het is de voordeur waardoor iemand binnen komt met zijn/haar levensboek. Of de wachtruimte waar iemand ontvangen wordt. Of het ‘roestige harnas’ dat iemand aanheeft om zich te beschermen tegen de wereld. In het verbinden, in die allervroegste vorm van de-escalerend werken, ben je als professional op zoek naar de ander: ga ik daar een connectie mee aan, snap ik van die ander wat die hier te doen heeft, met wat voor shit hij zich hier allemaal meldt. Ik ben erop gericht om dat op dát moment al minder erg te maken. Dat is wat we bedoelen met ‘verbinden’.

De tweede fase is die van het voorkómen, en hiervoor wordt meestal in klassieke zin het woord de-escalatie gebruikt: zorgen dat het niet oploopt. Voorkomen betekent dat je zo vroeg mogelijk moet

signaleren en moet proberen de situatie om te buigen. Hoe eerder je signaleert, hoe gemakkelijker dat ombuigen is.

De derde fase is de fase van verlichten. Dit is de fase waarin je daadwerkelijk dwang aan het toepassen bent, omdat het niet anders kan. En juist dan mogen we niet op afstand komen, maar dienen we toenadering te zoeken, iets te doen waardoor de situatie draaglijker wordt.

De laatste fase is die van het reflecteren – die komt niet helemaal aan het eind, maar reflecteren is iets wat je aldoor doet; je reflecteert met het oog op verder komen. Professionals onder elkaar en professionals en zorgontvangers reflecteren samen, om eraan bij te dragen dat je wellicht in de toekomst niet nog een keer in zo'n situatie terechtkomt. Of om te zorgen dat je elkaar beter begrijpt en een nieuwe handelingswijze vindt die beter aansluit.

Over verbinden

Verbinden betekent dat je gericht bent op 'waar de ander uithangt'. Zoals we zeggen binnen presentie: je moet eerst mét de ander zijn om er vóór die ander te kunnen zijn. Je moet vaak heel lang bij iemand 'bivakkeren' voordat je een besef krijgt van waar het voor die ander ongeveer over gaat. Dat vraagt veel tijd, rust en aandacht, je laten storen, het alledaagse en gewone er laten zijn. Dus niet meteen gaan duwen en trekken, maar je 'maakmodus' uitzetten.

Verbinden gebeurt:

- In het in relatie komen, je op de ander betrekken: alles wat je doet is relationeel, gericht op de belevingswereld en de opgaven van de ander (relationeel werken)
- In waar je je op richt: wat staat er op het spel voor de ander? Als professional richt ik me niet op de papieren werkelijkheid, maar eerst op wat er gebeurt in en vanuit het relationele contact, ik schort mijn oordelen op. Ik probeer de ander op zijn gemak te stellen, te verzachten, positief en bemoedigend zijn, ondersteunend en geruststellend te zijn (*safewards*⁷ en open leefklimaat)
- In hoe het eruitziet: warm, alledaags en gastvrij. Alledaags is ook: zo gewoon mogelijk, het informele met het formele vermengen (verdunde ernst)
- In waar ik me begeef: niet steeds op kantoor zitten, maar op de afdeling, te midden van het daar geleefde leven en bij de ander, stoorbaar zijn
- In afstemming gericht op het goed van de ander: ik beperk of bepaal zo weinig mogelijk (van regels naar afspraken, minder op slot), maar zoek wat past in de context.
- Op zoek naar de 'stem van de ander', ook al is deze onhoorbaar. De stem van de ander is gericht op het perspectief, ook met behulp van ervaringsdeskundigen en netwerk

⁷ 'Safewards' betekent 'veilige afdelingen' en is een in Engeland ontwikkeld model in de psychiatrie. Het bevat o.a. tien zeer concrete interventies die helpen om het aantal conflicten en separaties te doen dalen. Zie <https://www.safewards.net/nl/>

© Stichting Presentie

Enkele concrete voorbeelden

1. Open leefklimaat
2. Eerste 5 minuten methode
3. Van regels naar individuele afspraken
4. Van kantoor naar afdeling
5. Healing environment en beleid gastvrijheid
6. Ervaringsdeskundigheid en triadisch werken
7. Safewards



Oefening rond 'healing environment en beleid gastvrijheid'

