

## 30. Samen Beslissen, van wet naar praktijk

George Westermann

Belang en noodzaak van gedeelde besluitvorming – tegenwoordig Samen Beslissen genoemd – staan niet meer ter discussie. Rapporten van de Patiëntenfederatie Nederland en De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, het visiedocument van de Federatie Medische Specialisten en het Hoofdlijnenakkoord zijn hier ondubbelzinnig over.

Sinds 1 januari 2020 is Samen Beslissen ook wettelijk steviger verankerd in de gewijzigde WGBO. Het traditionele medische model acht de wetgever niet meer passend. Samen Beslissen is méér dan alleen de patiënt goed informeren over een geschikte keuze. *Shared decision making* beweegt zich tussen twee uitersten, die niet meer van deze tijd worden geacht. Aan de ene kant ‘doctor knows best’, het traditionele medisch model, en aan de andere kant ‘informed choice’, waarbij de patiënt volgens het principe ‘u vraagt, wij draaien’ geheel zelf uit aangeboden opties kiest. Professional en patiënt dienen voortaan doorlopend te overleggen over te nemen beslissingen in het zorgproces. Hulpverlener en patiënt zijn in dit relatiemodel elkaars gesprekspartner.<sup>1</sup> Het overleg moet plaatsvinden ongeacht de zwaarte van de interventie. De wetgever wil met de wetswijziging bereiken dat de patiënt door overleg meer weloverwogen al dan niet toestemming verleent voor een verrichting. Samen Beslissen beoogt het wederzijdse vertrouwen tussen hulpverlener en patiënt en de therapietrouw van de patiënt te bevorderen. De informatieplicht van de hulpverlener, zoals vastgelegd in art. 7: 448 BW is in lid 3 specifiek als aangevuld:

*‘De hulpverlener stelt zich tijdens het overleg op de hoogte van de situatie en behoeften van de patiënt, nodigt de patiënt uit om vragen te stellen en verstrekt desgevraagd schriftelijk of elektronisch informatie over het in lid 2 bepaalde.’*

En ook in de Wet verplichte ggz klinkt deze ontwikkeling duidelijk door. Het ministerie van VWS vat het als volgt samen:

*‘De patiënt houdt zo veel mogelijk de eigen regie tijdens de hele periode van verplichte zorg, bijvoorbeeld met een eigen plan van aanpak, een zorgkaart of een zelfbindingsverklaring. Hulpverleners moeten regelmatig met de patiënt overleggen en de zorg samen evalueren.’ En: ‘Patiënten hebben recht op uitleg in begrijpelijke taal. Zo nodig is een tolk beschikbaar op de hoorzitting. Een patiëntenvertrouwenspersoon kan advies en bijstand geven en samen met de patiënt opkomen voor zijn of haar rechten.’ ‘Tijdens de verplichte zorg moet de patiënt waar mogelijk mee kunnen blijven doen in de maatschappij of alvast voorbereid worden om na de behandeling weer een maatschappelijk leven op te bouwen. In de wet heet dit: deelname aan het maatschappelijk leven bevorderen.’ ‘Familieleden en andere directe naasten van de patiënt worden zo veel mogelijk betrokken in de voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van verplichte zorg.’ ‘Familielid en andere directe naasten van patiënten die verplichte zorg ontvangen.’<sup>2</sup>*

Kortom, tijdige en duidelijke communicatie, eigen regie, positieversterking, actieve participatie van betrokkene en context worden in deze wetten essentieel geacht voor goede vrijwillige en verplichte zorg.

### Van wat naar hoe

Wat vereist wordt, mag duidelijk zijn; hoe dit is te realiseren, is minder evident, zeker als ver-

1 G. Elwyn e.a. ‘Shared decision making: a model for clinical practice’, *J Gen Intern Med*, 27, 1361-7, 2012.

2 Bron: <https://www.dwangindezorg.nl/wvggz>

plichte vormen van zorg aan de orde zijn. In deze bijdrage beschrijf ik handvatten om het proces van Samen Beslissen te ondersteunen aan de hand van een in de praktijk van de jeugd-ggz ontwikkelde en wetenschappelijk getoetste methodiek, het Dialoogmodel.<sup>3</sup> In dit werkveld is al jarenlang ervaring opgedaan met dit model, ook in het verplichte kader. Zo ervoeren participanten bijvoorbeeld tijdens Bopz-zittingen deze methodiek als waardevol om op constructieve, neutrale wijze visies en informatie te delen en op basis daarvan beslissingen te nemen.

