
BOPZ EN DWANG. MEER ZORG IS BETER!

Trijnie de Wit, sociaal psychiatrisch verpleegkundige werkzaam bij de Riagg RNW afdeling Sociale Psychiatrie. Het artikel is geschreven in het kader van het afstuderen voor de MGZ-GGZ aan de HvA juni 2001.

Inleiding

Er is ruim 22 jaar gepraat voordat de oude Krankzinnigenwet in 1994 vervangen kon worden door de wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. En nog steeds is de Bopz onderwerp van soms hevige discussies. Een van de onderdelen van deze discussie gaat over het mogelijk maken van ambulante dwang.

In het najaar van 2000 debatteerde de Tweede Kamer over de Voorwaardelijke Rechterlijke Machtiging; de maatregel die dwangbehandeling van mensen met psychiatrische problemen in hun thuissituatie mogelijk moet maken. In de Tweede Kamer ligt een voorstel van de minister van Volksgezondheid voor uitbreiding van de wet Bopz met een nieuwe maatregel; de Voorwaardelijke Rechterlijke Machtiging. De behandeling van dit wetsvoorstel zal zijn op 15, 16 of 17 mei. Als de kamer ermee instemt, wordt het mogelijk om mensen die een gevaar opleveren voor zichzelf of anderen, thuis onder dwang te kunnen behandelen zonder dat hier een opname aan vooraf hoeft te gaan. Op het debat op 7 maart jl. van het Basisberaad GGZ, een platform in de regio Rijnmond waar cliënten samen met hun hulpverleners en familieleden werken aan verbetering van de psychiatrie, werd gesteld dat ambulante dwang een onzalig voorstel is zolang de zorg voor psychiatrische patiënten in de samenleving nog veel te wensen overlaat (Schoemaker 2001: 7).

Dit was voor mij aanleiding om me te gaan verdiepen in de huidige mogelijkheden die de Wet Bopz biedt en

hoe dit in de praktijk wordt toegepast rondom het thema ambulante dwang om van daaruit te kunnen beargumenteren of uitbreiding van de mogelijkheden voor ambulante dwang wenselijk is.

Ik heb ervoor gekozen me te beperken tot de zorginhoudelijke aspecten omdat ik dit het meest relevant voor de beroepsuitoefening van de SPV vind. De SPV is immers de deskundige op het gebied van zorg voor mensen die lijden aan (ernstige) psychiatrische stoornissen. Als (gespecialiseerd) verpleegkundige houdt zij zich bezig met de gevolgen van deze psychiatrische stoornissen voor het dagelijks leven van patiënten, handelend vanuit het gedachtegoed van de Sociale Psychiatrie.

Hierdoor ben ik gekomen tot de volgende vraagstelling voor het schrijven van een artikel in het kader van de afstudeeropdracht voor de opleiding MGZ/GGZ:

Is het vanuit zorginhoudelijke argumenten wenselijk dat de mogelijkheden van ambulante dwang worden verruimd en wat is de rol van de SPV hierin?

De vraagstelling heb ik opgesplitst in de volgende deelvragen;

1. *Wat is de huidige stand van zaken rondom de Bopz?*
2. *Welke ethische aspecten spelen een rol?*
3. *Welke mogelijkheden biedt de wet Bopz in het kader van ambulante dwang en wat betekent de uitbreiding hiervan?*
4. *Welke aanbevelingen zou men kunnen doen voor het verbeteren van de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten in het kader van ambulante dwang?*

5. *Is het wenselijk dat de mogelijkheden voor ambulante dwang worden verruimd?*

De Bopz; de stand van zaken

Met de invoering van de Wet Bopz in 1994 is het opleggen van vrijheidsberoving en behandelingen tegen de wil van mensen met psychiatrische problemen beter geregeld. Hier ging een lange maatschappelijke discussie aan vooraf. Het belangrijkste verschil met haar voorganger, de oude Krankzinnigenwet uit 1884, is dat de interne rechtspositie van de patiënt geregeld is. Verder werd passend in de tijdsgeest het *bestwilcriterium* uit 1884 vervangen door het *gevaarscriterium*: voor het toepassen van dwang is het noodzakelijk dat er ten gevolge van psychiatrische problemen sprake is van gevaar voor de patiënt zelf of voor zijn omgeving en dat het gevaar niet anders dan door opname kan worden afgewend. Volgens het *bestwilprincipe* moet dwang mogelijk zijn indien het belang van de patiënt, dienst bestwil, daarmee is gediend. Echter in situaties waar die dwang volgens het *bestwilprincipe* werd toegepast bleken talrijke belangen aan de orde te zijn: van burens, familie, politie, instanties enzovoort, die voor het gemak werd aangeduid met "bestwil" (Janssen en Donker 1989). Het *bestwilprincipe* kan zo leiden tot willekeur, zeker omdat blijkt dat behandelaars onderling sterk van mening verschillen over wat in het belang van de patiënt is.

