



Inkijkexemplaar



# 10 Omgang met emotie en agressie

Sierdjan Westen, Laurent Chamuleau

## Inleiding

Waar met patiënten gewerkt wordt, is emotie. In de zorg krijgt iedere professional te maken met emotie. Zowel bij de patiënt, die nergens zo kwetsbaar is als bij (lichamelijke) ziekte, als bij de arts, die de patiënt begeleidt. Uit cijfers van het CBS (2012) blijkt dat in 2011 48% van de werknemers in de zorg te maken had met agressie. De zorg was hiermee koploper van alle sectoren.

De gevolgen van emotie en agressie zijn substantieel voor zorgprofessionals: een verhoging van de kans op alcohol- en drugsmisbruik, het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS), ziekteverzuim en verminderde werktevredenheid en productiviteit.

Hoe om te gaan met emotie en agressie is daarmee een belangrijk onderwerp. Voorop staat hierbij het vergroten van kennis van (zorg)professionals op dit gebied en het leren van vaardigheden hoe hiermee om te gaan. We gebruiken hiervoor het ABCD-model.



## Definities

We maken onderscheid tussen *emotie* en *agressie*, omdat beide een andere reactie vragen van de professional die ermee te maken krijgt. In dit hoofdstuk ligt de focus op de emotie van de patiënt die het professioneel handelen van de arts in de weg staat.

Aggressie kan vele vormen aannemen; in dit hoofdstuk gaan we ervan uit dat het gaat om alle vormen van grensoverschrijdend gedrag, zoals ongewenst aanraken, verbale agressie (schelden, schreeuwen, (seksueel) intimideren, dreigen, discrimineren) en fysieke agressie of geweld (zie ook hoofdstuk 17).

We maken geen onderscheid tussen interne emotie/agressie (collega's onderling) of externe emotie/agressie (van zorggebruiker ten opzichte van zorgverlener). Een belangrijke notie is ook dat de intentie van de agressor niet als relevant wordt beschouwd. Immers, hoe het gedrag ook bedoeld is, of het nu in een vlaag van verstandverbijstering is of instrumenteel wordt ingezet voor het bereiken van een doel van patiënt of collega: grensoverschrijdend gedrag is niet acceptabel.

## Omgaan met emotie en agressie: bewustzijn, zelfbeheersing en beïnvloeding

Om professioneel te kunnen handelen gebruiken we het ABCD-model om gedrag te beïnvloeden. Hiermee kunnen we effectief zijn als het om emotie en agressie gaat. Om het model toe te passen zijn er twee voorwaarden: bewustzijn en zelfbeheersing. We bespreken eerst het ABCD-model, omdat dit bijdraagt aan bewustzijn van emotie en gedrag én aan beïnvloeden van de situatie. Daarna bespreken we vijf handvatten die bijdragen aan zelfbeheersing.

Het ABCD-model behelst een krachtige, eenduidige aanpak die handvatten biedt voor het omgaan met emotie, het voorkomen van agressie, en het goed omgaan met daadwerkelijke agressie. Het ABCD-model is doorontwikkeld vanuit de 'methode-Van der Steen', een in 1978 door Jaap van der Steen ontwikkeld model. De methode wordt tot op de dag van vandaag succesvol gebruikt door politie, justitie en in veel zorginstellingen.

Zoals gezegd maken we onderscheid tussen verschillende soorten gedrag die zijn te onderscheiden in vier gedragstyperingen, A-D (zie tabel 10.1).

### A- en B-gedrag

A-gedrag wordt benoemd als klagen, zeuren of slachtoffergedrag – vaak invoelbaar en zeer herkenbaar voor veel professionals in de zorg. B-gedrag lijkt hierop, en komt voort uit klagen en zeuren, maar richt zich naar buiten, op de organisatie, haar regels en al het aanverwante. Ook B-gedrag is vaak invoelbaar. Het is belangrijk om te beseffen dat A- en B-gedrag beide verschillende vormen en intensiteiten kennen. Zo kan A-gedrag erg bedreigend overkomen doordat de ander schreeuwt, en toch herkenbaar zijn als 'zeurgedrag'. B-gedrag kan erg 'klein' zijn, en soms tussen de regels door hoorbaar toch kritiek op de organisatie bevatten: 'Nou... het is niet anders, maar ik vind het wel een erg rare gang van zaken, hoor...'

Belangrijk: A- en B-gedrag waar geen gehoor aan wordt gegeven in de vorm van meevoelen, meevoelen en meenemen, krijgt vrijwel altijd een vervolg. Of het steekt later de kop op, vaak met een hogere intensiteit ('Vorige keer was het ook al een rare gang van zaken, en ze leken het toen ook al niet te begrijpen!'), of het escaleert tot C- of zelfs D-gedrag.