Allereerst licht ik de kernaspecten van het Dialoogmodel, die het proces van Samen Beslissen ondersteunen, beknopt toe. Vervolgens bespreek ik hoe het model bij een tweetal veelvoorkomende casus kan helpen bij de uitvoering van Samen Beslissen, mede in het licht van de nieuwe wettelijke vereisten. Ik sluit vervolgens af met enkele reflecties.

### Het Dialoogmodel

Het Dialoogmodel kent de volgende elementen:

- Een denkkader dat begrijpelijk maakt hoe en met welke betekenisverlening wij als mensen functioneren.
- Een gevisualiseerde dialoog in gewone taal om zoveel mogelijk consensus te realiseren over wat speelt en wat nodig en mogelijk is.

De methodiek ondersteunt onderlinge afstemming, besluitvorming en samenwerking. Het beoogt een zo veel mogelijk gedeelde visie te bevorderen op wat speelt en nodig is en daarmee de effectiviteit en efficiëntie van zorg te verhogen.

3 G.M.A. Westermann e.a. 'Structured shared decision-making using dialogue and visualization: A randomized controlled trial', *Patient Educ Couns*, 90, p. 74-81, 2013; dialoogmodel.nl.

### Het denkkader

Hoe het met iemand gaat, hoe dat in concreet gedrag tot uitdrukking komt, heeft te maken met hoe deze persoon en zijn omgeving op elkaar reageren. Hoe het op persoonlijk vlak lichamelijke gaat, hoe de manier van omgang met zichzelf en anderen te typeren is, welke emoties en gedachten spelen. Samen met de hulpverlener gaat de persoon na waar het evenwicht of de samenhang tussen deze elementen onvoldoende is en waar ontregeling speelt. En vooral ook: welke mogelijkheden wél aanwezig zijn en bij wie. Via dit overzicht ontstaat een overkoepelend beeld over helpende en hinderende aspecten van de persoon zelf en diens omgeving. De regelmetafoor wordt in de paragraaf 'visualisatie' nader toegelicht.

De persoonlijke kenmerken noemen we de binnenkant van iemand. Wij kunnen niet in iemands hoofd kijken, we maken er een voorstelling van. Wat wij daadwerkelijk zien, is iemands gedrag, de buitenkant. Er is een continue wisselwerking op gedragsniveau tussen een persoon en diens omgeving. Uiteraard is er ook verband tussen binnen- en buitenkant, soms heel duidelijk, soms ook niet. Zo kan de buitenkant iets heel anders laten zien dan wat binnenin plaatsvindt, zoals in de casuïstiek naar voren zal komen.

### De dialoog

Als iemand zorg behoeft, willen we zicht krijgen op bovengenoemde aspecten en willen we vooral dat de persoon zelf daar ook zicht op krijgt. Dat lukt het best door met alle betrokkenen de dialoog aan te gaan. Professionele en persoonlijke expertise krijgen zo ruim baan. In de somatische zorg kunnen we als patiënt bloedonderzoek bijvoorbeeld passief ondergaan. In de ggz is actieve inbreng van de te onderzoeken personen cruciaal. Eigen input, meedenken, mee richting geven, is noodzakelijk om bruikbare informatie te vergaren om op basis daarvan beter passende, meer waardevolle trajecten uit te stippelen. De professional is

primair aan zet om een veilige context te creëren, waarbinnen de ander zich kan toevertrouwen en kan openstellen. Echt goed luisteren, open staan voor ieders verhaal en gebruik van taal die aansluit bij de belevingen en het bevattingvermogen van de betrokkenen maakt een wederkerig gesprek mogelijk (wat ook juridisch wordt vereist). Bij minderjarigen, minderbegeefde en wilsonbekwame personen moeten vertegenwoordigers en ondersteuners bij de dialoog worden betrokken. Dit vraagt om subtiel samenspel omdat visies en verwachtingen onderling kunnen verschillen. Het gebruik van de juiste woorden luistert dan nauw. Het gesprek zal vooral verbindend, waarderend en erkennend van aard moeten zijn. Het gevoel begrepen en serieus genomen te worden, is essentieel om voldoende vertrouwen op te bouwen. Het hierna te bespreken visualisatiehulpmiddel fungeert als een katalyserend intermediair bij dit proces. Het verduidelijkt en koppelt de diverse invalshoeken. Beelden zeggen nu eenmaal meer dan duizend woorden. De tekening krijgt persoonlijke betekenis en daarmee zeggingskracht.