Gevaar legitimeert onder strikte voorwaarden ingrijpen op het zelfbeschikkingsrecht waardoor behoedzamer wordt omgegaan met het toepassen van dwang.

Daarmee word een nieuwe balans gevonden tussen recht op zelfbeschikking en bescherming van het individu en de samenleving (Mos 2000: 19).

Deze balans heeft zowel consequenties voor de cliënt als diens sociale omgeving. Voor de patiënt is de vraag of de -op het uitgangspunt van

zelfbeschikking gebaseerde- criteria voor dwangtoepassing niet een groot risico met zich meebrengen op gezondheidsschade en op een afglijden naar een situatie van verkommering en verloedering. De sociale omgeving wordt geconfronteerd met onhanteerbaar deviant gedrag waar ook bijvoorbeeld de politie geen raad mee weet (Kabinetstandpunt 1997:14).

Autonomie als recht of vermogen; ethische aspecten

Het ethisch beginsel van respect voor autonomie is een belangrijke toetssteen binnen de zorgpraktijk van de GGZ. Juridisch heeft dit beginsel een vertaling gekregen in het principe van zelfbeschikking wat, zoals eerder beschreven, een belangrijk uitgangspunt vormt voor de wet Bopz. Het positieve gevolg hiervan is dat er meer ruimte is gekomen voor de inbreng van de patiënt in de zorgverlening. Schaduwzijden zijn echter het risico van verwaarlozing van de patiënt, die zich aan zorg onttrekt, en het spanningsveld tussen de rechtspositie van de patiënt en de beroepsethiek van de zorgverlener.

Dit riep bij mij de vraag op hoe het autonomieconcept opgevat zou kunnen worden binnen de psychiatrische zorgverlening waarbij er meer recht wordt gedaan aan de alledaagse praktijk. Als we het hebben over autonomie speelt het concept van vrijheid een belangrijke rol. Berlin onderscheidt negatieve en positieve vrijheid (Berlin 1996). Bij negatieve vrijheid ligt het accent op het feit dat iemand kan handelen zonder dwang of bemoeienis van anderen (*freedom from*). Het is deze negatieve vrijheidsopvatting die ook wel gekwalificeerd is als het "recht om met rust gelaten te worden" die ten grondslag ligt aan de heersende opvattingen over autonomie. Bij positieve vrijheid gaat het om de vergroting van de handelings- en keuzevrijheid van mensen (*freedom to*). Positieve vrijheid richt zich op het vermogen van een persoon om de bron van zijn beslissingen te zijn en om een

leven te leiden in overeenstemming met eigen redenen, doelen en plannen. Negatieve vrijheid heeft vooral een beschermende functie, positieve vrijheid is ondersteunend en bevorderend. Tegenover autonomie als recht spreekt men in dit verband wel van autonomie als vermogen. De filosoof Moody werkt een benadering uit die een uitwerking geeft van autonomie als vermogen (Moody 1992). Hij benadert autonomie niet vanuit een individueel perspectief maar vanuit een contextuele benadering. Het ideaal van de menselijke waardigheid bestaat namelijk voor hem niet alleen uit op zichzelf staande handelingen, rationele overwegingen of het geven van toestemming, maar wordt voornamelijk bepaald door sociale communicatieprocessen. Hij spreekt over autonomie in communicatie en werkt vier vormen van interventies uit met als doel te komen tot *negotiated consent* (overeenstemming door onderhandeling) in plaats van *informed consent* (geïnformeerde toestemming):

Advocacy (opkomen voor)

De zorgverlener stelt zich op als advocaat van de patiënt en probeert diens belangen te verdedigen indien er sprake is van externe bedreigingen van de vrijheid van de patiënt. Hij maakt zich sterk voor de legitieme belangen van de patiënt en speelt een bemiddelende rol naar anderen.