**Tabel 10.1** Een overzicht van de 4 gedragingen (A-D), voorbeelden van het bijbehorende gedrag, en een schematische voorstelling van de aanpak per gedragssoort

	emotie		agressie	
	A-gedrag	B-gedrag	C-gedrag	D-gedrag
wat hoor je?	<i>ik</i>	<i>jullie</i>	<i>jij</i>	<i>ik/jullie/jij</i>
beschrijving van het gedrag	klagen zeuren slachtoffergedrag	kritiek op: regels organisatie beleid	(seksueel) intimideren schelden beledigen uitdagen discrimineren	(non)verbaal dreigen fysiek geweld aanhoudend A-, B- of C- gedrag
voorbeelden van gedrag	<i>Waarom overkomt mij dit! Dit is toch niet mijn probleem? Kunt u geen uitzondering maken?</i>	<i>Wat een onzinregels! Jullie hebben het lekker voor elkaar... Jemig wat een gedoe zeg!</i>	<i>Ben je wel helemaal lekker? Enorme ...! Zeg meisje, regel jij dat eens even! ook: te dichtbij komen.</i>	<i>Ik sla je in elkaar! Ik wacht buiten wel op je...! ook: slaan, schoppen, dreigende gebaren</i>
aanpak	<i>ombuigen</i>	<i>ombuigen</i>	<i>norm aangeven en keuze bieden</i>	<i>grens stellen</i>
	meeveren: luisteren en herhalen meevoelen: gevoelsreflectie check meenemen: vragen naar wens, vervolg voorstellen		1e keer: kort negeren 2e keer: gedrag en effect benoemen norm aangeven 3e keer: norm herhalen en keuze geven	gedrag benoemen norm aangeven gesprek beëindigen veiligheid creëren
grens	3 × A of B: voor de keuze stellen daarna grens stellen		4 × C: grens stellen	1 × D: grens stellen

### C- en D-gedrag

Bij C-gedrag wordt er gescholden, (seksueel) geïntimideerd, gediscrimineerd, beledigd of uitgedaagd. Ook bij D-gedrag zien we deze gedragingen terug, met daaraan toegevoegd (non)verbale dreiging of fysiek geweld. Wat beide gedragsvormen kenmerkt: de grens wordt overschreden. Het onderscheid: bij C-gedrag roepen we de agressor tot de orde en bieden we een keuze om het gedrag te veranderen. Bij D-gedrag stellen we de grens: het gesprek is bijvoorbeeld afgelopen of de behandeling wordt niet voortgezet.

### Het verschil tussen emotie en agressie

Het is belangrijk om te leren herkennen wanneer het gaat om emotie (A- en B-gedrag) en wanneer er sprake is van agressie (C- en D-gedrag), omdat de interventie die je moet plegen diametraal tegenovergesteld is. A- en B-gedrag komt voort uit frustratie, of uit andere emoties. Het gedrag kan gepaard gaan met veel volume en is niet gericht op de persoon. De heftigheid van het gedrag kan bij

de ontvanger een instinctieve begrenzendende reactie oproepen ('Doe even rustig!'). Deze reactie heeft echter een contraproductief effect, omdat emotie vraagt om ruimte geven, meeveren, meevoelen en begrip tonen. Deze technieken hebben een de-escalerende werking.

C- en D-gedrag, of agressie, voelt (nog) dreigender. Wat hierbij bijvoorbeeld kan gebeuren, is dat de ontvanger schrikt, en geneigd is toe te geven. Dit brengt een risico met zich mee: toegeven en met begrip reageren op dreigende agressie geeft te veel ruimte en macht aan de agressor, waardoor het grensoverschrijdende gedrag kan toenemen. Het is effectiever om dreigende agressie te beantwoorden met een directe, resoluut gestelde grens. Dit vraagt bewustzijn van grenzen, duidelijke procedures binnen organisaties en training. In veel organisaties heeft men geen duidelijke afspraken over grenzen, terwijl werknemers wel vaak geconfronteerd worden met grensoverschrijdend gedrag. Hier ontbreekt de norm en daarmee de grens van de organisatie.

## Grenzen

Er zijn professionele en persoonlijke grenzen. Professionele grenzen worden door het team of de organisatie bepaald, persoonlijke grenzen legt de professional zelf vast. Dit is een belangrijk onderscheid, en de aanname is dat de professionele grens voorop staat om agressie te voorkomen en heldere grenzen te hebben ten opzichte van collega's en zorggebruikers.

*Mijnheer Jansen heeft vorige week gescholden tegen verpleegkundige Niels. Hij werd daar niet op aangesproken. Niels vindt dat wel prima, hij werkt al twintig jaar in de zorg en is wel wat gewend. Mijnheer Jansen is deze week weer terug voor een afspraak, en scheldt nu tegen verpleegkundige Anna. Hij staat bekend als ongeremd en schreeuwt soms hard. Anna wist dit niet en zij schrikt hier enorm van. Ze werkt nu twee jaar in de zorg en is nog nooit zo uitgescholden. Ze meldt zich ziek en blijft een week thuis.*

Onze aanname: Niels en Anna zijn samen verantwoordelijk voor heldere professionele grenzen ten opzichte van zorggebruikers en collega's. Alleen dan werkt iedereen veilig en met plezier. Om deze reden is het van groot belang om als organisatie afspraken te maken over wat wel en niet kan. We geven nu enkele voorbeelden van gedragsbeheersing.

### **A-gedrag**

Een patiënt heeft 45 minuten gewacht op een afspraak en hoort nu dat het nog 20 minuten duurt. Gedrag: 'Nou ja zeg! Ik heb toch echt 45 minuten zitten wachten! Hoe kan dat nou? Ik heb vorige keer ook al moeten wachten. Ik heb nog meer te doen!' (op boze toon).