Helemaal gelijkwaardig zal een zorgrelatie niet zijn. Er is altijd in zekere zin sprake van afhankelijkheid van de professionals en men verwacht dat die de expertise meebrengen die men zelf ontbeert. Toch moeten we niet vergeten dat professionals andersom ook afhankelijk zijn van hulpbehoevenden om effectief te kunnen handelen. Mensen volgen niet zomaar uitstekende adviezen op. Er zal voldoende hoop en vertrouwen moeten worden gegenereerd om acceptatie te bevorderen. Niet de feitelijke informatie maar juist emotionele (hoop) en relationele (vertrouwen) componenten zijn doorslaggevend voor effectieve samenwerking en besluitvorming. Hier geldt de wet van Maier<sup>4</sup>:  $EB = K \& A$  (Effectief Besluit = Kwaliteit x Acceptatie). Als de lijdenslast kan worden verminderd en er aan de persoonlijke waarden van

de betrokkene wordt tegemoetgekomen, zal deze voorstellen eerder aanvaarden en hebben interventies de meeste kans van slagen.

### *Crisis*

Er kunnen situaties zijn waarin een persoon zo ernstig ontregeld en/of gevaarlijk is, dat gezamenlijk de situatie inventariseren en analyseren via dit denkkader niet mogelijk is. Eerst moet dan de crisis worden bezworen. In gesprek met naastbetrokkenen kan het denkkader worden gebruikt om na te gaan hoe de actuele situatie het best kan worden begrepen en of die naastbetrokkenen mogelijk tijdelijk voor een deel kunnen mee-regelen. Zij zijn het best bekend met de eigen behoeften en voorkeuren van de persoon, al kunnen hun belangen verschillen. De neutrale regelmetafoor van het model maakt het mogelijk om zowel de privacy te respecteren als zo concreet mogelijk met elkaar afwegingen te maken over wat al dan niet haalbaar is. Zo helpt het denkkader professionals bij het inschatten om welk regeltekort het waarschijnlijk gaat en zo nodig bij het op grond van die analyse de minst ingrijpende vorm van verplichte zorg te indiceren. Zodra sprake is van voldoende stabilisatie zullen zij uiteraard ook met de persoon in kwestie zelf de dialoog aangaan.

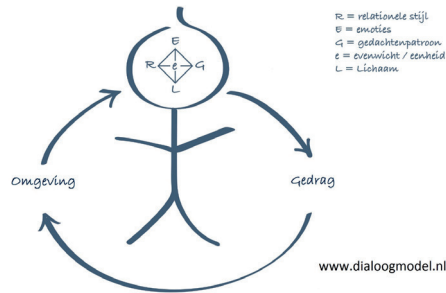
Bij aanhoudende of zich herhalende crises zijn meestal meerdere actoren uit diverse werkvelden betrokken, zoals de politie, gemeenteambtenaren, medewerkers van het openbaar ministerie en de rechtbank, advocaten of bijvoorbeeld woningcoöperaties. Iedereen heeft eigen denkkaders, hanteert een eigen taal en heeft andere opdrachten en doelstellingen. Wij stellen dat juist in dit soort situaties het Dialoogmodel als overkoepelend meta-model een verbindende functie kan vervullen. Om een beeldspraak te gebruiken: ieder kijkt naar de situatie door zijn eigen bril. De een heeft een behandelbril op, de ander een veiligheidsbril, een volgende vooral de openbare-ordebril, de persoon zelf zijn persoonlijke bril enzovoorts. Beseffen en het

<sup>4</sup> N.R.F. Maier, *Problem-solving discussions and conferences*, New York, McGraw Hill, 1963.

accepteren dat er verschillende perspectieven zijn, ieder met eigen waarden, helpt op zichzelf al. Elkaars brillen opzetten is ongebruikelijk en levert waarschijnlijk eerder een wazig dan een beter zicht op. Om goed te kunnen afstemmen en samenwerken, is het meer aangewezen om na te gaan waar visies overlappen en waar niet of waar ze elkaar aanvullen – om het beeld completer maken. Het neutrale Dialoogmodelkader is als een montuur waarin alle verschillende lenzen passen. Met het Dialoogmodel ligt de focus niet enkel op wat er niet goed gaat maar ook expliciet op wat wij de ‘helpende kanten’ noemen. Bijvoorbeeld wat voor iemand betekenisvol is en wat iemands kwaliteiten, capaciteiten, hulpbronnen zijn, enzovoort. Die zijn minstens zo belangrijk als de hinderende kanten, waar traditioneel altijd al aandacht voor was, zoals aandoeningen, beperkingen en kwetsbaarheden. Deze benadering wordt tegenwoordig ook wel ‘positieve gezondheid’ genoemd.

