

De-escalerende aanpak van conflicten en agressie

1.1 Inleiding

Het zal de lezer al snel duidelijk zijn dat een schriftelijke cursus omgaan met agressie niet mogelijk is en in ieder geval nooit afdoende is. Communicatie moet je in de praktijk oefenen en dus ook deze bijzondere vaardigheid tot het opereren in lastige situaties. We geven hier de kennis die ten grondslag ligt aan een dergelijke training.

In de praktijk moet men er rekening mee houden dat in de zogeheten triggerfase bij menig patiënt veel oud zeer naar boven kan komen dat, wanneer het genegeerd wordt, als olie op het vuur fungeert. Dat kunnen slechte ervaringen met de gezondheidszorg in het algemeen zijn, maar ook niet-uitgesproken kritiek op deze dokter of deze praktijk in het bijzonder. Jaren geleden werd een diagnose gemist of werd een kwetsende opmerking gemaakt. Het ongenoegen in deze situatie is dan de druppel die de emmer doet overlopen.

1.2 Fasen in de escalatiecyclus

Agressie is er niet zomaar plotseling; men kan het zien aankomen als men er attent op is. Er is sprake van een cyclus (Kaplan & Wheeler onderzochten en beschreven een dergelijke cyclus, die ik ontleen aan Blijd), met de volgende fasen: een triggerfase met oplopende irritatie en agitatie, daarna een escalatiefase met verbale en fysieke dreiging, pas dan en daarna een crisisfase met het feitelijk fysiek gewelddadig gedrag, met het toebrengen van letsel, het aanrichten van schade en vernieling. Daarna kan men een herstelfase herkennen, met afnemende spanning en 'genoegdoening'; de rust keert terug. Niet van belang ontbloot is het herkennen en benoemen van de postcrisisdepressiefase, die hier nog op volgt en waarbij de betrokkene - de agressor dus - in de put raakt en zich schuldig voelt over het aangerichte leed. In die fase kan de frustratie over dat schuldgevoel een trigger zijn voor een volgende 'ronde' van gewelddadigheid.

Wanneer men slachtoffers en omstanders bevrageet over het gebeurde, wordt in eerste instantie - uiteraard - altijd grote nadruk gelegd op het agressieve incident zelf, de crisisfase, en heeft men moeite de voorafgaande trigger- en escalatiefase te herkennen en adequaat te benoemen. In de crisisfase kan men niet anders dan vluchten, schuilen, zich te weer stellen, de schade beperken en proberen erger te voorkomen. De eerdere fasen geven echter gelegenheid de uitbarsting te voorkomen. Men moet dan wel leren deze fasen te herkennen en leren wat in die situatie te doen. Ook het herkennen van de postcrisisfase, die nogal eens totaal onverwacht komt en zeer dramatisch verloopt, is van groot belang.

1.3 Zelf oefenen

Uiteraard vormt dit boek geen kant-en-klare training. Lezing alleen is zeker niet voldoende om in alle moeilijke omstandigheden met lastige, irritante, dreigende of gewelddadige patiënten uit de voeten te kunnen. Het geleerde moet geoefend worden: gewone gesprekstechniek en consultvoering maar ook onderhandelingstactiek en -strategieën in lastige en bijzondere situaties. Men kan in de praktijk oefenen (in vivo), maar soms is het nuttig nieuwe interventies met een simulatiepatiënt en een ervaren begeleider in een training te oefenen (in vitro). De hulpverlener moet leren ontdekken waar zijn zwakke en sterke kanten in deze materie liggen en dat is veiliger in een laboratoriumsituatie dan in 'het diepe'. Daarna is al het geleerde uiteraard nog geen absolute garantie dat men te allen tijde ellende kan voorkomen.

1.4 Agressie herkennen

Boos worden over iets is een normale emotionele reactie en moet als zodanig niet als agressie benoemd worden. Het is niet ongezond en strafbaar; hoogstens lastig of taboe. Als heftige boosheid op een bepaalde persoon gericht wordt, kan het wel grensoverschrijdend zijn en als verbale agressie ervaren worden. Een eerste algemene vraag is: wat benoem je als agressie? Mensen kunnen aan de balie irritant gedrag vertonen, zeuren en drammen, omdat ze een afspraak willen of direct geholpen willen worden, terwijl de agenda van de dokter simpelweg al vol is en ze pas over dagen of zelfs weken aan de beurt zijn. Dat gedrag kan als irritant ervaren worden, maar zal door sommigen al snel agressief genoemd worden.

Anderen zullen pas van agressie spreken als er gescholden of bedreigd wordt, wanneer er geen sprake meer is van een redelijk gesprek of

zakelijke onderhandeling, maar er rechtstreeks op de persoon gespeeld wordt. Verbale agressie, die gepaard kan gaan met chantage en intimidatie ('Als je niet ..., dan ...'). Dreigende taal die geweld kan aankondigen. En dat geweld kan op lijf of goed gericht zijn. Er wordt met spullen gesmeten, inventaris vernield of er wordt fysiek geweld tegen de persoon zelf gebruikt, er vallen klappen, er wordt gestompt, geslagen en mishandeld.

In de ernstigste gevallen wordt daarbij met wapens bedreigd, met een mes of pistool, of die worden zelfs daadwerkelijk gebruikt. Dat is - laten we de realiteit en de reële mogelijkheden niet uit het oog verliezen - uitzonderlijk en zeer zeldzaam. Maar het is mogelijk en soms gebeurt het ook. Er is de afgelopen jaren in Nederland een aantal artsen in of als gevolg van hun beroepsuitoefening vermoord.

