
VARIANTEN VAN DRANG

Louis Polstra is docent aan de vakgroep Andragogiek van de Rijksuniversiteit Groningen

Marlieke de Jonge is cliëntdeskundige en medewerkster van Cenzor-GGZ Groningen

Marian Verkerk is docent aan de faculteit recht van de Rijksuniversiteit Groningen

Met de eerste aanzetten tot wijziging van de oude Krankzinnigenwet in de latere wet BOPZ begin jaren zeventig is er een debat op gang gebracht over het toepassen van drang en dwang op psychiatrische cliënten (Berghmans 1992). Dit debat is nog steeds gaande en heeft onder meer nieuwe impuls gekregen door de evaluatie van de BOPZ (Raad voor Volksgezondheid en Zorg 1997, Berghmans 1997). Sindsdien zijn er verschillende onderzoeken in Nederland verricht naar aspecten van drang en dwang in de psychiatrie, zoals morele en juridische mogelijkheden van de zelfbindingsverklaring (Gremmen 2001) en kwaliteitscriteria van drang en dwang (Berghmans e.a. 2001). Het debat over drang en dwang spitst zich toe op de morele rechtvaardiging ervan. De soms erbarmelijke situatie waarin de psychiatrische cliënt zich bevindt die zich tegen behandeling verzet, noopt tot ingrijpen zonder dat daar een wettelijke basis voor is volgens de BOPZ-criteria. Ondanks het veelvuldig gebruik van de term drang in beleidsnotities en in de media wordt er bijna nooit expliciet gemaakt wat eronder wordt verstaan. Een uitzondering vormen de medisch ethische publicaties over de toelaatbaarheid van drang (Berghmans e.a. 2001, Verkerk 2000 2001, Polstra e.a. 2002). In de praktijk circuleren vele verschillend definities en invullingen van drang. Om in termen van Marlieke de Jonge (1999) te spreken, er zijn vele drangvarianten. In dit artikel geven we allereerst drangvarianten weer, die wij zijn tegengekomen tijdens het onderzoek Drang als dwangpreventie. Vervolgens gaan we na of in deze drangvarianten wel echt sprake is van

drang conform de definitie van drang in de medisch ethische literatuur.

Drangvarianten

Het onderzoeksmateriaal bestaat uit twaalf half gestructureerde interviews met ambulante werkende verpleegkundigen en SPV-en en drie verslagen van bijeenkomsten van de vijf onderzochte teams. Op het onderzoeksmateriaal is een thematische analyse toegepast. Het resultaat is 15 drangvarianten. Het is mogelijk gebleken om deze samen te brengen in 6 clusters:

Cluster 1: Scenario's schilderen.

Cluster 2: Aandringen.

Cluster 3: Meegaan met externe drang.

Cluster 4: Inzetten van financiën.

Cluster 5: Inzetten van voorwaardelijk ontslag bij r.m.

Cluster 6: Inzetten van inzet van hulpverlener.

Cluster 1 Scenario's schilderen

Het schilderen van een scenario is een confronterende handeling van de hulpverlener, die een cliënt de consequenties van diens handelen voorhoudt, zoals boetes, huisuitzetting, deurwaarde. Deze consequenties zijn algemeen maatschappelijk van aard en gelden voor iedereen die de maatschappelijke regels overtreedt. Het kan zijn dat de cliënt niet van gediend is te worden geconfronteerd met de maatschappelijke regels, omdat die hem in zijn handelen belemmeren. Het is echter niet de hulpverlener die deze belemmering oplegt.

Hulpverlener: De druk, de drang die je dan kan uitoefenen is van als jij je

gedrag niet aan gaat passen, dan gooien ze je op straat.

Cluster 2 Aandringen

Op de een of andere manier wordt er druk op de cliënt uitgeoefend om iets te doen. Er is echter niet sprake van het expliciet voorhouden van een keuzealternatief. De keuze is in feite 'als je wilt dat ik stop met zeuren, dan moet je doen wat ik wil'.

Onderzoeker: Je zei, er is toen drang toegepast. Welke vorm van drang bij die bovenwoning?

Hulpverlener: Met een sleutel die hij had afgegeven, proberen binnen te komen. Buren ingeschakeld om iedere keer als er wat aan de hand is meteen te waarschuwen en op de stoep te staan. Bij zijn werk opzoeken. Dat zijn vrij dringende maatregelen.

Cluster 3 Meegaan met externe drang

De term extern heeft te maken met de betrokkenheid van anderen dan de directe begeleiders en behandelaars bij de toepassing drang. Bij een veelvoorkomende drangvariant gaat het om de betrokkenheid van woningcorporaties. Zij stellen als eis aan de cliënt de acceptatie van hulp bij verhuur van de woning. Veelal betreft de hulp het beheren van de financiën bij het begeleidingsteam.

Hulpverlener: Dat is inderdaad al een type van drang natuurlijk. Jij krijgt een mooi huisje, maar dan moet je wel hier je geld laten doen.