#### Visualisatie

Als in dialoog persoonlijke, breed geschakeerde verhalen aan bod zijn gekomen en parallel daaraan professionals hun eigen visie hebben gevormd, maken wij expliciet de stap naar ‘Samen Begrijpen’ van de situatie van alle betrokkenen. We gebruiken een eenvoudig plaatje (zie figuur 1) om de essentie van deze informatie in steekwoorden samen te brengen. We streven er hierbij naar een gedeeld beeld, een gedeeld verhaal te co-creëren. Het helpt enorm om de eigen, vaak stressvolle, complexe omstandigheden letterlijk met wat afstand, overzichtelijk en meer in samenhang, samen te bekijken en beter te begrijpen. De hiermee verkregen situatieschets in taal, die voor betrokkenen en naasten recht doet aan zowel de beperkingen als de mogelijkheden van hun persoonlijke situatie, biedt meer kansen om met elkaar tot een vergelijk te komen. Overeenstemming over wat aan de hand is en wie op welke wijze kan bijdrage aan stabilisatie, verandering, herstel of genezing.



Figuur 1: visualisatiehulpmiddel Dialoogmodel

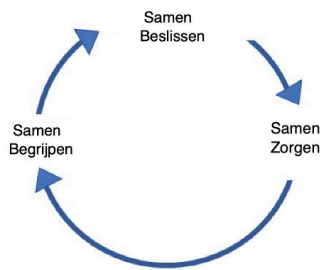
Ik licht het plaatje toe. De eerdergenoemde vier elementen van ons als persoon komen als volgt terug: L staat voor lichaam, E voor emotie en stemming, G voor gedachtenpatroon (zoals intelligentie, leervermogen, allerlei cognities en taal) en R voor relationele stijl (de gangbare manier van contact leggen en onderhouden). Tussen deze letters zijn lijntjes getrokken, die de onderlinge verbondenheid symboliseren met een kleine letter 'e' in het midden. Die 'e' staat voor 'eenheid' en voor 'evenwicht'. Zoals gezegd, als iemand goed functioneert, is er sprake van voldoende evenwichtige eenheid. In de casusbeschrijvingen komen meer problematische voorbeelden aan bod. De letters samen vormen als ezelsbruggetje het acroniem 'REGeL'. We regelen ons gedrag en ons zelf via de combinatie van deze vier elementen in samenwerking met onze context. We hebben het met de mensen over wat zij wel of niet voldoende krijgen geregeld, waar eventueel sprake is van ontregeling, in hunzelf en tussen hen en de omgeving.

In het plaatje symboliseert de cirkel de samenwerking op gedragsniveau. Bepalende leefomstandigheden en ingrijpende gebeurtenissen, die een rol spelen als omgevingsfactor met invloed in het hier en nu, worden links van de cirkel vermeld.

*Zorg regelen*

Als we het voldoende eens zijn over de regel(on) mogelijkheden en wat helpende en hinderende gedragspatronen zijn, dan kunnen we nagaan welke aanpassingen bij de persoon zelf en in de omgeving nodig zijn om weer meer in evenwicht te komen en hoe we dat samen weer voldoende goed geregeld krijgen. In (dreigende) crisissituaties kan een dwingend regelend kader, zoals gezegd, tijdelijk nodig zijn om eerst weer enig evenwicht te creëren. Steeds blijft het de moeite waard om te proberen de dialoog op gang te brengen.

De fase ‘Samen Begrijpen’, gaat dus vooraf aan ‘Samen Beslissen’ over hoe we komen tot ‘Samen Zorgen’ (zie figuur 2). Samen, want ook hier geldt dat actieve inbreng van de betrokkenen vrijwel altijd nodig is om herstel of verbetering te bewerkstelligen. Bij elk evaluatiemoment doorlopen we deze cyclus opnieuw.



*Figuur 2: cyclisch zorgproces*

**Casussen**

Nu volgen casussen als illustratie hoe het Dialoogmodel verhelderend en verbindend kan werken, hiermee recht kan doen aan juridische vereisten en kan helpen oog en oor voor binnen- en buitenkant te hebben.