Gastvrijheid & healing environment
OPDRACHT

Zoek de verschillen

OF DE OVEREENKOMSTEN



1. Stel je voor: je bent een paar dagen in een andere omgeving. Daar word je ontvangen en naar je kamer of appartement gebracht. Schrijf op: hoe wil jij dat de omgeving eruitziet en hoe men met je omgaat? Welke kleuren, wat ligt klaar, hoe word je benaderd?
2. Nu stap je met een frisse blik jouw afdeling op. Hoe ziet de omgeving eruit? Hoe gaat men met je om? Welke kleuren, wat ligt klaar, hoe ziet je kamer of appartement eruit?
3. Schrijf de meest in het oog springende verschillen en overeenkomsten tussen wat jouw ideale situatie en de situatie op jouw afdeling is, op.

GASTVRIJHEID & HEALING ENVIRONMENT. LEES EROVER OP PAGINA'S 68 TOT EN MET 71

Opdracht 1: Stel je voor: je bent een paar dagen in een andere omgeving. Daar word je ontvangen en naar je kamer of appartement gebracht. Schrijf op: hoe wil je dat je omgeving eruitziet en hoe men met je omgaat? Welke kleuren? Wat ligt er klaar? Hoe word je benaderd? NB: het maakt niet uit over wat voor omgeving je gaat: Centerparcs, een hotel, een conferentie etc.

Opdracht 2: Je komt nu op de plek waar je werkt (jouw afdeling, jouw team, jouw kantoor, jouw centrum en je stapt daar met een frisse blik naar binnen. Schrijf op: hoe ziet de omgeving eruit? Hoe gaat men met je om? Welke kleuren? Wat ligt klaar? Hoe ziet je kamer, kantoor of plek eruit?

Opdracht 3: Schrijf de meest in het oog springende verschillen en overeenkomsten tussen wat jouw ideale situatie en de situatie op jouw werk is, op.

Over verlichten

Hoe meer iemand een situatie ervaart als dwang, hoe meer reden er is voor jou als zorgverlener om die ervaren dwang als het ware te compenseren. Binnen het probleem-denken heeft de ander 'het ernaar gemaakt', had hij/zij zich anders moeten gedragen – en dan is het logisch dat ik beperk of beheers of oplos door een sterke maatregel. Om vervolgens af te wachten tot de betreffende persoon zich weer anders (lees: 'beter') gedraagt. Wij zeggen: je moet juist niet afwachten, want dan ga je uit elkaar, raak je op afstand. De professional moet juist naar de ander toe, omdat die in de relatie tussen zichzelf en de ander, iets gedaan heeft: een beperking opgelegd die de ander niet wilde. Met alle goede bedoelingen heeft de professional door zijn bepaling of beslissing iets ertussen gezet, heeft hij

iets verbroken. Dat betekent dat de professional weer naar voren moet stappen en de beweging moet maken naar herstel. Dat betekent: proberen zoveel mogelijk 'erbij te zijn' in plaats van af te wachten. Nabijkomen kan echter pas als er eerst besef is dat de professional degene is die verbroken heeft en daarmee lijden heeft veroorzaakt bij de ander.

Wat kun je doen om dat lijden te verlichten? Wij zien een aantal manieren:

1. Regie teruggeven: bij dwang nemen wij alle regie en autonomie van de ander over. Als je wilt compenseren moet je nadenken over: waar kunnen we hem of haar weer regie teruggeven? Waar kan ik de ander weer invloed geven op hoe het eraan toe gaat? Er zijn vaak nog heel veel mogelijkheden waarin de ander een stem kan hebben: hoe vaak kom ik bij je in de separeer? Wat kom ik doen? Waar gaat het over? Hoe wil jij het graag? Wat wil je te eten krijgen, en op welke tijd? In deze kleine dingen kunnen mensen, in situaties waarin ze geen keuze meer hebben, toch invloed krijgen.
2. Materiaal toevoegen: de omgeving van de isolatie noemen we 'prikkelarm' (want iemand moet tot rust komen), maar vaak is het in feite 'prikkeloos'. En dat maakt dat de gedachten van mensen met hen aan de haal gaan waardoor ze zich nog onrustiger of angstiger gaan voelen. Als iemand in isolatie zit, is het geven van materialen een goede manier om de verveling te verdrijven (eigen deken of knuffel mee, waskrijtjes, iets te lezen). Daarmee voorkom je ook dat de dwang eigenlijk een 'straf' wordt ('Ik ga jou nou niks lekkers of leuks geven, je hebt het er zelf naar gemaakt', e.d.). In plaats daarvan zeg je: ik heb hier iets verbroken dus ik kom weer naar jou toe, ik zoek jou zoveel mogelijk op. Hiermee kan de 'handeling' van het materiaal geven dus meer vertellen dan slechts het verdrijven van verveling. Je drukt hiermee als werker nog iets uit, nl. ik blijf bij jou betrokken, het gaat me aan hoe het met je gaat; jij bent voor mij de moeite waard, je bent nog steeds mens.
3. Contact, contact, contact. Dit is het allerbelangrijkste element als het gaat om verlichten: (a) de hoeveelheid van contact; iemand in isolatie heeft behoefte aan veel meer contact dan anders, omdat eenzaamheid altijd aan de orde is; (b) wie heeft er contact, wie is de beste match? Als ik nog steeds de 'rode lap' voor de ander ben, kan ik beter een collega vragen, of misschien wel iemand van de familie; (c) de kwaliteit van het contact: waar gaat het contact over, besef ik dat er bij de ander veel boosheid en frustratie zit, door de situatie en mag dat er dan zijn? Dit punt is vaak heel ingewikkeld, maar het helpt enorm om de opgaven te snappen waarmee iemand op dat moment worstelt: dat hij moet verduren dat hij daar zit, het moet uithouden, en dat ik dat kan erkennen ook al kan ik het niet oplossen.
4. Een-op-eenbegeleiding: zorgen dat er iemand bij is, die voor die persoon beschikbaar kan zijn. Iemand die probeert te 'levelen', aan te sluiten, er *helemaal* kan zijn voor het contact zoals hierboven benoemd. Die persoon kan daarin ook een brug zijn tussen de zorgontvanger en het team. Deze rol kan moeilijk zijn en vraagt om 'een soort neutraliteit'. Vaak helpt het als deze een-op-eenbegeleider niet in het eigen team zit en niet bij de situatie betrokken was, een onafhankelijk iemand dus die geen verantwoording heeft voor de behandelinterventies. Deze een-op-eenbegeleider is er niet om iets op te lossen maar om erkenning te geven aan de cliënt. Het is daarbij van belang niet een oordeel te hebben over wat de collega's hebben gedaan. Het gaat steeds om 'en... en...': het is én zo dat de een-op-eenbegeleider extra nabij zorg biedt, én dat het eigen team behandelinhoudelijk soms tegen de cliënt in blijft gaan (medicatie, op fysieke afstand blijven om risico's te vermijden, directief sturend zijn). Dwang en drang voor zover dat moet gebeuren. Maar dat mag niet betekenen dat we die zorg en

nabijheid dan maar niet geven – want dan ben je niet aan het verlichten, maar eerder onbedoeld verder aan het escaleren.

7. Afsluiting

Guus Timmerman eindigt de bijeenkomst met wat er bij hem is blijven hangen. De kwestie van vandaag speelt altijd en overal. Het gaat over wat goede zorg is, ook als het ingewikkeld wordt en de professional een ander idee heeft over wat nodig is dan de cliënt. Het is dus ook altijd een morele kwestie. Er spelen verschillende begrippen, van drang – niet-vrijblijvende beïnvloeding –, dwang – een door regels gelegitimeerde begrenzing van de vrijheid van de cliënt – tot repressie – een gewelddadige begrenzing, vaak met straffende elementen. De inleiders hielden een pleidooi om ‘agressie-denken’ (het is het probleem van de cliënt dat de cliënt tegen de professional richt en waarop de professional met een interventie moet reageren, waarna de cliënt de relatie moet herstellen) te vervangen door ‘escalatie-denken’ (het is een opgave voor cliënt én professional waarvoor ze samen een passende respons moeten vinden, en wel in de relatie). In dat denken is de-escaleren iets waarmee professionals altijd bezig moeten zijn. De kern ervan is: je verbinden met de ander. Guus besluit de bijeenkomst met de aanwezigen en de inleiders te bedanken.