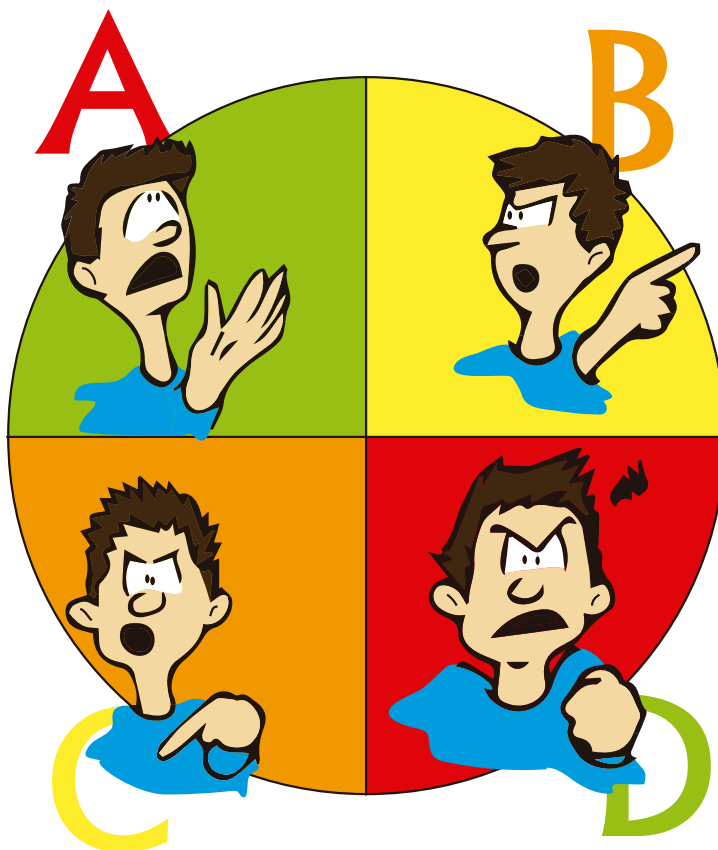
### **Reactie volgens ABCD-model**

Meeveren (luisteren en herhalen): 'Dus u heeft vorige keer moeten wachten, en nu weer 45 minuten gewacht?'

Meevoelen (gevoelsreflectie): 'Ik kan me goed voorstellen dat u daar boos van wordt, zeker als u nog meer te doen heeft! Onze excuses dat u hebt moeten wachten.'

Check: korte pauze, opnieuw luisteren of de emotie van de ander is gezakt.

Meenemen (uitleggen): 'Als u wilt kan ik u uitleggen wat er aan de hand is.' (Stilte. Bij een ja kun je vertellen wat er mis is gegaan.)



Meenemen (voorstel doen): ‘En natuurlijk wil dokter De Vries u graag spreken over 20 minuten, zodat hij u goed verder kan helpen. Het zou wellicht vervelend voor u kunnen zijn, maar we kunnen natuurlijk ook kijken naar een nieuwe afspraak?’

Meenemen (vragen naar wens): ‘Waar bent u het meeste mee geholpen?’ (stilte)

### **B-gedrag**

Een collega van een andere afdeling hoort dat hij nog een dag langer moet wachten op informatie waar hij om heeft gevraagd. Er is een regel die bepaalt dat er nog iemand naar kijkt.

Gedrag: ‘Tjongejonge, dat hebben jullie lekker geregeld zeg. Waarom moet ik er dan nog een dag op wachten? Jullie hadden gezegd dat het er vandaag zou zijn! Wat een totale onzinregel!’

### **Reactie volgens ABCD-model**

Meeveren (luisteren en herhalen): ‘Ik hoor dat je het een onzinregel vind. En ik krijg de indruk dat je het nodig hebt, en dat het je stoort dat het er vandaag nog niet is.’

Meevoelen (gevoelsreflectie): ‘Volgens mij baal je er nogal van. Dat zou ik ook doen als je de belofte hebt gehad dat het er vandaag zou zijn. Excuses daarvoor.’

Check: korte pauze, opnieuw luisteren of de emotie van de ander is gezakt.

Meenemen (uitleggen): ‘Als je wilt, kan ik uitleggen wat er aan de hand is.’ (stilte, bij bevestiging kun je uitleggen wat er aan de hand is)

Meenemen (vragen naar wens): ‘Waar bent je het meest mee geholpen, gegeven het feit dat er nog iemand anders naar moet kijken voor je de informatie krijgt?’

Meenemen (voorstel doen): ‘Wat ik voor kan stellen: ik ga er nu nogmaals achteraan, en neem direct contact op als ik meer weet. Ik bel je dan uiterlijk morgen om 10 uur. Hoe klinkt dat?’

### **C-gedrag**

Een patiënt hoort van de verpleging dat er een fout is gemaakt: zijn afspraak kan helaas niet doorgaan vandaag. Hij heeft de dag van tevoren nog gebeld om de afspraak te checken. Toen is verteld dat de afspraak stond.

Gedrag: ‘Ik heb 3 uur gereden. *Drie uur!* Luister meisje, jij gaat nu gewoon regelen dat ik die afspraak krijg, heb je dat goed begrepen!?’