*De persoon met verward gedrag*

Als iemand zich in de ogen van de omgeving vreemd gedraagt, schade veroorzaakt of gevaar-

lijk wordt, dan roept dat in de omgeving snel en ook begrijpelijk allerlei emoties op zoals angst, verontwaardiging, boosheid en zelfs afwijzing of agressie. En de roep om in te grijpen. Er is in feite ontregeling op twee fronten, in de persoon zelf en tussen hem en de omgeving. Op beide vlakken is aandacht nodig. Het ontregelde gedrag is de buitenkant-component. Vanuit het Dialoogmodelkader wil je zicht krijgen op zowel de context als op de binnenkant, op het regelprofiel van de persoon in kwestie. Er kan op diverse manieren sprake zijn van ontregeling, die om verschillende soorten hulp vragen. Lichamelijk kan sprake zijn van de invloed van drugs en/of alcohol. Ontgiften, en vaak ook beveiligen, is dan primair nodig. Pas secundair kan worden nagegaan welke verdere specifieke interventies nodig en mogelijk zijn. Een ander voorbeeld: een laag bloedsuikergehalte bij een suikerziekte-patiënt kan ook leiden tot verward gedrag als voorbode van een levensgevaarlijke situatie. Deze situatie vraagt met spoed somatische zorg.

Als we naar het gedachteel kijken, kan dementie spelen of overvraging bij verminderde begaafdheid. In contact met naasten en vertegenwoordigers kan het regeloverzicht helpen, ook als de betrokkene zelf nauwelijks kan bijdragen, om doelgerichte afspraken te maken. Eventueel agressief gedrag kan uiting zijn van pure angst, woede (E) of van berekend winstbejag (R). Trachten te achterhalen wat de angst aanjaagt en hierop inspelen, is noodzakelijk. Dit bepaalt of vooral mee-geregeld moet worden via ondersteunende, ontlastende begeleiding of dat er juist behoefte is aan stevige begrenzing, ingrijpen.

Er kan ook op alle vlakken tegelijk ontregeling optreden, zoals hevige angsten (E), wanen (G), bewegingsstoornissen (L) en achterdocht (R). Het gezonde verstand kan de angsten niet meer compenseren (de verbindingen, de lijntjes in het plaatje, zijn weg). Forse achterdocht maakt het hulpverleningscontact vaak lastiger. Dit kan duiden op een psychotisch beeld. Een respectvolle, rustige benadering, hoe moeilijk ook, is

dan juist nodig. Heftige emoties bij omstanders en hulpverleners leiden tot nog meer ontregeling. De ggz speelt in dit geval vanzelfsprekend een belangrijke rol. En soms is bij gedragsontregeling politieoptreden helaas onvermijdelijk. Acuuut handelen gericht op de persoon zelf is noodzakelijk, maar daarnaast vraagt de context eveneens aandacht. Een grondige analyse in de volle breedte is nodig. Zijn er naastbetrokkenen, heeft de persoon huisvesting of is hij dakloos? Heeft hij werk? Heeft hij forse schulden? Welke steun is nodig en voor wie? Moet er ook hulp vanuit de Wmo worden geboden wellicht? Lukt het nog om afspraken te maken, is er enig ziektebesef of is een crisismaatregel onafwendbaar? De opdracht is wederom het actueel regelvermogen te analyseren, na te gaan welke externe compenserende regelmogelijkheden er zijn. Wat in eigen kring kan, wat professioneel moet en of dit in overleg kan of dat een onvrijwillig kader onvermijdelijk is.

Het samen met betrokkenen systematisch de persoonlijke omstandigheden in kaart brengen, maakt de kans dat er een gedeeld zorgplan kan worden opgesteld het grootst. Dat doe je bij voorkeur al in een vroeg stadium, voordat totale ontregeling optreedt of, als het niet anders kan, als de rust weer wat is teruggekeerd. Essentieel is vooral de helpende kanten hierin mee te nemen. Staat de persoon hulp toe (R), heeft hij bepaalde talenten, kwaliteiten en activiteiten waarmee zijn leven meer waarde krijgt? Hoe kan hij maatschappelijk actief zijn? Is er enig steunsysteem? Welke zijn de persoonlijke behoeften, voorkeuren en strevingen? Als ingeschat wordt dat een verplicht kader nodig is, kunnen volgens de Wvoggz in een zorgkaart en in een zelfbindingsverklaring deze persoonlijke waarden worden vastgelegd. Wellicht is een eigen plan van aanpak mogelijk waarin wordt vastgelegd wie wat op welke manier regelt. Dat kan zo gezamenlijk in begrijpelijke taal worden opgesteld, waarmee een zorgmachtiging wellicht niet nodig is. Als op deze manier op neutrale wijze kan worden geregeld welke zorg door wie (gemeente, ggz, naasten, ervarings-

deskundigen, maatschappelijk werk, enzovoorts) de meeste kansen biedt om een meer stabiele, weer perspectief biedende situatie te creëren, is veel gewonnen. Dit vraagt van alle betrokkenen om over de grenzen van het eigen domein te willen kijken en anderen ook een 'kijk in eigen keuken' te bieden.