Empowerment (in staat stellen)

Dit heeft betrekking op interne bedreigingen van iemands authentieke keuzen en bestaat uit het aanvullen van tijdelijke gebreken als gevolg van bijvoorbeeld ernstige psychopathologie. Een voorwaarde voor deze vorm van interventie, die de authentieke autonomie tracht te bevorderen, is een langdurige persoonlijke relatie en oprechte betrokkenheid.

Persuasion (overtuigen)

Overtuigen is binnen het onderhandelen

een rationele manier om argumenten naar voren te brengen die binnen het perspectief van de patiënt passen en daardoor deze ertoe kunnen aanzetten de eigen mening te wijzigen. Het gaat daarbij niet slechts om het geven van advies aan patiënten die niet meegaand zijn, maar er moet een basis zijn van wederzijds vertrouwen en de persoonlijke relatie tussen patiënt en zorgverlener.

Making decisions for others (overnemen van beslissingen)

Het overnemen van beslissingen lijkt gerechtvaardigd te zijn als de wilsbekwaamheid van de patiënt beperkt is, maar dit brengt niet met zich mee dat er geen onderhandeling meer plaatsvindt. Dit is alleen aan de orde indien alle andere stappen gefaald hebben. Er wordt niet gehandeld vanuit het bestwilprincipe maar vanuit het idee dat er alleen maar achter gekomen kan worden wat goed zou kunnen zijn voor de patiënt door verantwoordelijkheden over te nemen. Deze benadering van het autonomieconcept biedt mijns inziens meer aanknopingspunten voor de alledaagse praktijk van de (ambulante) psychiatrische zorgverlening, ook voor de eventuele toepassing van dwang en drang in de ambulante situatie. De passieve rol van de zorgverlener wordt op deze manier getransformeerd tot een rol die meer ruimte laat voor inbreng van de zorgverlener (Widdershoven e.a., 2000: 389-398).

Ambulante dwang; juridische aspecten

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg omschrijft in het rapport *Beter (z)onder Dwang* het begrip *dwang* als volgt (Beter (z)onder dwang 1997: 13): "*Er is sprake van dwang als iemand tegen zijn wil tot enig doen of nalaten wordt genoodzaakt. Degene om wie het gaat heeft wat dit betreft geen enkele keuze meer en wat er dan gebeurd is altijd tegen zijn wil*".

Het begrip *ambulant* slaat op alle situaties waarbij geen sprake is van een opname in een intramurale instelling. Ik wil de volgende mogelijkheden van ambulante dwang verder toelichten;

- Ambulante dwang als nazorg
- Ambulante dwang als alternatief

Ambulante dwang als nazorg, als vervolg op een klinische dwangopname, behoort al tot de mogelijkheden in de Wet Bopz; de artikelen 45 t/m 47 bevatten regels voor (proef)verlof, voorwaardelijk ontslag en de intrekking daarvan.

De geneesheer-directeur verleent het voorwaardelijk ontslag als

- a. het gevaar, voortvloeiend uit een stoornis der geestvermogens, dusdanig is verminderd dat het verantwoord is ontslag onder bepaalde voorwaarden te verlenen en
- b. als dit in het belang van de patiënt is (!)

De voorwaarden moeten betrekking hebben op het gedrag van de patiënt en ze mogen de godsdienstige en staatkundige vrijheid van de betrokkene niet beperken. Deze beperking vindt zijn rechtvaardiging in de grondrechten. Niet alleen verboden, maar ook actief handelen van de betrokkene kan aan zijn voorwaardelijk ontslag als voorwaarde verbonden worden (Keurentjes 1996: 70-79).

Indien de termijn van de machtiging verloopt terwijl de patiënt met voorwaardelijk ontslag is kan worden besloten alsnog een machtiging tot voortgezet verblijf aan te vragen; een zogeheten *Paraplumachtiging*. De Hoge Raad heeft in een beschikking, d.d. 11-12-98, gesteld dat dit een geoorloofde handelswijze is die aansluit bij de mogelijkheden van voorwaardelijk verlof en voorwaardelijk ontslag (Gevaar in de Wet BOPZ 2000: 23).

Deze beschikking sluit inhoudelijk aan bij de beslissing van het Kabinet in het kader van evaluatie Wet Bopz om ambulante dwangbehandeling een wettelijke basis te geven.