### **Reactie volgens ABCD-model**

Negeren (1 × meeveren, meevoelen): ‘Mijnheer, ik zie dat u boos bent. En dat snap ik ook, als u 3 uur gereisd hebt.’

Bij herhaling:

Gedrag en effect benoemen: ‘U zegt meisje tegen me, en u spreek vrij hard tegen me. Ik schrik ervan.’

Norm aangeven: ‘Ik wil dat u stopt met meisje tegen mij zeggen, en op een zacht volume met mij praat.’

Bij verdere herhaling: ‘U zegt nu weer meisje tegen me, en u komt dichterbij. Zoals ik u al aangaf: ik accepteer dat niet. U hebt een keuze: of u gaat hiermee door en dan help ik u niet verder, of u stopt (en spreekt mij aan met dokter De Jong) en dan kunnen we samen een oplossing zoeken waar u mee geholpen bent.’

### **D-gedrag**

We gaan er bij dit voorbeeld van uit dat de patiënt die eerst C-gedrag liet zien, escaleert. Hij noemt dokter De Jong nu rotwijf en slaat met de vuist op de balie. Hij zegt: ‘Ik weet je te vinden, rotwijf!’

### **Reactie volgens ABCD-model**

Gedrag benoemen: ‘U zegt rotwijf tegen mij, en u bedreigt me.’

Norm benoemen: ‘Dat accepteer ik niet. En dat doet niemand in dit ziekenhuis.’

Gesprek beëindigen: ‘Ik beëindig het gesprek. Aan u de keuze: wachten op de beveiliging, of zelfstandig het ziekenhuis verlaten.’

Veiligheid creëren: Kies ervoor om weg te lopen, terwijl je de agressor kunt zien. Direct een collega opzoeken. Eventueel de agressor van een afstand in de gaten houden.

## **Spanningsregulatie**

Wanneer een professional met emotie en agressie te maken krijgt, zal hij een mate van spanning ervaren. Die spanning staat professioneel reageren vaak in de weg. Daarom is het belangrijk om je eigen spanning te kunnen reguleren tijdens stressvolle situaties. Dit is tevens de indirecte weg naar het de-escaleren van de emotie en de agressie van de ander. Het is van belang controle te krijgen over de volgende vijf domeinen die betrokken zijn bij spanningsregulatie: gedachten sturen, neutraal oogcontact, (buik)ademhaling, geaard staan of zitten en spierspanning loslaten.

## **Gedachten sturen**

Vraag je af of je gedachten je eigen spanning verhogen of verlagen, en of je gedachten escaleren of de-escaleren. Maak je je van tevoren al druk over wat er komen gaat? Hierdoor zal de spanning direct omhooggaan. Of kun je het meer loslaten en op het moment zelf ervaren wat er gebeurt? Dit zal de spanning vooraf minder maken. Laat je dus niet leiden door belemmerende gedachten, maar zet deze om in functionele gedachten. Want je gedachten hebben invloed op je communicatie, en hoe jij de situatie ervaart. Focus op veiligheid, eigen kunnen en mogelijkheden. Welke positieve gedachten hierbij helpen, verschilt per persoon.

'Eigen veiligheid eerst, ik kan altijd achteruit stappen of ervoor kiezen om weg te gaan' (veiligheid)

'Als ik rustig blijf en begrip toon, kan ik zorgen dat hij kalmeert' (eigen kunnen)

'Ik geef gewoon de grens aan, daarna is het de verantwoordelijkheid van de ander' (mogelijkheden)

## **Neutraal oogcontact**

Zet strak oogcontact (lage knipperfrequentie) om in neutraal oogcontact (normale knipperfrequentie) door af en toe even weg te kijken. Dit vermindert de spanning. Maak vervolgens wel weer oogcontact, want de agressor wil gehoord en gezien worden. Verminderd oogcontact wordt snel ervaren als desinteresse of negeren. Voorkom daarnaast dat je met je wenkbrauwen fronst. Buig het hoofd iets voorover, of de kin een klein tikje naar beneden. De kin omhoog is een signaal dat wordt ervaren als dominant en overheersend. Door dit voor te zijn, voorkom je escalatie.

## **(Buik)ademhaling**

Onder stress verandert de ademhaling: je haalt oppervlakkiger en sneller adem, en je ademt hoog met de borst. Anders dan bij het grootste deel van de fysieke respons op een externe spanningsprikkel kun je op de ademhaling actief invloed uitoefenen. Door dieper adem te halen, te vertragen en te focussen op de buikademhaling, reguleer je spanning. Dit gebeurt mede doordat de focus van het brein verlegd wordt naar een niet-bedreigend object (ademhaling in plaats van de potentiële agressor).

## **Geaard staan of zitten**

Let op (in)stabiliteit, overstrekte knieën en je houding ten opzichte van de potentiële agressor. Verdeel het gewicht over beide voeten, span beenspieren kort aan, om daarna los te laten. Voel het verschil in stabiliteit tussen overstrekte en ontspannen knieën. Als je zelf zit, en de ander staat is er een statusverschil. Daarnaast is het zo dat personen in conflict vaak een gesloten, op elkaar gerichte houding aannemen. Wat kan helpen om zelf meer veiligheid te creëren en te ervaren, maar ook om de ander uit te nodigen uit het conflict te stappen, is om een open houding aan te nemen, waarbij je iets draait ten opzichte van de potentiële agressor. Hiermee hou je bovendien een vluchtroute open voor jezelf.

