

# Drang in de zorgpraktijk

M.A. VERKERK, L. POLSTRA, M. DE JONGE

**SAMENVATTING** Het toepassen van drangvarianten binnen de hulpverlening van chronisch psychiatrische patiënten vraagt om een ethische rechtvaardiging. Met behulp van de structuratietheorie van Giddens wordt een gevalsbeschrijving geanalyseerd. Deze analyse toont aan hoe betekenisgeving, normen en machtsrelaties de geestelijke gezondheidszorg structureren. Drang als handeling draagt deze structuurkenmerken zeker ook. Uit de analyse volgt op welke wijze de totstandkoming en uitvoering van de drang en het verdere verloop binnen de hulpverlening is ingebed in het zorgproces. Het zorgproces op zijn beurt draagt de normatieve kenmerken van het zorgsysteem waarin het een en ander plaatsvindt. Voor een ethische beoordeling van drang moet in sterke mate rekening gehouden worden met deze context en structurering van het zorgsysteem.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 9, 539-548]

**TREFWOORDEN** Giddens, psychiatrie, zorgethiek

Met de eerste aanzetten tot wijziging van de oude Krankzinnigenwet in de latere Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) begin jaren zeventig is er een debat op gang gekomen over de morele en juridische mogelijkheden van het toepassen van drang en dwang bij psychiatrische patiënten (Berghmans 1992). Dit debat is nog steeds gaande en heeft onder meer een nieuwe impuls gekregen door de evaluatie van de Wet BOPZ (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 1997; Berghmans 1997). Sindsdien zijn er in Nederland verschillende onderzoeken verricht naar aspecten van drang en dwang in de psychiatrie (Berghmans e.a. 2001).

Het debat over drang en dwang wordt vooral gevoerd vanuit motieven van morele bezorgdheid. Bij patiënten die geen ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen vormen, maar die wel in zorgwekkende omstandigheden verkeren, staat de Wet BOPZ geen dwang toe. Het uitoefenen van drang op deze patiënten, bijvoorbeeld het dringen tot het innemen van medicatie, kan desondanks een optie zijn. Het toepassen van drangvarianten

in de hulpverlening aan chronisch psychiatrische patiënten vraagt echter om een ethische beoordeling. Bij een dergelijke beoordeling verdient het de voorkeur om te spreken over drang in termen van een 'traject' en niet als een enkelvoudige, geïsoleerde beslissing. Met andere woorden, de ethische legitimatie van drang kan niet los gezien worden van het zorgproces, waar het deel van uitmaakt (Verkerk 2001). De beslissing tot drang is te beschouwen als een gesitueerde, morele beslissing – op maat gemaakt naar de omstandigheden en de mogelijkheden van de betrokkenen.

Deze sociale bedding van drang is onderwerp van dit artikel. Er wordt gebruikgemaakt van de structuratietheorie van de socioloog Giddens. Volgens Giddens (1984) herbergt elke handeling de structuurkenmerken van het sociale systeem. Aan de hand van een gevalsbeschrijving van drangtoepassing zal de invloed van het geestelijke gezondheidszorgsysteem op drang als handeling inzichtelijk gemaakt worden. De gegevens van deze gevalsbeschrijving zijn afkomstig uit het onderzoek *Drang als dwangpreventie* dat is uitge-

voerd door de auteurs van dit artikel in opdracht van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). De gebruikte gegevens bestaan uit semi-gestructureerde interviews die tweemaal – met een tussentijd van vijf maanden – zijn afgenomen bij een chronisch psychiatrische patiënte, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een verpleegkundige. Deze analyse start met een beschrijving van het zorgsysteem als context waarbinnen de drangtoepassing heeft plaatsgevonden. Daarna vindt er een reconstructie in twee episodes van het zorgproces en de toegepaste drang daarbinnen plaats. Elke episode wordt afgesloten met een korte analyse.

In de slotbeschouwing wordt nog kort teruggekeerd naar het belang van de sociologische analyses en inzichten voor ethische beoordelingen.