Ambulante dwang als alternatief wil de Raad mogelijk maken, wat geresulteerd heeft in het huidige wetsvoorstel voor het mogelijk maken van een Voorwaardelijke Rechterlijke Machtiging. Het gaat dan om situaties waarin iemand voldoet aan de criteria voor dwangopneming. De patiënt krijgt de keuze voorgelegd tussen dwangopneming in de kliniek of het innemen van medicijnen in de ambulante situatie, wat gepaard dient te gaan met een ambulante steunstructuur. Als de rechter deze Rechterlijke Machtiging onder voorwaarden oplegt en de patiënt houdt zich niet aan die voorwaarden, kan de Voorwaardelijke Rechterlijke Machtiging alsnog omgezet worden in een (onvoorwaardelijke) Rechterlijke Machtiging en een dwangopname volgen. Om het een en ander te verduidelijken wil ik overgaan tot het beschrijven van een casus.

Casus; Ambulante dwang

Een jaar of twee geleden heeft Ypsilon, de vereniging voor familieleden van mensen met schizofrenie, een casus geschreven met inhoudelijk commentaar over het mogelijk maken van ambulante dwang op verzoek van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

Casus 44

J. is nu 43 en al vanaf zijn achttiende jaar ziek. Zijn voorgeschiedenis leert dat hij redelijk kan functioneren zolang hij medicatie gebruikt. Des te treuriger is het dat J. elke keer nadat hij opgenomen is geweest zijn medicatie weer laat staan. Dat roept direct tal van vragen op:

Heeft J. ooit wel eens psycho-educatie gehad? En zo ja, wat was de kwaliteit ervan? En: wat maakt dat J. zijn medicatie telkens weer laat staan? Hoe goed heeft de hulpverlening naar de bezwaren tegen de verstrekte medicatie van J. geluisterd? Heeft die met hem

gedacht over een ander alternatief dan simpelweg stoppen?

Vanaf januari 1994 gaat het weer slecht met J. en het duurt tot augustus voor hij opnieuw met een RM (Rechterlijke Machtiging) wordt opgenomen. Het patroon is weer identiek aan de opnamen van voor die tijd. Crisis, opname, instellen op medicatie, ontslag, geen goede nazorg en begeleiding, stoppen met medicatie, crisis...

De wet Kwaliteit Zorginstellingen gebiedt de instelling goede zorg te leveren. Hieronder valt ook de zorg die het APZ in aansluiting op het ontslag levert. De nazorg laat in dit geval telkens weer te wensen over. J. zou een casemanager moeten krijgen die hem na ontslag verder ambulante begeleidt. Deze zou hem moeten steunen bij het innemen van medicatie (waarbij depotmedicatie voor de hand ligt) en met J. moeten zoeken naar een dagbesteding op maat omdat die ertoe kan bijdragen dat een terugval wordt voorkomen.

J. is een typerend voorbeeld van iemand voor wie ambulante dwangbehandeling een uitkomst zou zijn. Hij behoort tot de groep die voldoet aan de volgende criteria:

- *Hij is al bij de hulpverlening bekend;*
 - *Hij vertoont wisselende fases, waarin er soms wel en soms geen besef is dat hij de medicatie nodig heeft;*
 - *Hij is in staat zelf de keuze te maken tussen hetzij ambulante dwangbehandeling hetzij (eventueel voortgezette) opname;*
 - *Hij reageert goed op medicatie die in depotvorm kan worden verstrekt;*
 - *Hij beschikt over behoorlijk onderdak.*
- Indien sprake is van al deze criteria, dan zou een procedure voor ambulante dwang in werking kunnen worden gesteld.*

Ik wil bovenstaande casus analyseren door vanuit de invalshoeken van de diverse betrokkenen naar de situatie te kijken.

Het perspectief van de patiënt

In de beschreven casus komt J. niet aan het woord wat veel vragen oplevert. Wat vindt hij er eigenlijk van en hoe zou hij het liefst geholpen willen worden. Deze vragen kunnen pas beantwoord worden indien er sprake is van een vertrouwensrelatie met zijn zorgverlener waarin op gelijkwaardige wijze wordt gecommuniceerd. Daar stuit ik direct op het eerste dilemma, namelijk wanneer er sprake is van ambulante dwang komt deze gelijkwaardigheid in het gedrang. Ik ga er vanuit dat J. het liefst in zijn eigen omgeving is en dat het voor hem heel belangrijk is dat hij zo autonoom mogelijk kan functioneren, wat voor hem niet betekent dat hij geen bemoeienis wil van anderen in zijn leven (negatieve vrijheid), maar dat hij inbreng, medezeggenschap en keuzevrijheid heeft (positieve vrijheid). Ergens weet J. wel dat hij iets mankeert, maar omdat hij zo achterdochtig is komt hij niet altijd zijn afspraken na met hulpverleners en bovendien heeft hij andere prioriteiten. Om een prettig leven te kunnen leiden heeft hij een rustige omgeving nodig, wat hulp in de huishouding want daar is hij nog nooit goed in geweest, iemand die hem helpt met zijn paperassen en zijn financiën en af en toe wat gezelschap van iemand die de tijd voor hem neemt. Die medicatie neemt hij dan maar voor lief, alhoewel als hij het niet meer wil nemen, neemt hij het niet!