## **Spierspanning loslaten**

De eerste signalen van stress uit zich onder andere in spierspanning. Let vooral op spanning in (en rond): de armen en/of handen, ogen, nek en benen. Iedereen heeft hier andere patronen. In een training over omgaan met agressie ontdekken deelnemers waar stress bij hen opspeelt, hoe stress zichtbaar wordt en hoe het onze (non)verbale communicatie negatief beïnvloed. Veelgebruikte methodes om tot spierontspanning te komen, zijn het aan- en vervolgens ontspannen van



spiergroepen, het rekken, of het losdraaien van gewrichten. Bij spanning in de handen bijvoorbeeld, kan het fijn zijn om de handen even aan te spannen en vervolgens te ontspannen. Doe de volgende test eens: span tegelijk *al* je spieren aan. Neem waar wat er gebeurt: haal je nog adem?

# 17 Omgang met grensoverschrijdend gedrag

Sierdjan Westen, Laurent Chamuleau



## Casus

*Mark, aios orthopedie, vertelt.*

Het was om een uur of tien 's ochtends. Ik had vroeger naar bed moeten gaan, het voelde alsof ik er na een vroege start al een hele dag op had zitten. Ik kwam net uit de overdracht, en was na mijn ronde op zaal te hebben gedaan op weg om even koffie te drinken. Terwijl ik door de gang liep, zag ik een man mijn kant uitlopen. Ik dacht nog: 'Is dat niet de zoon van mijnheer De Vries? Ik heb toch in de overdracht gehoord dat die operatie niet doorgaat? Waarom is hij er dan nog? Hij komt op me af!'

'U moet ik net hebben...' zei hij.

Ik schrok. Deed een stapje terug. Kreeg er nog net een zin uit: 'O, wat kan ik voor u doen?'

'U bent toch Mark van der Linden?'

'Dat klopt.'

'Waar blijft u dan, u hebt een afspraak met mijn vader!'

Terwijl hij dit zei, wees hij en zette hij een stap naar mij toe. Zonder nadenken reageerde ik:

'Mijnheer, de afspraak gaat niet door. Er is iets tussengekomen, u kunt het gerust even navragen bij de receptie.'

Het leek alsof hij ontplofte. Zijn borst schoot vooruit, schouders omhoog. Hij nam een grote hap adem, en riep: 'Daar kom ik net vandaan, die zeggen ook dat de afspraak niet doorgaat. Ik ben er nou zó klaar mee!'

Als ik terugdenk aan dit moment, merk ik dat ik me er weinig van herinner. Uit ervaring weet ik dat ik nogal zakelijk overkom en rationeel communiceer.

Ik reageerde heel primair: 'Mijnheer, u hoeft niet zo tegen me te schreeuwen. Even rustig!'

Maar nog voordat ik mijn zin af kon maken, en hem hulp aan kon bieden, schreeuwde hij: 'U gaat me toch niet vertellen dat de afspraak écht niet doorgaat, hè?'

Ik weet nog wel dat er daarna een deur van een spreekkamer openging. Collega Yuri keek om de hoek.

Volgens mij dacht ik toen: 'Ik probeer mijnheer maar mee te nemen, dit schiet niet op.' Zonder erbij na te denken pakte ik hem bij zijn elleboog, om hem mee te nemen. Ik voelde meteen dat dit niet handig was.

De man rukte zich los. Draaide zich om, trapte tegen een stoel, die door de gang schoot. Toen hij zich terugdraaide schoten zijn ogen vuur: 'Dit is de tweede keer dat de operatie niet doorgaat.' Hij klonk anders nu. Ingehouden. Hij deed een stap dichterbij. 'U gaat ervoor zorgen dat mijn vader geopereerd wordt. Vandaag nog. Daar heeft hij recht op! Anders weet ik je te vinden!'

Vanaf dat moment ging het van kwaad tot erger. Het eindigde met een schreeuwpartij van de man, een huilende patiënt (zijn vader) en als ik heel eerlijk ben was ik zelf ook nog nogal boos en schreeuwde ik terug. Niet mijn beste moment. En als ik eraan terugdenk, overheerst de gedachte dat het ook anders had kunnen aflopen. Ik hoorde van collega's dat zij het idee hadden dat hij mij elk moment kon gaan slaan.

## Diagnose

### *De arena*

De casus speelt zich af in een middelgroot opleidingsziekenhuis. Het ziekenhuis is de laatste jaren flink in ontwikkeling en heeft een aantal fusies achter de rug. Zes maanden geleden is de laatste fusie juridisch afgerond, al is dat voor veel werknemers nog niet voelbaar. Veel teams en afdelingen moeten nog erg wennen aan de nieuwe situatie.

Ten aanzien van het omgaan met emotie en agressie wordt er weinig gestuurd vanuit het management. Het agressieprotocol is nog in ontwikkeling en er zijn nog geen duidelijke huisregels opgesteld voor patiënten en bezoekers van het ziekenhuis. Wel kan de beveiliging worden ingeschakeld als zich een probleem voordoet. Dit gebeurt slechts sporadisch.