#### DRANG

Drang onderscheidt zich van dwang in de mate van beïnvloeding van de keuzevrijheid van de patiënt. Bij dwang heeft de patiënt geen keuzevrijheid meer. Hij kan zich niet aan de dwang onttrekken. Bij drang kan de patiënt wel kiezen, maar sommige keuzeropties worden aantrekkelijk of juist onaantrekkelijk gemaakt, of aan bepaalde keuzes worden voorwaarden gesteld. De beperkingen of inmengingen beogen een handeling of situatie die in beginsel niet door de patiënt gewenst wordt. Drang kan daarom worden opgevat als een ongewenste vrijheidsbeperkende maatregel. In de literatuur wordt soms een onderscheid gemaakt tussen zwakke en sterke drang (Henselmans 1993; Pols 2000). Zwakke drang uit zich in overreding, sterke drang heeft het karakter van een 'opstraffe van'. Zo kan worden gesteld: 'als je de medicatie inneemt, zorg ik voor huisvesting'; of: 'als je niet de medicatie inneemt, volgt een dwangopname'. In deze bijdrage richten we ons op de zogenaamde sterke drangvariant.

Omdat 'drang' in beginsel in conflict is met het recht op vrije keuze en controle (de autonomie van de patiënt) moeten goede redenen worden aangereikt om deze te rechtvaardigen (Verkerk

1999, 2001; Berghmans 1997). Overigens hoeft het niet per se de hulpverlener te zijn die drang uitoefent, het kan ook een derde zijn. Zo kan bijvoorbeeld de woningcoöperatie aan de verhuur van een woning als voorwaarde verbinden dat de patiënt professionele hulp accepteert. De hulpverlener is in dit geval veeleer de uitvoerende partij. Overigens geldt ook hier, dat de hulpverlener nog altijd de morele verplichting heeft in te schatten of het verlenen van hulp onder deze condities gerechtvaardigd is.

#### STRUCTURATIETHEORIE VAN GIDDENS

Giddens probeert een brug te slaan tussen enerzijds theorieën die handvatten bieden voor de analyse van de werking van sociale systemen, maar waarin weinig plek is voor het individuele handelen, en anderzijds theorieën die voorzien in handvatten om het handelen van het individu te duiden, maar die een analytisch kader voor de invloed van het systeem op dit handelen ontberen.

Het handelen van het individu wordt volgens Giddens weliswaar gestructureerd door het sociale systeem, maar er niet door gedetermineerd. Het individu is een 'knowledgeable' actor. Met knowledgeable wordt bedoeld dat de actor kennis heeft van structuurregels, omdat hij anders niet conform deze regels binnen het systeem kan handelen. Deze kennis zit gewoonlijk verstopt in het dagelijkse routinematig handelen, maar kan discursief worden gemaakt door wat Giddens noemt 'reflective monitoring of action'. Door overeenkomstig de structuurregels van het zorgsysteem te handelen, wordt het systeem gereproduceerd. De kennis van de structuurregels maakt het echter mogelijk om bewust anders te handelen, waardoor het systeem niet meer wordt gereproduceerd maar veranderd. In zijn boek *The constitution of society* onderscheidt Giddens (1984) drie regelsets die het handelen structureren: (1) Betekenisgeving. In iedere interactie worden bepaalde betekenissen tot uitdrukking gebracht: Wat is een hulpverlener? Wat is goede zorg? Wat

is een zorgwekkende zorgmijder? Wat is de ggz? Wat is autonomie? Wat is drang? Wat is samenwerken? Wat is vermaatschappelijking?; (2) Normen. Ook normen over correct handelen structureren het handelen: recht op privacy, recht op zelfbeschikking, eerlijkheid, betrouwbaarheid; (3) Macht. Giddens definieert macht in navolging van Parsons (1960) als het vermogen om een bepaalde uitkomst te bereiken. Macht is gelieerd aan de toegang tot diverse hulpbronnen, zoals kennis, bezit, aanzien.

De structuratietheorie biedt geen verklaring voor het functioneren van het systeem of voor het menselijk handelen, maar slechts een analytisch kader. De concrete invulling van de structuurregels verschillen immers per systeem. Het analytische kader bestaat eruit dat elk verhaal van een geïnterviewde over drang naast unieke informatie over de gebeurtenis zelf ook informatie bevat over de gangbare structuurregels van het zorgsysteem waarin de drang wordt ge(re)produceerd.