Het perspectief van de omgeving

De familie van J., met name de moeder en zijn oudste zus houden hun hart vast wanneer J. weer in zijn eigen huis is. Hij is zo eigenwijs en de kans is groot dat hij stopt met zijn pillen, dat heeft hij namelijk al vaker gedaan met alle ellende van dien. J. luistert niet naar hen en met de

hulpverlening hebben ze ook geen goede ervaring. Zij kunnen pas iets doen als het echt uit de klauwen loopt en verder hebben ze nooit tijd of zijn ze vrij.

Bovendien als J. geen toestemming geeft willen ze niet eens naar hen luisteren. Ze moesten eens weten wat we allemaal met hem meegemaakt hebben.

Het perspectief van de hulpverlener

De SPV van het RIAGG krijgt J. aangemeld voor nazorg in het kader van een voorwaardelijk ontslag. Echter J. blijkt al een maand met ontslag te zijn voordat de aanmelding op het bureau ligt. De SPV nodigt J. een aantal keren uit voor een gesprek op kantoor, maar hij verschijnt niet. Er wordt een huisbezoek gedaan waarbij J. wat achterdochtig reageert. Hij heeft er toch niet om gevraagd dat er een onbekende bij hem langs kwam om hem te controleren. Of de SPV nog iets voor hem kan doen? Nu, zijn uitkering is op en hij moet nog twee weken. Daar was de SVP echter niet voor gekomen, zij heeft zijn medicatie bij zich. Na wat aandringen accepteert hij die maar om van het gezeur af te zijn. De SPV gaat opgelucht door naar de volgende patiënt.

Het perspectief van de instelling

J. is een oude bekende van de Opnameafdeling. Als hij eenmaal opgenomen is accepteert hij wel weer medicatie, mede omdat hij weet dat hij dan niet al te lang hoeft te blijven. Bovendien, de structuur en regelmaat doen hem goed. Het is een kwestie van even op de rails zetten. Hij kan niet te lang blijven want er zijn nog veel wachtenden achter hem. Aanmelden bij het RIAGG, uitbreiden van vrijheden en J. gaat weer naar huis. Tot de volgende keer Jan!

Het perspectief van de samenleving

J. is weer terug, gonst het in de buurt. Hij blijkt als een aantal weken met ontslag te zijn. Niemand is echt blij. Het is geen kwaai jongen, maar hij hoort eigenlijk in een inrichting. Hij heeft hulp nodig, maar het RIAGG doet niets. De wijkagent gaat even op de koffie bij hem. Ze kunnen het wel aardig met elkaar vinden. Als de

situatie echter weer zo uit de klauwen loopt zal hij er hoogst persoonlijk voor zorgen dat J. opgenomen wordt, al moet hij hem zelf brengen. De woningbouwvereniging heeft nog een schuld te vereffenen, dus ze gaan weer aanmaningen sturen echter J. maakt zijn post niet altijd open. Een van de consulenten heeft wel een redelijk contact met hem en probeert zo goed en zo kwaad als het kan hem over te halen de huur automatisch af te laten schrijven. Ze zou echter graag hebben dat J. wat intensiever werd begeleid. Het is toch een rare en als het gaat zoals de vorige keer zullen ze een uithuiszettingsprocedure niet meer uitstellen. Je moet ook aan zijn omgeving denken.