Het is niet de eerste keer dat zich een dergelijke situatie voordoet als met de zoon van mijnheer de Vries op de afdeling. Sterker nog, de afgelopen jaren is boosheid bij patiënten, en vaak agressie, een wekelijks fenomeen op veel afdelingen. Uit het laatste werknemerstevredenheidsonderzoek bleek dat de meerderheid van de werknemers de sfeer regelmatig onveilig vindt.

## **Inhoud en feiten**

Mark van der Linden, de arts uit de casus, is inmiddels twee jaar werkzaam op de afdeling. Na zijn opleiding in een ander ziekenhuis was hij erg blij om hier te werken. Vlak voordat hij zijn contract tekende hoorde hij wel dat het ziekenhuis de twijfelachtige eer had het hoogste aantal geweldsincidenten te hebben in de regio. Hij veronderstelde dat dit niet zo'n vaart zou lopen. En de afgelopen jaren heeft hij zelf nooit met ernstige agressie te maken gehad – hooguit een enkele boze patiënt, maar daar kon hij wel tegen. Het incident van vanochtend met de zoon (Frank) van zijn patiënt heeft echter veel indruk op hem gemaakt. Hij voelde zich ernstig bedreigd door deze man. Meteen nadat het gebeurd was is hij de personeelskamer in gierend om het verhaal aan een van zijn collega's te vertellen. Tijdens zijn verhaal voelde hij zijn hart nog in zijn keel kloppen.

Frank de Vries heeft zijn vader maandenlang verzorgd. Op het moment van de casus was hij erg blij: eindelijk was het zover, zijn vader kreeg een nieuwe heup. De mantelzorg was nogal belastend geweest: elke dag boodschappen doen, nachtelijke bezoeken vanwege onrust, en begeleiding van en naar het ziekenhuis. Hij deed dit graag voor zijn vader, maar zijn werk en relatie hebben eronder te lijden gehad. Wat Frank zo kwaad maakte, was dat twee weken geleden de operatie ook al niet doorging. Om 9 uur werden ze toen door de baliemedewerker gebeld, vlak voordat ze in de auto stapten, dat de operatie later die dag niet door kon gaan. De klacht die Frank toen indiende is nooit beantwoord.

Op het moment van de casus is zijn vader Robbert opgenomen op de afdeling. Samen wachten ze op de operatie. Na 70 minuten, waarbij ze van de verpleging meerdere malen horen dat er snel duidelijkheid komt, en nadat verteld is dat de operatie niet doorgaat, ziet Frank de arts lopen. Met al zijn frustratie en emotie stapt hij op Mark af.

## **Cultuur**

De cultuur op de afdeling en in het ziekenhuis is er een van leven en laten leven. Iedereen kan met iedereen overweg, maar wat niet besproken hoeft te worden, wordt ook niet besproken.

Van de patiënt wordt over het algemeen veel geaccepteerd. Er is een flink aantal patiënten dat met enige regelmaat voor opschudding zorgt. De cultuur in het ziekenhuis is zo dat men vindt dat dit soort gedrag kan en erbij hoort. Als zorgverlener in een ziekenhuis heb je de plicht om ook die patiënten zorg te verlenen. Als je de artsen in het ziekenhuis vraagt of ze te maken hebben met agressie, zeggen ze dat daar geen sprake van is. 'We hebben wel eens een patiënt die boos is, maar het loopt haast altijd goed af.' Pas bij doorvragen blijkt dat het anders zit: vrijwel iedereen maakt regelmatig (intense) emoties en vormen van agressie mee. Maar de norm verschuift: als het voorkomt, moeten we er maar mee omgaan; het hoort er nu eenmaal bij.

## **Persoonlijkheid en interacties**

Mark van der Linden wist al jong dat hij arts wilde worden. Zijn vader is psycholoog en zijn moeder werkte als verpleegkundige. Zijn keuze om geneeskunde te studeren was bewust en weloverwogen. Hij is rationeel, rustig en laat zijn emoties niet snel blijken. Al vrijwel zijn hele leven hoort hij dat hij 'moeilijk te lezen' is. Onder stress wordt hij wat kortaf, zakelijk en probeert hij vooral snel van de ander af te zijn. Omgaan met emoties vindt hij maar lastig.

Frank de Vries is een vechter. Hij komt op voor zichzelf, en voor zijn dierbaren. Dat doet hij op intense en expressieve wijze. In zijn vakgebied, de bouw, werkt dit prima. Als opzichter stuurt hij mannen aan die gewoon een harde hand nodig hebben.

## Competenties

*Situatiebewustzijn.* Het situatiebewustzijn van de behandelend arts Mark van der Linden is beperkt. Hij heeft in eerste instantie niet goed in de gaten dat hij slecht nieuws vertegenwoordigt. Als hij vervolgens in een conflict met Frank terechtkomt, geeft hij zeer weinig ruimte aan de emotie van Frank. Mark probeert het probleem rationeel op te lossen. Het is belangrijk om je te realiseren dat dit voor vrijwel iedereen geldt die met agressie of emoties te maken krijgt. Mark krijgt hier te maken met achtereenvolgens A-, B-, en grensoverschrijdend C- en D-gedrag van Frank (zie in hoofdstuk 10 het ABCD-model). Escalatie kan zeer snel plaatsvinden; juist daarom is bewustwording van de situatie essentieel.