#### *De suïcidale persoon*

Er loopt iemand langs het spoor. Hij heeft een afscheids-appje gestuurd en via de politie komt de crisisdienst van de ggz in actie. Een week later herhaalt zich een soortgelijke situatie en een maand erna opnieuw. Bij navraag blijkt de persoon eerder niet te zijn opgenomen. Of er überhaupt behandeling op gang is gekomen, is onduidelijk. Hoe kan dat nou? Ergernis en onbegrip alom.

Dit soort situaties komen helaas vaak voor. Suïcidepogingen brengen invoelbaar veel emoties teweeg, zeker als daarbij iemand overlijdt. Achter suïcidaal gedrag kunnen verschillende dynamieken schuilgaan. Het kan gaan om iemand met een ernstige depressie. Om die goed te kunnen behandelen, zullen hulpverleners in gesprek met deze persoon en zo mogelijk naasten proberen zicht te krijgen op wat allemaal speelt. Zijn er luxerende factoren, bijvoorbeeld een ernstige ziekte, verlies van een dierbare, ontslag, enorme schulden, gezins- of werkproblemen, forse pesterijen, mishandeling of misbruik? Zijn er hulpbronnen, mogelijkheden om op aan te grijpen? Meestal is op meerdere gebieden hulp nodig. Enkel behandeling bieden voor een depressief toestandsbeeld en bijvoorbeeld een uitzichtloze, enorme schuldenlast laten bestaan, zal weinig effectief zijn. Met andere woorden de context betrekken is een noodzakelijke voorwaarde voor effectieve zorg.

Een goede persoonlijke analyse blijft eveneens geboden. Bij suïcidaal gedrag en stemmingsproblematiek speelt met enige regelmaat zogenaamde 'borderline-dynamiek'. Als hier vermoeden op bestaat, liggen afwijzing en irritatie vanuit de omgeving snel op de loer. In de volks-

mond is 'borderline' helaas een term die weinig compassie oproept. Het kan veel schelen als je samen met deze persoon en de directe omgeving met hulp van het Dialoogmodel er als volgt naar kan kijken. Het regelprofiel kent bij deze aandoening per definitie grote instabiliteit, is fragiel en stressgevoelig. Kijken we naar E dan zijn de heftige stemmingswisselingen heel herkenbaar. De persoon wordt of overspoeld door emoties of voelt zich akelig leeg. Hetzelfde geldt voor het zwart-wit denken. Het is alles of niets, grijstinten ontbreken. Lichamelijk is evenmin sprake van veel gelijkmatigheid. Bij deze problematiek is begrip van de relationele kant expliciet helpend. De persoon in kwestie trekt aan en stoot af, dat is wel bekend en ook lastig voor hulpverleners en directbetrokkenen, maar kunnen we het ook snappen en daarmee er beter mee omgaan?

Doorgaans is bij mensen met borderline-problematiek in de ontwikkeling sprake geweest van verwaarlozing of traumatisering. Dit heeft een enorme impact op hun relationele vermogens. Bij de meeste mensen zijn al vanaf de geboorte representaties van goed zorgende, stimulerende en ook begrenzende ouders zoals we dat noemen 'geïnternaliseerd'. Hiermee ontwikkelt het opgroeiende kind, en later ook als volwassene, goede relationele mogelijkheden. Deze mensen kunnen in groepen en zelfstandig functioneren. Bij forse stress of heftige ontregeling zijn ze in staat zichzelf te stabiliseren of adequaat hulp in te roepen. Hierbij activeren ze als vanzelf deze interne, zich eigen gemaakte relationele hulpbron. Bij mensen met 'borderline' ontbreekt deze helper. Dat komt bijvoorbeeld door eerdere verwaarlozing of doordat ze juist een heel bedreigende, vernietigende ander hebben geïnternaliseerd (ten gevolge van bijvoorbeeld eerdere traumatisering). Als in de directe omgeving daadwerkelijke steun wegvalt of niet beschikbaar is (zoals bij een relatiebreuk of wanneer een behandelaar verlof heeft), gaat het snel mis. Zelfbeschadiging en zelfmoorddrang is hierbij te zien als gedrag dat erop is gericht om daadwerkelijk hulp vanuit de omge-