Bovenstaande analyse van de diverse belangen riep bij mij de vraag op of het uitbreiden van de mogelijkheden voor ambulante dwang nu een oplossing biedt voor de problemen die worden beschreven in de casus. Binnen de huidige mogelijkheden van de wet Bopz zou J. met een *Paraplumachtiging* waarschijnlijk een heel eind komen wat betekent dat er door de instelling een verlenging van de rechterlijke machtiging wordt aangevraagd zonder dat J. ook werkelijk opgenomen hoeft te blijven. Het struikelblok lijkt echter veel meer de organisatie van zorg te zijn en de randvoorwaarden die aanwezig dienen te zijn om deze zorg uit te kunnen oefenen. Ypsilon gaat uit van een pragmatische benadering; als de wet Bopz verkeerd wordt uitgelegd, staat het er verkeerd en moet het beter, immers de praktijk is weerbarstiger dan de wetgever haar heeft bedoeld, met schrijnende verhalen tot gevolg. Het is echter de vraag of deze schrijnende verhalen voorkomen kunnen worden door mogelijkheden te creëren om de betreffende mensen ambulante onder dwang te behandelen zonder ze op te nemen. Voor de duidelijkheid; ook in deze situatie dient er sprake te zijn van gevaar volgens de criteria van de Bopz

voor een gedwongen opname in het kader van een rechterlijke machtiging! De maatschappij lijkt er klaar voor te zijn! Het psychiatrisch ziekenhuis kampt met een ernstig beddentekort en de politie heeft er genoeg van om op onze patiënten te passen die regelmatig overlast bezorgen door hun afwijkend gedrag. Diverse belangen spelen een rol waarin het gevaar van maatschappelijke uitstoting en marginalisering van deze groep op de loer ligt. Vanuit het gedachtegoed van de Sociale Psychiatrie zou men als SPV oog moeten hebben voor deze processen. Het gaat om de patiënt in zijn maatschappelijke en sociaal-culturele context, hun behoeften en de directe omgeving; familie, sociale netwerk, professioneel netwerk. Ook beschouwt men het als taak van de Sociale Psychiatrie het publiek bewust te maken van de maatschappelijk invloed van problemen. Het flexibel georganiseerde hulpaanbod – waar nodig outreachend; langdurige hulp met wisselende intensiteit, crisisinterventie, psycho-educatie en rehabilitatie- vergt flexibele hulpverleners die creatief en praktisch zijn ingesteld. Belangrijk voor hen is inbreng, medezeggenschap en keuzevrijheid van hun patiënten (Onderwater e.a., 1999: 372-373). Veel werk aan de winkel voor de SPV!

Aanbevelingen voor de zorg

Ambulante dwang toegepast in het kader van een voorwaardelijk ontslag past mijn inziens eerder binnen de definitie van drang dan binnen de definitie van dwang. Indien het uitgangspunt van *negotiated consent* (overeenstemming door onderhandeling) als basis dient voor het voorwaardelijk ontslag dient er overeenstemming te zijn van alle partijen. Hierbij dient de inbreng, medezeggenschap en (beperkte) keuzevrijheid van de patiënt een rol te spelen. Ik geef er de voorkeur aan om te spreken van voorwaardelijke zorg in plaats van ambulante dwang, waarbij er zowel voorwaarden gesteld worden aan

de patiënt, als aan zijn omgeving en de hulpverlening.

Gezien de vraagstelling van het artikel wil ik me beperken tot aanbevelingen voor de zorgverlening, in het bijzonder voor de SPV.

Gerard Lohuis destilleert in zijn artikel een aantal methodische principes (Lohuis 1999: 73). Aan de hand van deze principes wil ik mijn aanbevelingen verder vormgeven.

1. Continuïteit van zorg

Om de continuïteit van zorg te handhaven had het in de casuïstiek van J. van belang geweest dat er een SPV was geweest die J. gedurende het hele proces had gevolgd en hierdoor in staat was geweest een vertrouwensrelatie op te bouwen, immers de relatie is het vervoermiddel om afspraken te kunnen maken (Lohuis 1999: 82). De term *casemanager* vind ik niet zo gelukkig, omdat de patiënt wordt gereduceerd tot een "case". Bovendien zijn er diverse disciplines die zich deze term toe-eigenen wat het er niet duidelijker op maakt. Ik zou de voorkeur geven aan de term zorgcoördinatie waarbij ik vind dat dit een vast onderdeel behoort te zijn van het takenpakket van de SPV in plaats van dat er gekozen wordt voor het apart aanstellen van zorgcoördinatoren volgens het makelaarsmodel. Kroon heeft een aantal effectstudies geanalyseerd waaruit bleek dat de intensieve variant van zorgcoördinatie significant betere resultaten heeft dan het makelaarsmodel, waarbij de hulpverlener uitsluitend een coördinerende rol heeft (Kroon 1996). Zorgcoördinatie heeft alleen kans van slagen indien de diverse instellingen betrokken bij de zorg voor deze patiënten bereid zijn om beter te gaan samenwerken.