*Zelfbewustzijn.* Op het moment dat Frank boos wordt op Mark is deze zich onvoldoende bewust van het effect van zijn gedrag op Frank. Zeker als de ander lijkt aan te vallen, is de verdediging of aanval vaak de eerste (primaire) respons. Ook is Frank zich niet bewust van zijn eigen (lichamelijke) spanning.

*Leiderschap: verantwoordelijkheid nemen.* Een leerpunt voor Mark is dat hij geen verantwoordelijkheid neemt voor zijn aandeel in wat er fout is gegaan met de patiënt. Ook al is de fout ergens anders in de keten gemaakt, in dit geval door de administratie, de patiënt verwacht dat 'het ziekenhuis' verantwoordelijkheid neemt. En Mark 'is' het ziekenhuis voor de patiënt.

*Leiderschap: invloed uitoefenen.* Het is absoluut een grote uitdaging om rustig te blijven onder stress en bij boosheid van patiënten of collega's. De nog grotere uitdaging – en hier mist Mark vaardigheden en ervaring – is om de patiënt zodanig te beïnvloeden dat deze ook rustig wordt. Mark laat zich beïnvloeden door de situatie, in plaats van zelf te beïnvloeden. Hij schiet in een 'defensieve' modus, en reageert rationeel. Onder invloed van stress en spanning reageert hij zakelijk en dat is te merken voor de ander.

## Recept

Op individueel niveau is het van belang om je bewust te zijn van je eigen psychologische en fysiologische reacties als je met agressie te maken krijgt. Want iedere keer dat er een negatieve emotie is, zou een signaal moeten zijn voor spanningsregulering en een interventie op A-, B-, C- of D-gedrag. Doen we dit niet, dan lopen we het risico op escalatie.

De cultuur van de organisatie moet gericht zijn op preventie van agressief gedrag. Dit kun je bereiken met beleid dat zich richt op voorkomen, optreden en verzorgen.

### Voorkomen

- ▶ Heldere communicatie: weten waar je aan toe bent is voor de patiënt van groot belang.
- ▶ Protocollen: zorg voor heldere afspraken rondom veiligheid en tolerantie. Wat staan we wel toe en waar ligt de grens? Een veelgebruikte grens: emotie is oké, maar elke vorm van agressief (C-, en D-) gedrag niet (zie ook hoofdstuk 10).

### Optreden: training en ondersteuning

- ▶ Training van medisch en ondersteunend personeel: door emoties die optreden goed op te vangen wordt de kans dat deze uitmonden in agressie veel kleiner.
- ▶ Ondersteuning: elkaar ondersteunen in het consequent hanteren van de grens en met elkaar zorgdragen voor de aanwezigheid van voldoende personeel.

## Verzorgen

- ▶ Hoe is de ondersteuning geregeld na incidenten van emotie of agressie?
- ▶ Is het helder voor de professionals bij wie ze kunnen aankloppen als ze nazorg willen? Een veelgehoord probleem hierbij is dat veel professionals in de zorg een cultuur ervaren waarin nauwelijks terugkoppeling wordt ervaren na een incidentmelding en een cultuur waarin 'niet over emoties wordt gesproken'. Dit staat het gezamenlijk opvangen van slachtoffers in de weg.

### Interventie volgens het ABCD-model (zie hoofdstuk 10)

*Om alle interventies te kunnen beschrijven gaan we in de casus uit van onophoudelijke escalatie, ook na een goede interventie.*

Mark loopt door de gang, moe na een nachtdienst, en wordt aangesproken door Frank (de zoon van zijn patiënt).

'U bent toch dokter Van der Linden?' Frank komt hierbij dichtbij, wijst en praat met hoog volume.

#### Interventie

Op dat moment doet Mark een stap achteruit, haalt hij diep adem, en neemt de tijd om zich allereerst bewust te worden van de situatie. De vraag die hij zichzelf stelt: wat gebeurt er? Met mij, maar zeker ook met Frank?

In plaats van te zeggen: 'Mijnheer, de afspraak gaat niet door. Er is iets tussengekomen, u kunt het gerust even navragen bij de receptie,' zegt hij: 'Mijnheer de Vries toch? U hebt duidelijk een vraag, en u lijkt me boos... Wat is er aan de hand?'

'U bent toch Mark van der Linden?'

'Dat klopt.'

'Waar blijft u dan, u hebt een afspraak met mijn vader!'

Allereerst neemt Mark de tijd om opnieuw adem te halen, een ontspannen houding aan te nemen, en te onderzoeken wat er speelt bij Frank, en bij hemzelf. Hij ziet dat de Frank boos is, wat blijkt uit de toon en het volume van zijn stem. Hij voelt ook dat de boosheid op hem is gericht, en komt tot de conclusie dat er sprake is van C-gedrag: Frank komt erg dichtbij, wijst en praat met hoog volume.

#### Interventie

Negeren: de eerste vraag van Frank werd genegeerd door Mark.

