

---

# REDACTIONEEL

Ambulante dwang als alternatief voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis. De ministers Sorgdrager van Justitie en Borst van VWS voelen er wel wat voor. Wel vinden de ministers dat er een nader onderzoek moet komen naar de juridische complicaties en vormgeving ervan. Mede naar aanleiding van de evaluatie van de wet-BOPZ en de reacties van de ministers daarop heeft de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) het initiatief van de NVSPV ondersteund voor een studiemiddag voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen over ambulante dwang. De redactie vindt dit een dermate belangwekkend onderwerp dat dit nummer van Sociale Psychiatrie er voor een groot deel aan gewijd is.

**Frans Verberk** constateert in het openingsartikel, dat tussen vrijwillige behandeling en intramurale dwangbehandeling geen alternatieven voor handen zijn die dwang op maat mogelijk maakt. Je zou het misschien kunnen vergelijken met wonen. of je woont zelfstandig in je eigen huis, of je bent opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Ook voor wonen zijn er in de afgelopen jaren differentiaties ontwikkeld die dichterbij de specifieke behoefte van de cliënt komen. Ontwikkelingen in de GGZ gaan zeker in de laatste jaren snel en het is de vraag of de BOPZ voldoende met die ontwikkelingen is meegegroeid. Frans probeert de lezer op geleide van vijf vragen te laten nadenken over de problematiek.

**Jan Lindeboom** belicht het thema vanuit z'n positie als lid van het algemeen bestuur van de cliëntenbond. Hij stelt dat dwang en behandeling in wezen onverenigbare zaken zijn. De cliëntenbond keurt dwang in de psychiatrische thuiszorg niet per definitie af, maar stelt wel dat gelijkwaardigheid

en vertrouwen essentieel zijn voor een behandelrelatie. Maatregelen onder dwang zullen angst oproepen en van gelijkwaardigheid is helemaal geen sprake. Regelmatig vraagt hij zich in z'n artikel af waarom in dit land de afhandeling van overlast van een 'gezond' persoon anders wordt afgehandeld dan de overlast van iemand met een psychiatrische aandoening. Een paar voorbeelden van zijn hand onderstrepen hoe belangrijk deze vraag eigenlijk is en hoe belangrijk het is om tussen vrijwillige behandeling en dwangopname methodieken te ontwikkelen die meer aandacht besteden aan de verhalen en achtergronden van mensen. Nu dreigt het teveel te verworden tot wachten op het geschikte moment om iemand onder dwang te kunnen opnemen.

**Tine van Duijn** laat zien dat er ook in de huidige praktijk mogelijkheden zijn om ambulante dwang toe te passen. In het Time Out Project in Rotterdam Zuid worden de 'moeilijkste' patiënten geholpen en daarbij worden de grenzen van de huidige BOPZ verkend. Door een vergaande samenwerking tussen medewerkers van de Riagg en medewerkers van de opname kliniek is het mogelijk om optimaal gebruik te maken van de BOPZ-geboden mogelijkheid om mensen tijdens het proefverlof intensief en waar nodig met enige dwang te begeleiden. Zij pleit ervoor om een onderzoek te doen naar de huidige mogelijkheden van de BOPZ alvorens nieuwe elementen aan de wet toe te voegen. Voorzichtigheid dus omdat er nog zeer veel vragen op een antwoord wachten. De laatste vraag van Tine spreekt in dat opzicht boekdelen. Hoe kunnen we op een of andere manier aan de weet komen wat nu werkelijk helpt bij dwang? 'Nog nooit is iemand vrijwillig gek geworden, zou dwang dan helpen bij genezing?'

Het laatste artikel over dwang is van **Albert Cohen**. Hij gaat in op het wettelijke kader waarbinnen ambulante dwang zicht afspeelt. Verruiming van de BOPZ voor ambulante dwangbehandeling is volgens Albert pas mogelijk en zinnig als de regeling van behandeling van iemand in de BOPZ, die niet wilsbekwaam is, wordt aangepast.

Kun je ambulante en ook klinische dwang voorkomen? Vormen van klinische dwang zoals isolatie of separatie zijn te voorkomen of tenminste sterk te reduceren. Dat kan door de intensiteit van de verpleging en begeleiding op te voeren tot een voortdurende één op één begeleiding. Een kostbare oplossing waarvoor alleen wordt gekozen in klinieken voor sterk gedragsgestoorde en agressieve (SGA) patiënten. Ook ambulante kun je ervoor kiezen om de aandacht voor de cliënten te vergroten. Dat betekent dan meer tijd en/of meerdere malen per week contact met de patiënt door een medewerker van een GGZ instelling. Het betekent ook steun bij allerlei praktische en materiële zaken en bij het vinden van zinvolle bezigheden.

**Gerard Vermont** schrijft in zijn bijdrage

over nog een andere vorm van hulp, die op termijn dwang kan voorkomen. Het Integratie Project Westerpark gaat op zoek naar mensen die wegwijnen zonder dat er door iemand hulp wordt geboden. Gerard probeert de mensen in een geëigend hulpkader te plaatsen. Een preventieve aanpak die probeert om escalatie, meer menselijk leed en dwang te voorkomen.

Van een dergelijke preventieve aanpak zou je ook kunnen spreken in de bijdrage van **Hennie Detiger**. Zij beschrijft de functie en taken van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in een zorgcentrum. Door haar consultatieve ondersteuning van de medewerkers van een groot verzorgingscentrum in Amsterdam wordt veel leed voorkomen en wellicht ook dwang.

In Mediaan verder weerwoord op geplaatste artikelen uit het decembernummer van Sociale Psychiatrie. Met name het 'Bericht uit Friesland' heeft (gelukkig ) een aantal scherpzinnige reacties opgeleverd.

Kees Onderwater