De SPV kan hierdoor de zorg beter op elkaar afstemmen. Gedurende de opname van J. was het bijvoorbeeld zinvol geweest als de SVP was betrokken bij het beleid.

2. Gelijkwaardigheid in de relatie

In de hulpverleningrelatie dient de autonomie als vermogen bevorderd te worden voor de patiënt. Naast de eerder genoemde strategieën van *advocacy*, *empowerment*, *persuasion* en *taking decisions for others* biedt het gedachtegoed van de Rehabilitatie uitgangspunten voor het bevorderen van de autonomie, namelijk eerherstel en uitgaan van iemands mogelijkheden, rekening houdend met iemands beperkingen (Droes 1996).

3. Grenzen stellen

Bij langdurige begeleidingen is het contact over en weer een grenzenstellend proces.

Alberto Pessa (Attekum 1997) gaat er vanuit dat het contact tussen mensen aan een aantal voorwaarden moet voldoen, wil het voor beide partijen de mogelijkheden bieden zichzelf te ontplooiën. Drie belangrijke voorwaarden zijn;

S acceptatie

S grenzen stellen

S veiligheid

Ik wil me beperken tot het uitwerken van het onderdeel grenzen stellen, aangezien het bovenstaande een artikel apart zou kunnen worden.

Het is een kunst om op een goede manier grenzen te stellen in de relatie met de patiënt. In de constructie van een paraplumachtiging dienen deze grenzen duidelijk te zijn omschreven, echter een blik in de dossiers van patiënten die met voorwaardelijk ontslag zijn leert dat het duidelijk omschrijven van de voorwaarden te wensen overlaat. De Bopz geeft als enige beperking aan dat de voorwaarden betrekking dienen te hebben op het gedrag van de patiënt en dat zijn godsdienstige en staatkundige vrijheid niet beperkt dienen te worden. Dit biedt mijns inziens veel mogelijkheden en (onderhandelings)ruimte die niet altijd voldoende wordt benut. Dit wordt bevestigd in het Kabinetsstandpunt Evaluatie Bopz waar wordt gesteld dat er geen bruikbare gegevens voorhanden

zijn over de mate waarin deze vorm van ambulante dwangbehandeling wordt toegepast. Het zou zinvol zijn hier nader onderzoek te verrichten voordat een beslissing wordt genomen over verruiming van de mogelijkheden tot ambulante dwang.

4. Onderhandelen

Onderhandelen is een van de strategieën die een SPV gebruikt. Henselmans, de uitvinder van de term *bemoeizorg*, spreekt over een aantal benaderingwijzen die de hulpverlener tot zijn beschikking staan namelijk; de pedagogische benadering, de benadering als koopman, de benadering als diplomaat en de benadering als onderhandelaar (Henselmans 1993). Deze benaderingen bieden handvatten in de zorg voor ambulante patiënten met langdurige psychiatrische problemen.

5. Netwerkenbenadering

Behalve met de patiënt dient er ook contact gelegd en onderhandeld te worden met anderen (familieleden, buurtgenoten en maatschappelijke instellingen) om uitstotings- en uitsluitingsprocessen te voorkomen. Hiervoor staan ons diverse netwerkstrategieën tot de beschikking. In de casus van J. had het zinvol geweest als er vanuit de hulpverlening contact was gezocht met de moeder en zus van J., de wijkagent en de woningbouwvereniging. Zij zijn immers degenen die het meest met J. te maken krijgen als hij weer thuis is. Afspraken over deze communicatie zouden vastgelegd kunnen worden in het behandelplan.

Samenvatting en conclusie

Al de bovenstaande aspecten van zorg mogen als bekend verondersteld worden bij de beroepsgroep. De vraag blijft hierbij liggen wat nu maakt dat die zorg niet of niet voldoende wordt ingezet. In dit artikel heb ik me willen beperken tot de zorginhoudelijke aspecten. Mijns inziens zou de SPV zich meer moeten profileren

als zijnde een specialist in de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, zeker in de complexe situatie wanneer er sprake is van ambulante dwang ofwel voorwaardelijke zorg.

In dit artikel heb ik onderzocht hoe vanuit de huidige wetgeving omtrent ambulante dwang de zorg vormgegeven zou moeten worden voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen. Hierbij heb ik zowel gekeken naar ethische aspecten, juridische aspecten als naar de feitelijke zorg om vervolgens kritisch te kijken naar de roep vanuit de samenleving om de mogelijkheden van ambulante dwang uit te breiden.