ving teweeg te brengen of als een poging om die interne agressor uit te schakelen. Deze samenhang is via het plaatje (steun weg uit omgeving > stress geeft interne ontregeling > zelfbeschadigend/suïcidaal gedrag > externe hulp komt op gang) te visualiseren. Deze ontregelende manier van reageren op stress gaat op een niet-bewuste, niet te controleren manier, met nare, nadelige gevolgen voor alle betrokkenen. Op deze manier naar borderline-dynamiek kijken maakt het gedrag niet minder belastend en risicovol, maar wel begrijpelijker en voor directbetrokkenen beter hanteerbaar. Het werkt ontschuldigend. Het verduidelijkt ook waarom een opname, zeker voor langere tijd en in een verplicht kader, meestal gecontra-indiceerd is. Dat is iets wat vaak niet goed wordt begrepen, maar wel via het model inzichtelijk is te maken. De 'middenweg' is voor deze mensen nog niet begaanbaar. Ze schieten veelvuldig van het ene uiterste naar het andere uiterste. De persoon in kwestie zal bij opname steeds verder wegzakken in afhankelijkheid met het regelvermogen van een klein kind. Vaak zien we nog ernstiger destructief gedrag, hetgeen steeds meer beperking, insluiting enzovoorts oproept. De cirkel verwordt tot een neerwaartse spiraal. Deze alles of niets-dynamiek splitst teams vaak in tweeën in een parallel proces. Niet opnemen kent zeker eveneens risicovolle kanten, maar biedt wel mogelijkheden om in te zetten op een beter perspectief. Er blijft beroep gedaan worden op hetgeen betrokkenen nog wel kunnen regelen. Er zijn inmiddels goede ambulante behandelingen die gericht zijn op het versterken van het zelfregelend vermogen.

Met deze voorbeelden is geprobeerd weer te geven hoe essentieel het is om goed te doorzien en te begrijpen wat speelt in iemand zelf en in diens relatie tot zijn directe omgeving. En om hierbij zij aan zij op te trekken en niet tegenover elkaar, in strijd te raken. De dialoog en de visuele neerslag daarvan helpen om dit te bewerkstelligen. Zodoende is een gedeeld doelgericht zorgplan op te stellen. Soms is het nodig om

tijdelijk iemands vrijheid te beperken om ernstig nadeel te voorkomen. Dit met de bedoeling om vervolgens weer samen aan zet te zijn.

### Enkele reflecties

Bedenk dat betrokkenen zelf lang niet altijd inzien dat gedrag te maken heeft met hoe wij ons voelen, hoe wij denken en hoe wij ons verhouden tot anderen. En dat mensen hierin verschillen. In vaktaal noemen we dat kunnen mentaliseren. Het Dialoogmodel kan helpen om op een niet beladen wijze de situatie van iemand (met zijn binnenkant), zijn gedrag (de buitenkant) in wisselwerking met diens context in samenhang te overzien. Voor betrokkenen kan dat letterlijk een *eyeopener* zijn.

Het *visualisatiehulpmiddel* is het meest in het oog springende onderdeel van het Dialoogmodel. Het is ook werkelijk ondersteunend in het elkaar begrijpen en vinden. Als Samen Beslissen in de praktische uitvoering maar tot op zekere hoogte mogelijk is, dan kan met het plaatje worden verduidelijkt waar en waarom toch wordt ingegrepen.

De *dialogische attitude* zien wij fundamenteel evenwel als het meest kenmerkende van deze methodiek. Het is de vertaling van het streven naar intermenselijke gelijkwaardigheid en verbondenheid met respect voor autonomie, zelfbeschikking, persoonlijke waarden, behoeftes en competenties als moreel-ethisch imperatief. Het recht om je leven ultiem zoveel mogelijk zelf te mogen regelen, voldoende afgestemd op de ander en diens belangen, komt ook in de aangehaalde wetten explicieter dan ooit tot uitdrukking.

Of je nu zorg biedt, de orde bewaart, recht spreekt, bestuurt of op welke andere manier bijdraagt aan het welzijn en de gezondheid van burgers, deze basisattitude blijft leidend bij alles wat wij doen.