Cluster 4 Inzetten van financiën

Bij de clusters 4, 5 en 6 zijn geen buitenstaanders bij de drang betrokken. De drang speelt zich af tussen de cliënt en de hulpverlener. Wel is er door arbeidsdeling bij cluster 4 sprake van een derde partij, namelijk de behandelende SPV die de medicatie verstrekt. Het begeleidingsteam beheert de financiën van cliënten. Na aftrek van vaste lasten

krijgt de cliënt volgens afspraak maand, week- of daggeld. Het verstrekken van dit geld wordt gekoppeld aan het innemen van medicatie dan wel het laten zetten van een depotinjectie. Deze drang beperkt zich tot cliënten die weigerachtig staan ten opzichte van het gebruik van medicatie.

Hulpverlener: Nou, andere mensen daar heb je wel, gebruik je, je moet je depot komen halen en dan krijg je je zakgeld bijvoorbeeld. Zo van het zakgeld gecombineerd aan het depot. Op de dag dat degene het depot moet krijgen, een dame bij ons die op vrijdag haar depot moet halen een keer in de veertien dagen en als ze haar depot heeft gehad, als ze naar boven is geweest om haar depot te halen, dan krijgt ze daarna haar geld. Dus als ze haar depot niet heeft gehaald, dan gaan wij zeggen, ja, ja, je moet wel je depot halen, want anders krijg je ook je geld niet.

Cluster 5 Inzetten van voorwaardelijk ontslag bij r.m.

Een bekende drangvariant is voorwaardelijk ontslag uit de psychiatrische kliniek van cliënten met een rechtelijke machtiging. De voorwaarde heeft vaak betrekking medicijngebruik. Soms heeft de voorwaarde te maken met het hebben van een vaste verblijfplaats: woning of sociaal pension.

Hulpverlener: Er zijn wel een aantal patiënten die we hebben, waarmee we in elk geval werken met een voorwaardelijke ontslagregeling. Waar ook sowieso de komst hier naar toe, naar de poli en het accepteren van medicatie echt voorwaarden zijn voor zelfstandig of begeleid kunnen wonen.

Cluster 6 Inzetten van inzet van hulpverlener

Daarnaast wordt de inzet van de hulpverlener regelmatig gebruikt om

drang op de cliënt uit te oefenen. Deze inzet wordt in sommige gevallen beperkt tot contact houden maar verder geen hulp of diensten aanbieden. Het is ook mogelijk dat de inzet uitgebreid wordt met extra diensten c.q. hulp.

Hulpverlener: 'Als jij geen medicatie neemt dan ben ik niet genegen om je te helpen met het zoeken van andere woonruimte.'

Incidentele drangvarianten

Andere genoemde drangvarianten zijn specifiek toegesneden op de situatie van de cliënt en zijn niet structureel van aard, zoals het verstrekken van slaapmedicatie alleen als de cliënt zijn depotmedicatie neemt of het accepteren van gespecialiseerde gezinshulp als voorwaarde van ontslag van vrouw en baby uit het ziekenhuis.

Definitie van drang

Drang onderscheidt zich van dwang in de mate van beïnvloeding van de keuzevrijheid van de cliënt. Bij dwang heeft de cliënt geen keuzevrijheid meer. De cliënt kan zich niet aan de dwang onttrekken. Bij drang kan de cliënt wel kiezen, maar sommige keuzeopties worden aantrekkelijk of juist onaantrekkelijk gemaakt, of aan bepaalde keuzes worden condities gesteld. Drang kan worden opgevat als een vorm van externe beïnvloeding van handelen van een cliënt.

Drang is te definiëren als een 'als-dan' bewering. De cliënt wordt voorgehouden: als de cliënt P doet, dan doet de hulpverlener Q, waarbij Q negatieve dan wel positieve gevolgen heeft voor de cliënt.

Vergelijking definitie met gevonden varianten

Indien we bovenstaande drangvarianten vergelijken met de definitie dan valt op dat er bij de eerste twee varianten formeel geen sprake is van drang. Bij het schilderen van een scenario confronteert

de hulpverlener de cliënt met de consequenties van diens handelen. Het is echter niet de hulpverlener die deze belemmering omlegt. De hulpverlener past geen dranghandeling toe. Bij de drangvariant Aandringen houdt de hulpverlener de cliënt geen keuzealternatief voor. Aandringen wordt in Van Dale omschreven als 'met drang onder de aandacht brengen; met klem trachten gedaan te krijgen'. De hulpverlener houdt de cliënt voortdurend de gewenste handeling voor, maar zet er geen consequentie tegenover. Hierdoor is er geen sprake van een als-dan. Bij beide geldt dat, hoewel er geen drang wordt toegepast, dit wel door cliënten en de hulpverlener als zodanig kan worden ervaren.

Bij het derde cluster is het niet de hulpverlener die de drang toepast, maar een derde partij. Het is aan de hulpverlener om de afweging te maken hiermee akkoord te gaan. De grens die hulpverleners veelal wordt getrokken is dat de derde partij wel het accepteren van hulpverlening als eis mag stellen, maar dat deze zich niet mag bemoeien met de inhoud van de hulpverlening. Dat is de verantwoordelijkheid van de hulpverlener.