#### WERELDEN VAN BEHANDELING EN BEGELEIDING

De werelden van behandeling en begeleiding die hier besproken worden, zijn die van het zorgsysteem van de hierna volgende gevalbeschrijving. De hier onderzochte ggz-instelling heeft het zorgaanbod voor chronisch psychiatrische patiënten gesplitst in behandeling en sociaal maatschappelijke begeleiding. Deze splitsing heeft geleid tot een arbeidsdeling tussen het behandelteam en het begeleidingsteam. Er zijn dus twee subsystemen, gemakshalve werelden genoemd. Voor de beschrijving van deze werelden maken we gebruik van de drie genoemde regelsets van Giddens die het handelen structuren: betekenisgeving, normen, macht.

*De wereld van behandeling* De centrale betekenisgeving in de behandelwereld is de behandeling van de psychiatrische stoornis van de patiënt. De behandeling is gericht op het terugdringen van de psychopathologie en de negatieve gevolgen

ervan en bestaat onder meer uit het verstrekken van medicatie, psycho-educatie en inzichtgevende gesprekken. Goed hulpverlenerschap houdt onder meer in dat na diagnostisch onderzoek een diagnose en de bijbehorende prognose worden vastgesteld, waarna een behandelplan wordt opgesteld en uitgevoerd (zie ook Romme 1999).

Het recht op inspraak en medezeggenschap (normen) bij de totstandkoming van het behandelplan is belangrijk en is ook wettelijk verankerd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

In de onderzochte praktijk bezet de sociaal-psychiatrische verpleegkundige (spv) de sleutelpositie (macht). De behandeling vindt grotendeels plaats in de ruime spreekkamer van de spv. De patiënten komen op afspraak en moeten zich melden bij de balie en plaatsnemen in de wachtkamer. Indien nodig gaat de spv op huisbezoek. Binnen het systeem reguleert de spv de informatiestroom naar de psychiater. Door het intensieve contact met de patiënt beschikt de spv over informatie die noodzakelijk is voor de behandeling. De geïnterviewde spv werkt 32 uur in de week en heeft ongeveer 65 cliënten. De psychiater heeft ongeveer 300 cliënten en werkt 16 uur in de week. De psychiater is voor deze gevalbeschrijving niet geïnterviewd, omdat deze geen recent contact meer met de patiënt had en de spv de drang heeft uitgevoerd. De psychiater heeft formeel het monopolie over het voorschrijven van medicatie, maar is hierbij afhankelijk van de informatie van de spv: de symptomen, de reactie op medicatie, enzovoorts. Daarnaast bezit de psychiater een andere wettelijke machtsbasis. Hij is wettelijk verantwoordelijk voor het behandelplan. Indien de noodzakelijke handelingen de grenzen van het behandelplan eventueel overschrijden, bijvoorbeeld in het geval van een crisis, overlegt de spv met de psychiater of de arts van de crisisdienst. De machtspositie van de psychiater wordt hiermee erkend en gereproduceerd. Maar de sleutelpositie van de spv heeft in de praktijk geleid tot een verenzelviging met de machtspositie van de psy-

chiater. Dit heeft ertoe geleid dat de spv de titel van behandelaar draagt (betekenisgeving).

*De wereld van begeleiding* De toegang tot de wereld van begeleiding is in handen van het behandelteam dat de patiënt aanmeldt. In de wereld van begeleiding is de patiënt gekoppeld aan een verpleegkundige. Begeleiding betekent patiënten begeleiden, ondersteunen en helpen bij het instandhouden of verbeteren van hun kwaliteit van leven op het gebied van zelfzorg, wonen, sociale contacten, arbeid/dagbesteding, financiën en behandeling (inname medicatie).

Wat betreft de normen: in de wereld van begeleiding wordt betrokkenheid bij het wel en wee van het dagelijks leven van de patiënt belangrijk gevonden. Deze betrokkenheid is een belangrijke drijfveer om te handelen. De spv maakt deel uit van de leefwereld van de patiënt.

Net zoals in de wereld van behandeling is er sprake van een machtsongelijkheid tussen hulpverlener en patiënt. Patiënten zijn afhankelijk van de diensten van begeleiders om zich staande te kunnen houden. Binnen de wereld van begeleiding zijn de handelingen echter niet strak georganiseerd, waardoor patiënten voor een deel het handelen van de verpleegkundige bepalen. Zo besteden de begeleiders de ochtend aan het afleggen van huisbezoeken en het regelen van zaken. De deur is dicht en patiënten kunnen alleen op afspraak binnenkomen. 's Middags staat de deur open en zijn patiënten vrij om naar binnen te lopen om koffie of thee te drinken, een praatje te maken, geld af te halen of om met begeleiders dingen door te spreken. Van tevoren is niet bekend hoeveel patiënten er komen, wie er komt en waarvoor men komt.