Gedrag en effect benoemen: 'Als ik hoor hoe hard u tegen mij spreekt, en hoe dichtbij u komt, krijg ik de indruk dat u boos bent. Ik wil u graag helpen, alleen dan verwacht ik wel dat u zachter praat en uitlegt wat er is gebeurd.'

'U gaat me toch niet vertellen dat de afspraak écht niet doorgaat, hè!'

De agressor negeert de norm, en schiet door in zijn gedrag. Dit is het moment om hem tot de orde te roepen. Gebruik hiervoor de handvatten van spanningsregulatie: haal diep adem met de buik, houdt neutraal oogcontact en zorg voor een de-escalerende gedachte: 'de boosheid is niet op mij gericht, maar op de situatie.'

#### Interventie

Op duidelijke, stevige toon: 'U schreeuwt nu tegen me, alsof u me aanvalt. Zoals ik al zei: als u zo praat wil ik u niet helpen. U hebt de keus: óf u gaat door met wijzen, dichtbij staan en op dit volume tegen mij

spreken, dan verbreek ik het gesprek, óf u stopt met wijzen, doet een stap achteruit en loopt met me mee, dan gaan we kijken wat er aan de hand is. Aan u de keus.'

Grote kans dat de agressor hierna kiest voor de optie die hulp oplevert. Het kan echter zijn dat de agressor doorschiet, zoals ook gebeurde in de casus.

'Dit is de tweede keer dat de operatie niet doorgaat.' Hij klonk anders nu. Ingehouden. Hij deed een stap dichterbij. 'U gaat ervoor zorgen dat mijn vader geopereerd wordt. Vandaag nog. Daar heeft hij recht op! Anders weet ik je te vinden.'

Dit is duidelijk een bedreiging, D-gedrag, en tijd om een grens te stellen.

### ***Interventie***

Een extra stap achteruit doen, en wegdraaien van de agressor. Let hierbij op je ademhaling: blijf diep ademen, en creëer hiermee rust.

'U zegt nu tegen me dat ik ervoor moet zorgen dat uw vader geopereerd wordt, en u zegt letterlijk: anders weet ik je te vinden. Dat is een bedreiging, en dat accepteer ik niet. Aan u de keuze: of u wacht op de beveiliging, of u verlaat zelf het ziekenhuis. (Indien van toepassing ook aankondigen wat volgt op de grensoverschrijding, bijvoorbeeld een brief met een aanzegging van een gele of rode kaart.)

Daarnaast is het belangrijk om een uitweg te hebben. Wacht op veilige afstand 30 seconden de reactie van Frank af en ga zo nodig weg. Veiligheid voor alles!



# Redactie en auteurs

C.G.I. Asscher, Asscher Consultancy, Amsterdam

Em. prof. dr. A.P. Bos, kinderarts-intensivist, Haren

L. Chamuleau, directeur LUNIEK Training & Acteurs, Nijmegen

A.M. Eeckhout, psychiater, VU medisch centrum, Amsterdam

J.L. Falkenburg, geestelijk verzorger, Erasmus MC, Rotterdam

Prof. dr. J.B. van Goudoever, kinderarts, VU medisch centrum en Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Dr. C. Hagestein, psychiater en directeur Antes College, Antes, Rotterdam

F.R. de Jong, huisarts, Huisartsenpraktijk De Jong & Te Braak, Laren

A.P. Korevaar, arbeids- en organisatiepsycholoog, Universiteit Utrecht, Utrecht

J. de Kruijf, Zorgorganisatie Directeur-Bestuurder, Joyce-House, Boijl

Dr. M. van der Kuip, kinderarts-infectioloog, VU medisch centrum, Amsterdam

Prof. dr. M.M. Levi, bestuursvoorzitter en internist, University College London Hospitals, Londen

Prof. dr. S.A. Loer, anesthesioloog, VU medisch centrum, Amsterdam

I.M.A. Lukassen, kinderarts, St. Antoniusziekenhuis, Utrecht/Nieuwegein

Prof. dr. B.J.M. van der Meer, anesthesioloog, Amphia ziekenhuis, Breda

Dr. P.W.B. Nanayakkara, internist-acuut geneeskundige, VU medisch centrum, Amsterdam

K.-J. Nauta, psychiater, VU medisch centrum, Amsterdam

A.M.D. Nooteboom, psycholoog, Nooteboom Consult, Amsterdam

A.U.C.C. Nooteboom, chirurg n.p., Groningen

Prof. dr. S.M. Peerdeman, neurochirurg, VU medisch centrum, Amsterdam

Prof. dr. A.B.J. Prakken, kinderarts-reumatoloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht

Dr. R.J.M. Strack van Schijndel<sup>†</sup>, internist, VU medisch centrum, Amsterdam

O. El Tahir, arts, VU medisch centrum, Amsterdam

Dr. M.C. Visser, neuroloog, VU medisch centrum, Amsterdam

S.K. Westen, arbeids- en organisatiepsycholoog, interventiekundige (trainer, coach en adviseur), Hilversum

Prof. dr. A.M. Tutu van Furth, kinderarts-infectioloog, VU medisch centrum, Amsterdam

M.M. Weggemans, promovenda, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht

Dr. D.J. van Westerloo, intensivist, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Dr. G. Zeeman, gynaecoloog, Tjongerschans, Heerenveen