### Regio-overleg en casusbesprekingen

De Wvggz voorziet in regio-overleggen. Die zouden een goed forum kunnen zijn om met enige regelmaat, met in achtneming van priva-

cywetgeving, casuïstiek op deze wijze in kaart te brengen. Stel elkaar hierbij de volgende vragen: wie is nu eigenlijk hulpvrager? Dat is lang niet altijd de betrokkene zelf. Wie is probleemdrager of wordt door de ander tot probleemeigenaar bestempeld? En wie ziet zichzelf of anderen als mede-oplosser voor de problemen? In Dialoogmodeltaal: wie kan en wil wat op welke manier regelen? Is er regel-onvermogen of regel-onwil? Dergelijke vragen kunnen helpen om overstijgend en gezamenlijk uitimpasses en ingewikkelde dilemma's te raken.

Het zal dan wellicht blijken dat het minder eenvoudig is dan het op het eerste oog lijkt om een dergelijk inzichtelijk overzicht te co-creëren. Het vraagt enige oefening om in kernwoorden de essentie te pakken te krijgen. Bij een gezamenlijke inventarisatie kan duidelijk worden dat over bepaalde elementen eigenlijk te weinig bekend is om een goede analyse te maken en dat hiervoor dus extra aandacht nodig is. Regelmatig blijkt bijvoorbeeld weinig informatie over helpende kanten aanwezig. We zijn daar traditiegetrouw minder op gericht.

Samen met collega's geef ik al vele jaren scholing in deze methodiek en cursisten geven vaak aan dat deze werkwijze een actieve *mindset*- en *attitude-shift* vraagt. Velen zijn geneigd om hun hulpreflex te volgen en anderen vanuit eigen referentiekader met de beste intenties te overtuigen van hun gelijk. Of ze voelen dat er een dringend beroep op hen wordt gedaan om als expert (te) snel allerlei oplossingen aan te dragen. Om vervolgens te constateren dat ze zich daarmee te vaak in de weinig werkbare positie van alles-regelaar manoeuvreren. En dat anderen steeds meer in een passieve of weigerachtige rol verzeilen. De wetten zijn er nu juist op gericht deze ongelijkheid tussen professional en patiënt te verminderen. Als iets duidelijk mag zijn: het aanpakken van ingewikkelde problematiek vraagt om het bundelen van krachten. Het is goed hierbij te beseffen dat voldoende begrip en een voldoende gedeeld verhaal voorafgaat aan een goed besluit over de meest



passende zorg, al dan niet in een verplicht juridisch kader.

#### Over de auteur

*Dr. G.M.A. (George) Westermann*  
Kinder- en jeugdpsychiater, psychotherapeut  
en geneesheer-directeur bij Zuyderland GGZ,  
Sittard-Heerlen.

## 31. De rechtpositie van ggz-patiënten die met een zorgmachtiging worden opgenomen in tbs-klinieken: wettelijk hiaat in rechtsbescherming

*Tjardo Louwe*

### Inleiding

In instellingen voor de verpleging van ter beschikking gestelden (hierna tbs-klinieken)<sup>1</sup> verblijven ook patiënten die geen strafrechtelijke titel hebben. Het gaat om een kleine groep patiënten die door hun ernstige gedragsproblemen niet in de reguliere psychiatrie zijn te handhaven. In deze groep zitten ook patiënten die in het verleden tbs met dwangverpleging hebben gehad of waarvan de gemaximeerde tbs is afgelopen en waarbij de noodzaak tot psychiatrische behandeling met een gedwongen kader is blijven bestaan. Tot voor kort werden deze patiënten opgenomen met een rechterlijke machtiging (RM) op basis van de Wet Bopz. De RM kon ten uitvoer worden gelegd in een tbs-kliniek wanneer deze tevens was aangemerkt als psychiatrisch ziekenhuis (art. 1 lid 1, 3° onder h Wet Bopz). De interne rechtpositie van deze patiënten werd bepaald door de Wet Bopz. De Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt), die in algemene zin geldt in de tbs-klinieken, was voor deze groep patiënten niet van toepassing.<sup>2</sup>

- 
- 1 Met tbs-kliniek wordt in dit artikel bedoeld een instelling als bedoeld in art. 3.1 lid 1 of art. 3.3 lid 1 Wet forensische zorg.
- 2 ECLI:NL:HR:2018:2087, r.o. 3.3.2 en 3.3.3.