Zowel de wereld van behandeling als die van begeleiding kennen veel personele onrust. Het behandelteam is onderbezet. Begeleiders wisselen frequent van baan. Een aantal begeleiders volgt een vervolgopleiding met als doel als spv/behandelaar elders te gaan werken. De geïnterviewde

manager geeft aan dat het personeelsbeleid (werving, voorkoming burn-outsyndroom, bezetting) een voortdurend punt van aandacht is.

De splitsing van het zorgsysteem in behandeling en begeleiding betekent voor de toepassing van drang, dat deze plaatsvindt in de interactie-driehoek patiënt-behandelaar-begeleider.

## GEVALSBESCHRIJVING

Een Surinaams-Hindoestaanse 47-jarige vrouw lijdt aan schizofrenie en is regelmatig psychotisch, wat gepaard gaat met veel overlast in de directe woonomgeving, zelfverwaarlozing en schulden. Mevrouw vindt het belangrijk er goed uit te zien. Het feit dat ze dik wordt van de medicatie is een reden voor haar om medicatie te weigeren. Ze heeft volgens haar behandelaar wel het besef dat ze psychotisch kan worden als zij geen medicatie inneemt, maar laat dat vervolgens toch gebeuren. Haar huidige behandelaar behandelt haar nu 2,5 jaar. De maandelijks gesprekken gaan over dat wat mevrouw bezighoudt of moeilijk valt en over medicatie. Mevrouw gaat een paar keer per week naar de inloop van het begeleidingsteam voor sociale contacten. Haar vaste begeleider helpt haar met het financiële beheer en het invullen van allerlei formulieren.

Bij de overdracht 2,5 jaar geleden vernam de behandelaar dat bij mevrouw de volgende drangvariant wordt gebruikt: pas als mevrouw medicatie inneemt (penfluridol), krijgt ze de slaapmedicatie waar zij zelf om vraagt. De behandelaar handhaaft aanvankelijk dit beleid, maar ziet na terugkomst van haar zwangerschapsverlof hiervan af. Onder meer omdat de drangvariant weinig effectief blijkt te zijn: mevrouw is niet minder gaan vragen om slaapmedicatie. Bovendien hebben haar collega's bij haar afwezigheid de drang niet gecontinueerd, wat ze wijt aan gebrek aan aandacht en inzet. Tijdens het eerste interview doet de behandelaar verslag over de door haar ontwikkelde drangvariant.

## Episode 1

Om een opbloeiende psychose te herkennen, heeft de behandelaar samen met de begeleider intensief met mevrouw gesproken over mogelijke voortekenen, zoals het ‘rommelen’ met geld. De nieuwe drangvariant is: als mevrouw medicatie weigert tijdens een opbloeiende psychose, dan vraagt de behandelaar een rechterlijke machtiging (RM) aan. Alle informatie is gebundeld in het behandelplan (dit is geen zelfbindingsovereenkomst, want uitsluitend door de behandelaar geformuleerd), waarmee mevrouw akkoord gaat. De behandelaar is tot deze drang overgegaan ‘omdat ik het ook heel erg vond van wat zij allemaal vernietigde in die tijd wat zij allemaal op had gebouwd. Zo heb ik het ook met haar besproken. Van: het loopt steeds zo ver uit de hand en er wordt zoveel verlies geleden en dat vind ik heel erg voor je.’ Dit verlies heeft niet alleen te maken met een afbrokkelend sociaal netwerk: vrienden, burens, kinderen en kleinkind, maar ook met het verlies van eigenwaarde als gevolg van erotiserend gedrag tijdens de psychose. Haar begeleider verwoordt het als volgt: ‘vooral toen ze weer beter was en daarop terug keek. Toen gaf ze aan dat ze zich ontzettend schaamde over wat er gebeurd was, hoe de burens deden, het balkon eruit zag. Dat was erg traumatisch toch wel voor haar. (...) Het is vernederend ook, kan het zijn. En zo heeft zij het ook ervaren.’