Ik ben tot de overtuiging gekomen dat deze roep om de uitbreiding van de mogelijkheden voortkomt uit het feit dat de huidige zorgverlening omtrent deze patiënten te wensen overlaat. De SPV

heeft voldoende kennis en vaardigheden in huis om de belangen van deze patiënten te behartigen. Instellingen dienen de SPV hier ook toe in staat te stellen!

Het zou zinvol zijn om ook op het niveau van de diverse instellingen, die betrokken zijn bij deze patiënten, met elkaar om te tafel te gaan om afspraken te maken over welke minimale voorwaarden er gerealiseerd dienen te worden om ambulante dwang volgens het huidige voorwaardelijke ontslag vorm te kunnen geven. Het is namelijk de vraag welke partij zich niet aan de voorwaarden houdt. Uitbreiden van de mogelijkheden van ambulante dwang omdat mensen hun werk niet goed doen is niet wenselijk. Dwang, dus ook ambulante dwang, is nooit een oplossing en dient alleen dan toegepast te worden als alle alternatieve mogelijkheden voldoende zijn benut.

Literatuurlijst

Attekum, M. van,
Aan den lijve: lichaamsgerichte
psychotherapie volgens Pesso (Lisse: Swets
en Zeitlinger, 1997)

Berghmans, R.,
Kabinetsstandpunt evaluatie wet BOZP: een
commentaar (Tijdschrift voor geneeskunde en
ethiek 8, 1998, pg. 70-74)

Berlin, I.,
Four essays on liberty (Oxford: Oxford
University Press, 1969)

Droes, J.,
Zorgcoördinatie, casemanagement en
rehabilitatie (Passage, 1996)

Henselmans, H.,
Bemoeizorg: ongevraagde hulp voor
psychotische patiënten (Delft: Eburon, 1993)

Janssen, M. en M. Donker,
Psychiatrische besluitvorming rond
gedwongen opname (MGV 44, 1989, pg. 619-
633)

Keurentjes, Mr. R.B.M.,
De Wet BOPZ: De betekenis voor de
beroepsbeoefenaren in de geestelijke
gezondheidszorg (Lelystad: Koninklijke
Vermande bv, 1996, tweede gewijzigde druk)

Kroon, H.,
Groeiende zorg: ontwikkelingen van
casemanagement in de zorg voor chronisch
psychiatrische patiënten (Utrecht: Proefschrift
NCGV-reeks, 1996, pg. 96-113)

Kuypers, P., J. van der Lans,
Naar een modern paternalisme: over de
noodzaak van sociaal beleid (Amsterdam: De
Balie, 1994)

Lohuis, G.,
Begeleiding als grenzen-stellend proces
(NWO-onderzoek Dwangpreventie,
Groningen, 1999 pg. 71-83)

Moody, H. R.,
Ethics in an aging society (Baltimore/London:
The Johns Hopkins University Press, 1992)

Mos, M.,
De roep om dwang tegen mensen met
problemen (Versie: Tijdschrift voor
gezondheid, burgerschap en politiek 3,
september 2000)

Onderwater, K., I. van der Padt en M. de
Leeuw,
Verpleegkundigen, verantwoorde partners in
de GGZ (MGV 4, 1999, pg. 369-375)

RVZ,
Beter (z)onder dwang? (Raad voor de
Volksgezondheid & Zorg, Zoetermeer,
augustus 1997)

Verberk, Drs. F.,
Opnamevoorkomend: ambulante
dwang? (Vakblad Sociale Psychiatrie 4, april
1997, pg. 7-14)

Schoemaker, B.,
Ambulante dwang onzalig voorstel (Psy 5,
maart 2001, pg. 7)

VWS,
Gevaar in de Wet BOPZ: Het gevaarscriterium
bij opname en ontslag (Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Inspectie
voor de Gezondheidszorg, Den Haag,
augustus 2000, herziene uitgave)

VWS,
Kabinetsstandpunt Evaluatie van de Wet Bopz
(Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport, Ministerie van Justitie, Rijswijk,
december 1997)

Widdershoven, G.A.M., R.L.P. Berghmans,
A.C. Molewijk,
Autonomie in de psychiatrie (Tijdschrift voor
Psychiatrie 42, 2000, pg. 389-398)