De resterende drangvarianten vallen allen wel onder de definitie van drang.

Slotbeschouwing

In dit artikel zijn diverse drangvarianten beschreven. In de dagelijkse ambulante hulpverlening aan psychiatrisch cliënten zullen naar alle waarschijnlijkheid nog meerdere varianten worden gehanteerd. Bij sommige van deze varianten wordt geen drang toegepast, terwijl ze wel in de praktijk als drang worden omschreven. Hierdoor ontstaat er allerlei spraakverwarring.

De onwenselijkheid van deze spraakverwarring wordt vergroot indien in ogenschouw wordt genomen dat 'echte' drang op gespannen voet staat met het respecteren van de autonomie van de

cliënt. Voor het toepassen van drang zijn daarom redenen nodig die het autonomiebeperkende karakter van deze maatregel kunnen rechtvaardigen. Mogelijke redenen zijn verkomen van verlies van eigenwaarde, afbreuk aan het sociaal netwerk of behoud van zelfstandigheid (bijvoorbeeld zelfstandige huisvesting). Deze redenen dienen te worden afgewogen ten opzichte van de ingezette middelen door de hulpverlener, bijvoorbeeld het niet uitkeren van geld of het beperken van de inzet van de hulpverlener, en de gewenste handelwijze van de cliënt, bijvoorbeeld het innemen van medicatie. Hulpverleners dienen onder meer zich af te vragen of de ingezette middelen niet te zwaar zijn in verhouding tot het doel. Bij de drangvarianten waar niet echt sprake is van drang, ontbreken deze middelen, zodat deze een heel andere rechtvaardigingsstructuur vragen. Zoals ook uit de drangvarianten naar voren komt, opereren hulpverleners niet in een vacuüm, maar maken ze deel uit van een zorgnetwerk. In een analyse van het zorgproces van een chronisch psychotische vrouw blijkt hoe dit zorgnetwerk de drang als het ware structureert. De drangvariant Inzetten van financiën is bijvoorbeeld alleen mogelijk indien de hulpverlening het geld van de cliënt beheert. In sommige teams is dit het geval, in andere weer niet en bij weer andere alleen bij hoge uitzondering. Het zorgnetwerk bepaalt dus mede de drangvarianten. Dit betreft niet alleen de

'fysieke' toepasbaarheid, maar ook de legitimatiegronden van drangvarianten. In een zorgnetwerk waar de behandeling van de psychopathologie de dominant visie is, wordt drang gelegitimeerd vanuit het perspectief van ziek en gezond. De ingezette middelen dienen vooral ertoe om de cliënt aan te zetten medicatie tot zich te nemen. Zo'n zorgnetwerk is minder gevoelig voor zorgbehoeften op andere levensgebieden en is daardoor minder genegen om daarop drang toe te passen. De hulpverleners binnen het zorgnetwerk die uitgaan van een verzorgend perspectief ontbreekt het team aan zelfbewustzijn om in dialoog te treden met de behandelaren. Voor gezamenlijke reflectie over normen van goed hulpverlenerschap lijkt geen podium te bestaan.

Uit casuïstiek komt een beeld naar voren dat cliënten met complexe problematiek in eerste instantie met het beperkte aanbod van het zorgnetwerk meegaan, om vervolgens halverwege weer af te haken. Gebrekkige reflectie op de machtsonbalans leidt dus niet alleen tot een beperkte ontvankelijkheid voor de zorgbehoeften, maar ook tot gebrekkige responsiviteit van de cliënt op de geleverde zorg. Deze gebrekkige responsiviteit is voor het zorgnetwerk een legitimatie om actiever te handelen, inclusief het toepassen van drang. Door hun handelwijzen reproduceren zowel hulpverleners als cliënten onbedoeld het zorgsysteem en de drang die daarin nodig lijkt te zijn.

Literatuur

Berghmans, R.L.P. (1992)
Om bestwil: paternalisme in de psychiatrie. Amsterdam: Thesis Publishers.

Berghmans, R.L.P. (1997)
Beter (z)onder dwang? : Achtergrondnota geschreven in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies Beter (z)onder dwang. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Berghmans, R.L.P., D. Elfahmi, M. Goldsteen, G. Wildershoven (2001) *Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie*. Utrecht/Maastricht: GGZ Nederland.

Gremmen, I. (2001) Interpretatief zorgethisch onderzoek in de praktijk (ingediend en opgenomen in bundel NWO-Ethiek & Beleid, Najaarsymposium 1 november 2001)

Jonge, de M. (1999) *Dwangpreventie*. Groningen: GGZ Groningen.

Polstra, L., M. de Jonge, M. Verkerk (2002) *Drang in de zorgpraktijk*. Ter publicatie aangeboden.

Raad van Zorg (1997), *Beter (z)onder dwang?*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Verkerk, M.A. (2000) Respect voor autonomie is méér dan keuzevrijheid alleen. *Passage*

Verkerk, M.A. (2001) Over drang als goed zorgen: een zorgethische benadering. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*.