Het doel van de nieuwe drang is te voorkomen dat de crisissituatie escaleert, zoals in het verleden is gebeurd ondanks de oude drangvariant. Andere alternatieven zijn er volgens de behandelaar niet. De drangvariant ‘als je de medicatie bij de behandelaar haalt, dan krijg je daarna geld van de begeleider’, die bij sommige andere patiënten van deze ggz-instelling wordt gebruikt, is in de ogen van deze geïnterviewde behandelaar niet toelaatbaar. De hulpverlening heeft niet het recht om zich het eigendom van een patiënt toe te eigenen. Bovendien is het de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt hoe hij met zijn geld omgaat. Als de patiënt schulden maakt,

dan is het de taak van de hulpverlener te werken aan inzicht in het hoe en waarom hiervan. Daarbij accepteert deze dat een patiënt soms in de goot terecht komt om pas dan tot het inzicht te geraken dat hij hulp nodig heeft.

*Analyse episode 1* De drang is ingebed in de wereld van behandeling, wat betreft zowel de nagestreefde doelen als de ingezette middelen. Het behandelplan is richtinggevend voor de handelingen van alle betrokkenen, ook van de begeleider (definitiemacht). De wereld van begeleiding heeft vooral een signalerende taak. Deze verhouding leidt evenwel niet tot spanning tussen beide werelden. Immers, het *normatief kader* om drang toe te passen wordt gedeeld, evenals de verdeling van verantwoordelijkheden: de medicatieverstrekking behoort tot het domein van de behandelaar en de sociale begeleiding tot die van de verpleegkundige.

Uit het verleden van mevrouw is bekend dat medicatie het meest doeltreffende therapeutische middel is om de psychose te bestrijden. Het bestrijden van de psychose is daarbij overigens niet het enige doel. De drang wordt daarnaast gelegitimeerd door verwijzing naar verlies van eigenwaarde en sociaal netwerk. Eigenwaarde en sociaal netwerk worden voor een deel als bepalend geacht voor de identiteit van de patiënt. Door de handelingsvrijheid van de patiënt te beperken, wordt getracht schade aan haar identiteit te voorkomen.

Voor de legitimatie van de drang is de instemming van de patiënt belangrijk. Zowel de behandelaar als de begeleider hechten hier grote waarde aan, omdat het de zelfbeschikking van de patiënt uitdrukt. Het bespreken van de drangvariant wordt beschouwd als een onderdeel van de behandelstrategie zelf. Daarmee wordt immers inzicht verschaft in het ziektebeeld. Dat betekent ook dat de drangvariant niet alleen onderdeel is van een bepaalde behandeling, maar ook deel uitmaakt van het proces van behandelen zelf.

Zowel bij deze drangvariant als bij de vorige zijn de middelen in handen van de wereld van

behandeling: medicatie en de RM-procedure. In dit geval wordt er dus niet gebruikgemaakt van middelen uit de wereld van begeleiding. Sommige behandelaars doen dit wel, wat uiteraard resulteert in andersoortige drangvarianten. Overigens is de behandelaar betrekkelijk autonoom in zijn keuze van handelingsstrategie.

In de volgende episode leidt de scheiding tussen behandeling en begeleiding echter tot spanningen.

### Episode 2

In de periode tussen de twee interviews overlapt de pleegmoeder van mevrouw. Op aandrang van haar familie is ze naar Suriname gevlogen. Daar is ze psychotisch geworden en heeft ze zichzelf opgesloten in een kamer. Bij terugkomst blijkt dat mevrouw zonder tegenwerking bereid is de medicatie in te nemen. De behandelaar interpreteert haar bereidheid als een effectief resultaat van de ingestelde drang. Volgens de begeleider daarentegen heeft de bereidheid van mevrouw te maken met de aard van de psychose. Mevrouw is weliswaar geagiteerd – ze gooit spullen door het raam naar buiten, maar niet manisch: ‘Ze was ontzettend verdrietig en misschien dat dat ook een andere toestand heeft gegeven dan de psychose daarvoor.’ Hoewel het behandelplan (en de drang daarin) een terugkerend gespreksonderwerp met mevrouw is, blijkt uit het interview met haar dat zij niet goed weet waarom zij penfluridol krijgt: ‘Ik weet niet, waarom krijg ik dat. Ik weet niet.’