1.5 Agressie als maatschappelijk verschijnsel

Hoewel er de afgelopen jaren steeds meer geschreven wordt over agressie en het steeds vaker een onderwerp in de krant is, is het de vraag of geweld in de gewone omgang tussen mensen - los van criminële confrontaties - ook werkelijk meer voorkomt. In ieder geval is het nog maar de vraag of geweld toenemend voorkomt in de gezondheidszorg. Patiënten en hun naasten die mondiger, kritischer en assertiever worden, meer op hun strepen staan, meer eisen en meer klagen over de behandeling, zijn niet vanzelfsprekend ook agressieve patiënten. Het is voor de beeldvorming en juiste inschatting van groot belang dit fenomeen in zijn proporties te zien.

Agressieve uitingen tegen ambulancepersoneel, ziekenhuispersoneel, brandweerlieden en buschauffeurs hebben ertoe geleid dat het mogelijk is om anoniem aangifte te doen. Deze maatregel bleek nodig nadat bekend werd dat vele hulpverleners geen aangifte durfden te doen nadat ze bedreigd waren uit angst voor wraak van de agressor.

Misverstanden en als irritant ervaren lastig gedrag zullen dagelijks voorkomen, bij de ene hulpverlener vaker dan bij de andere, want het is sterk afhankelijk van de eigen sensitiviteit voor het fenomeen. Uit verschillende onderzoeken blijkt echte agressie met gewelddadigheid gemiddeld eens per twee tot drie jaar voor te komen. Vrijwel iedere arts of hulpverlener is in een tiental jaren praktijkervaring wel eens geconfronteerd met een vervelend en traumatiserend incident.

Sommige mensen menen steeds dat hen onrecht wordt aangedaan en beklagen zich over dat vermeende onrecht. Zij worden als querulanten beschouwd. Toch opgepast: klagen moet niet te snel als queruleren betiteld worden. Zeer redelijke vragen, gezien vanuit het gezichtspunt

van de patiënt, kunnen vanuit het standpunt van de hulpverlener onredelijk lijken, omdat ze de zwakke punten van de gezondheidszorg en het eigen functioneren blootleggen. Wederzijdse verwachtingen zijn dikwijls volkomen irreal. De patiënt verwacht vaak veel te veel van de dokter, heeft een magisch beeld van de vermogens van de dokter, en de dokter verwacht meestal een veel te redelijk of timide en coöperatief gedrag van de patiënt.

1.6 Zelfbehoud en geweldloosheid

Dit boek is gebaseerd op zelfbehoud van de arts en de assistente. Bij zelfbehoud draait het om het in stand houden van de eigen waardigheid op het moment dat een ander deze probeert aan te tasten of onderuit te halen. De aanname is dat arts en assistente de intentie hebben een netelige kwestie, een bedreigende of agressief-gewelddadige situatie zo geweldloos mogelijk op te lossen. Dat betekent dat zij weerbaar moeten zijn. De essentie van geweldloos weerbaar zijn is: door houding en dialoog streven naar een win-winsituatie. Dus zich inzetten voor een zo goed mogelijk herstel van het contact met de patiënt of andere betrokkenen.

Geweldloos weerbaar zijn is een activiteit waarbij de eigen agressie als bron van levensenergie positief en creatief gebruikt wordt. Vanuit die invalshoek worden tips en handvatten aangereikt. Wij menen dat er niet zozeer een tegenstelling bestaat tussen een harde en een zachte aanpak, maar dat het zaak is helder, open en doorzichtig, consequent en consistent op te treden. We menen ook dat het geen kwestie is van goed of fout, maar van het ontwikkelen van tactische alternatieven die in bepaalde situaties en bij bepaalde personen handig en verstandig zijn. (Het onderwerp zelfbehoud en zelfverdediging komt in hoofdstuk 12 aan de orde.)

1.7 Basisregels bij dreigend of agressief gedrag

- Raak een boos of agressief iemand niet aan, ook al is het goed en geruststellend bedoeld. Wees alert bij medisch noodzakelijke aanraking; dit kan als bedreigend en agressief ervaren worden.
- Voorkom discussie met niet ter zake doende argumenten, wat een conflict laat escaleren. Houd vast aan je doel en taak.
- Ga niet vragen of smeken om begrip voor de eigen situatie, werkdruk, enzovoort. Een boze patiënt vindt zijn eigen situatie hoe dan ook belangrijker.

- Luister, geef aandacht en ga niet onmiddellijk in op de toon van het gesprek. Een boos of agressief iemand wil gehoord worden en voelt zich meestal machteloos en onmachtig.
- Schep duidelijkheid over de situatie door korte en bondige informatie (ook als je iets niet weet), door te vertellen wat je gaat doen en aandacht te hebben voor wat voor de patiënt belangrijk is. Voorkom een machtsstrijd.
- Als de patiënt bozer wordt en heftiger gaat spreken en gebaren, blijf je zelf op een rustige en zachte toon spreken.
- Houd leiding en regie over eigen gedachten en gevoelens en over de situatie. Reageer niet direct en impulsief maar neem de tijd. Zwijgen is een krachtige interventie in de-escalatie van een conflict.
- Gebruik heldere en eenvoudige ik-boodschappen (zoals: 'Ik vind ...', 'Ik wil ...', 'Ik denk ...', of: 'Vanuit mijn gezichtspunt ...').
- Onderbreek confronterend oogcontact als de situatie escaleert en kijk bijvoorbeeld even naar de kleding of oorlel van de patiënt.
- Beëindig een vervelend contact zo goed en klantvriendelijk mogelijk om nare spanning en vervelende beeldvorming voor volgende consulten over en weer te reduceren of voorkomen.
- Behoud of herstel je waardigheid als hulpverlener.