Na haar psychose blijft mevrouw haar medicatie bij de RIAGG halen. Deze periode staat verder in het teken van het herstel van de geleden schade, in het bijzonder het contact met de kinderen. Voorafgaande aan de psychose van mevrouw was haar dochter bevallen van een kind. De kwetsbare band tussen moeder en dochter was hierdoor verstevigd. Tijdens haar psychose had zij de schoonfamilie van haar dochter zwart gemaakt, wat geleid had tot een tijdelijke breuk in de relatie met haar dochter. Volgens de begeleider praat ze hier met mevrouw wel eens over en ook over het

verdriet dat het haar doet. De behandelaar stelt zich hier terughoudend op en heeft het onderwerp laten rusten. Eenzelfde verschil in benadering is te zien bij het financiële beheer. De begeleider maakt zich zorgen over de besteding van het geld. De behandelaar niet, omdat alle vaste lasten automatisch door het begeleidingsteam worden betaald en het bestedingspatroon van het huishoudgeld de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt is. De begeleider vindt dat de behandelaar meer oog moet hebben voor de sociaal-maatschappelijke dimensies van het bestaan. De behandelaar is van mening dat de begeleider zich te verantwoordelijk voelt voor de patiënt. Hierover spreken ze elkaar regelmatig, waarbij de behandelaar de rol van supervisor inneemt. ‘Als ze het maar kan bespreken dan kan ze het weer even lossen. En dat we er dan ook weer afspraken over maken.’ Daar waar de behandelaar denkt dat alles is uitgesproken, blijft bij de begeleider een gevoel van ontevredenheid en miskennen bestaan. ‘Je wilt het niet tot een strijd laten komen, want dat is niet in het voordeel van de cliënt. (...) We willen ons in die zin ook niet laten provoceren tot, maar een paar dingen die wij belangrijk vinden die willen we wel graag doen voor mensen. Maar we zullen steviger moeten onderhandelen.’

*Analyse episode 2* Mevrouw laat zich niet duidelijk uit over de redenen waarom ze de medicatie inneemt. In het tweede interview vertelt ze niet dat ze naar Suriname is geweest en psychotisch is geworden. De drang en het behandelplan zijn na de tweede psychose in ieder geval niet gewijzigd. De behandelaar ziet een duidelijk verband tussen de medicatie-inname en het behandelplan met daarin de geformuleerde drang. Mevrouw lijkt zich routinematig te schikken aan de drangafpraak in het behandelplan.

De handelingen van de behandelaar zijn gericht op bestrijding van de psychose door middel van medicatie. Problemen op andere levensgebieden blijken een ondergeschikte rol te spelen in de professionele identiteitsopvatting van de behandelaar. Volgens de behandelaar

behoort het tot de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf om deze problemen op te lossen of om er hulp voor te vragen. De begeleider daarentegen lijkt ontvankelijker te zijn voor de andere, meer sociale problemen. Blijkbaar verwacht zij van zichzelf dat zij een daarin een verantwoordelijkheid draagt. Een actieve, betrokken benadering hoort bij goed hulpverlenerschap in de wereld van sociale begeleiding. De behandelaar keurt dit zoals gezegd af vanuit haar opvatting van goed hulpverlenerschap. Dit conflict rond goed hulpverlenerschap wordt door beiden gesignaleerd, maar de machtsbalans is in het voordeel van de behandelaar. Daardoor raken ook de betekenisgeving en de (professionele) normen van de begeleider ondergeschikt aan die van de behandelaar. Opvallend is dat een daadwerkelijke uitwisseling tussen behandelaar en begeleider over normen van goed hulpverlenerschap en betekenisgeving in de zorg voor mevrouw lijkt uit te blijven. Voor de 'lieve vrede' gaat de begeleider met de strategie van de behandelaar mee, maar het conflict blijft sluimerend aanwezig.

## CONCLUSIE

Met behulp van een gevalsbeschrijving is geprobeerd de invloed van het zorgsysteem op de toepassing van drang inzichtelijk te maken. Daarbij is gebruikgemaakt van de structuratietheorie van de socioloog Giddens.

Ten eerste blijkt dat het zorgsysteem uiteenvalt in meerdere subsystemen. Efficiëntie lijkt daarbij een belangrijke beweegreden te zijn voor deze splitsing van het zorgsysteem. Een sociaal-psychiatrische verpleegkundige kan efficiënter werken als deze gevrijwaard wordt van regelzaken die veel tijd kosten. Het is bedrijfseconomischer deze regelzaken te laten verrichten door minder gekwalificeerd en goedkoper personeel. Dezelfde argumenten gelden voor de taakverdeling tussen spv en psychiater. Een dergelijke arbeidsdeling is niet uniek en komt in veel geestelijke gezondheidszorginstellingen voor. De arbeidsdeling heeft echter allerlei onbedoelde

neveneffecten. Een van de belangrijkste neveneffecten is dat de spv terecht komt in de positie van behandelaar. De spv krijgt hierdoor handelingen en bijbehorende verantwoordelijkheden toebedeeld waarvoor ze wettelijk niet bekwaam is en die ze alleen onder supervisie van een arts zou mogen verrichten. Het tekort aan artsen en psychiaters in de geestelijke gezondheidszorg is echter zo nijpend dat deze supervisie niet kan worden waargemaakt.

Het dominante subsysteem, de behandelaren, is ontvankelijk voor zorgbehoeften die direct voortvloeien uit de psychiatrische stoornis. Chronisch psychiatrische patiënten hebben op meerdere levensgebieden zorgbehoeften. Om in de zorgbehoeften op de andere levensgebieden te voorzien is het begeleidingsteam in het leven geroepen: de verzorgende component van het zorgsysteem. De subsystemen hanteren verschillende normatieve kaders voor goed hulpverlenerschap en de machtsbalans is niet in evenwicht. Het ontbreekt het begeleidingsteam aan zelfbewustzijn om in dialoog te treden met de behandelaren. De behandelaren reflecteren wel op hun handelingen, maar niet op hun machtspositie. Bijgevolg vindt er geen daadwerkelijke uitwisseling plaats tussen behandelaren en begeleiders over normen en betekenisgeving. De botsende perspectieven van goed hulpverlenerschap worden dan ook niet nader geëxploreerd. Het gevoerde discours is eerder een monoloog van het machtigste subsysteem. Hierdoor wordt het gevoelde, maar niet uitgesproken conflict onbewust en onbedoeld gereproduceerd.

De gebrekkige reflectie op de machtspositie heeft ook een beperkte responsiviteit op de zorgbehoeften van de patiënt tot gevolg. De aandacht gaat hoofdzakelijk uit naar zorgbehoeften die rechtstreeks voortvloeien uit de psychiatrische stoornis. Andere zorgbehoeften zijn hieraan ondergeschikt. Het zorgsysteem loopt hiermee het risico dat de patiënt zich niet geholpen voelt. Sommigen trekken zich terug en worden zorgmijders. Voor het zorgsysteem is dit aanleiding om actiever te handelen, inclusief het toepassen

van drang. Zo moet mevrouw in de tweede episode 'extra' worden gemotiveerd voor de inname van de medicatie. De reproductie van drang is daarmee het onbedoelde gevolg van de beperkte responsiviteit van het zorgsysteem.

Bovenstaande gevalsbeschrijving geeft de vervlechting tussen de drang en het zorgproces duidelijk weer. Met behulp van de structuratie-theorie van Giddens is de invloed van de context als systeem geïllustreerd. Daarbij is gebleken dat de machtspositie van de behandelaar de betekenisgeving en normering van de actoren in het systeem beïnvloedt en daarmee een stempel drukt op de invulling van goed hulpverlenerschap en de legitimering van drang daarbinnen. De machtspositie van deze professional is geen verworvenheid van het individu, maar hoort bij de karakteristieken van het zorgsysteem. Dit systeem wordt op zijn beurt beïnvloed door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen, zoals schaarste op de arbeidsmarkt, de roep om meer veiligheid en overlastbestrijding en kostenbeheersing. Buiten en binnen het zorgsysteem worden er dus allerlei normatieve keuzes gemaakt, die doorwerken op het primaire zorgproces.

Deze sociologische analyse van drang heeft consequenties voor de ethische beoordeling van drang. Veel ethische beoordelingen richten zich op drang als een geïsoleerde handeling waarvan de ethische aanvaardbaarheid moet worden vastgesteld. In veel gevallen wordt het vraagstuk in de vorm gegoten van een conflict tussen twee principes, namelijk die van weldoen enerzijds en respect voor de autonomie anderzijds (Verkerk 2001). Met een dergelijke perceptie van het morele probleem worden de sociale en institutionele contexten die medebepalend zijn voor het vraagstuk onderbelicht: wie brengt welke morele overtuigingen naar voren en welke invloed hebben deze op het vraagstuk? Maar ook: welke machtsverhoudingen maken dat de visies van sommige hulpverleners doorslaggevend zijn en andere slechts een marginale plek innemen? Een sociologische inbedding van morele problemen toont

dat deze laatste altijd contextueel en sociaal ingebed zijn. Morele vragen komen niet uit de lucht vallen, maar zijn altijd van iemand die op zijn beurt een bepaalde plek inneemt in de sociale werkelijkheid die vaak door machtsverhoudingen is gekleurd.

Wat goede zorg is, inclusief het gebruik van bepaalde drangvarianten, is niet op voorhand te zeggen, maar goede zorg is het resultaat van een proces van beraadslaging en onderhandeling tussen de verschillende betrokkenen die op hun beurt onderscheiden (machts)posities in de praktijk innemen. Van een dergelijke beraadslaging mag verwacht worden dat betrokkenen een gelijkwaardige positie innemen en dat betrokkenen ook reflecteren op hun onderlinge posities daarin. De spv in de gevalsbeschrijving leek dat niet te doen en was zich bijgevolg ook niet bewust van haar dominante positie. Een daadwerkelijke uitwisseling over normen en betekenisgeving bleef daardoor ook uit.

Zorgethiek is een van de theoretische benaderingen die het sociale karakter van ethiek serieus nemen. De politicologe Joan Tronto omschrijft goede zorg als een praktijk waarin op aandachtige, verantwoordelijke, competente en responsieve wijze zorg wordt gegeven en ontvangen. Bestaande zorgpraktijken kenmerken zich ook volgens haar door ongelijkheden in macht en verantwoordelijkheid. In plaats van het wegpoetsen van die botsingen vooraf is het noodzakelijk om dit inherent conflictueuze karakter van zorg als startpunt van een ethische analyse te kiezen (Tronto 1993). Het verdient daarom de voorkeur om gebruik te maken van zorgethische inzichten wanneer het gaat om de morele rechtvaardiging van handelingen zoals die van drang in de geestelijke gezondheidszorg (Verkerk 1999; Verkerk 2001).



## 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., Elfahmi, D., Goldsteen M., e.a. (2001). *Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie*. Utrecht/Maastricht: GGZ Nederland.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Berkeley: University of California Press.
- Henselmans, H. (1993). *Bemoezorg. Ongevraagde hulp voor psychotische patiënten*. Delft: Eburon.
- Parsons, T. (1960). *Structure and process in modern societies*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Pols, J. (2000). Macht en dwang in psychiatrische hulpverlening. In J. Graste & D. Bauduin (Red.), *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg* (pp. 130-148). Assen: Van Gorcum.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (1997). *Beter (z)onder dwang?*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Romme, M. (1999). THEORIE - Psychose: bron van kennis. *Deviant. Tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij*, 6, 24-27.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries. A political argument for an ethics of care*. London: Routledge.
- Verkerk, M.A. (1999). A care perspective on coercion and autonomy. *Bioethics*, 13, 358-368.
- Verkerk, M.A. (2001). Over drang als goed zorgen: een zorgethische benadering. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 11, 101-106.

## AUTEURS

M.A. VERKERK is filosoof en als hoogleraar Zorgethiek verbonden aan de faculteit der Medische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.

L. POLSTRA is andragoog en werkzaam als Hoofd Bureau Onderzoek bij de Gemeente Groningen.

M. DE JONGE is stafmedewerker Empowerment bij de GGZ Groningen.

Correspondentieadres: prof.dr. M.A. Verkerk, Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit der Medische Wetenschappen, GZW/Metamedica, Postbus 196, 9700 AD Groningen. Telefoon: (050)3637425, fax: (050)3633059.

E-mail: m.a.verkerk@med.rug.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-6-2003.

## SUMMARY

Coercion in health care – M.A. Verkerk, L. Polstra, M. de Jonge –

*The use of various forms of coercion within the care system for chronic psychiatric patients requires ethical justification. A case analysis is performed with the help of Giddens' structuring theory. The analysis shows that the structure of the psychiatric health system is determined by the given significance by the system and by the norms and power relations. Coercive measures are also moulded by these structural factors. The analysis shows that the way in which coercion is exercised and is further deployed, is embedded in the care process. The care process in its turn bears the normative characteristics of the care system in which care is given. One needs to take full account of the content and structure of the care system before making an ethical judgement about the use of coercion.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45(2003)9, 539-548]

**KEY WORDS** ethics of care, Giddens, psychiatrie care