

# Afwenden van gevaar

---

NcGv

Mogelijkheden om buiten  
het psychiatrisch ziekenhuis  
gevaar af te wenden

Gee de Wilde  
Rob Bijl

NcGv-reeks 93-22

## Afwenden van gevaar

---

NcGv

Mogelijkheden om buiten  
het psychiatrisch ziekenhuis  
gevaar af te wenden

Gee de Wilde  
Rob Bijl

Nederlands  
centrum  
Geestelijke  
volksgezondheid

Utrecht, december 1993

**NcGv-project      Afwenden van gevaar**

Projectleiding:      mw. dr. M. Donker  
Projectuitvoering:    drs. R. Bijl  
                              drs. G. de Wilde  
Secretariaat:        mw. L. van Waalwijk van Doorn  
Redactie en lay-out:    R. Olij  
Omslagontwerp:      H. Sierman, bNO  
Productie:            NcGv in samenwerking met uitgeverij  
                              Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

*Begeleidingscommissie*

drs. O.H. Brook      GHIGV, Rijswijk  
mw. drs. M. Verweel    GVC, ministerie van WVC, Rijswijk

*CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag*

Wilde, Gee de

Afwenden van gevaar : mogelijkheden om buiten het psychiatrisch ziekenhuis gevaar af te wenden / Gee de Wilde, Rob Bijl. - Utrecht : Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid. - (NcGv-reeks ; 93-22)

Met lit. opg.

ISBN 90-5253-107-2

Trefw.: psychiatrie.

© 1993 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het NcGv.

## Inhoud

Voorwoord	VII
<b>Samenvatting</b>	1
<b>1      Inleiding</b>	5
<b>2      Enkele begrippen nader toegelicht</b>	7
2.1    De BOPZ en het 'ultimum remedium'-principe	7
2.2    Het gevaarscriterium	8
2.3    Het 'ultimum remedium'-principe	9
2.4    Het afwenden van gevaar	11
<b>3      De vraagstelling en de werkwijze van het onderzoek</b>	13
3.1    De vraagstelling	13
3.2    De werkwijze	13
<b>4      Denkbaar alternatieven om gevaar af te wenden</b>	17
4.1    Algemeen	17
4.2    Randvoorwaarden bij het succesvol zoeken naar alternatieven voor het afwenden van gevaar	19
4.3    Handelwijzen in situaties waarin onmiddellijk dreigend gevaar bestaat	22
4.4    Handelwijzen in situaties, waarin geen sprake is van direct gevaar	24
4.5    Stadia van handelen	30
4.6    Actoren	31
<b>5      Protocollering</b>	37
5.1    Aanbevelingen, checklists in de literatuur	38
5.2    Checklist op basis van onderhavig onderzoek	40
<b>6      Haalbaarheid en toelaatbaarheid</b>	47
6.1    Haalbaarheid en randvoorwaarden	47
6.2    Toelaatbaarheid van ambulante drang en dwang	50
6.3    Mogelijke gevolgen van 'het afwenden van gevaar' in de BOPZ op langere termijn: de spanning tussen het denkbare en het haalbare	55
<b>Literatuur</b>	61
<b>Bijlage 1: Deelnemers aan discussie</b>	65
<b>Over de auteurs</b>	66

## Voorwoord

Met ingang van 1994 gelden voor de gedwongen opneming van psychiatrische patiënten andere regels en criteria. Dan is immers de Krankzinnigenwet uit 1884 vervangen door de BOPZ, de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. Al onder de Krankzinnigenwet gold dat - om een gedwongen opneming mogelijk te maken - de betrokkene gevaarlijk moet zijn en dat dit gevaar bovendien moet worden veroorzaakt door een geestesstoornis. Nieuw is echter de eis dat dit gevaar niet kan worden afgewend door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis: onvrijwillige opneming moet een uiterste middel zijn, een 'ultimum remedium'.

In dit rapport wordt op basis van een literatuurverkenning en discussierondes met experts geëxploreerd, welke invulling het ultimum remedium criterium zou kunnen krijgen: welke 'personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis' zouden het gevaar kunnen afwenden, en hoe zouden zij dit moeten aanpakken? Welke randvoorwaarden moeten daarvoor aanwezig zijn, en welke ethische en juridische dilemma's zijn te voorzien?

Het rapport beoogt aan alle betrokkenen die met gedwongen opneming in het kader van de BOPZ in aanraking komen, concrete handvatten te geven voor hun praktijk. De auteurs hopen dat het nuttig is voor de psychiater die gevraagd wordt in een crisissituatie hulp te verlenen en zonodig een geneeskundige verklaring uit te schrijven. Tot de doelgroep behoren ook de advocaten en rechters die de noodzaak van gedwongen opneming moeten toetsen aan de aan- of afwezigheid van alternatieven. Uit het rapport zal echter duidelijk worden, dat de kring van 'betrokkenen' bij gedwongen opneming nog veel breder is: soms kunnen burens, familieleden, gezinsverzorging, politie, daklozenopvang of geestelijke verzorgers veel doen om de situatie ten goede te wenden. Ook de cliënt zelf kan een bijdrage leveren.

Maar er zijn grenzen aan de mogelijkheden om met een geheel vrijwillige inzet van alle betrokkenen het gevaar af te wenden. Daarom wordt in het slothoofdstuk ook uitgebreid aandacht besteed aan de uitvoerbaarheid en aanvaardbaarheid van vormen van 'ambulante drang' om gedwongen opneming te voorkomen. Zoveel is in ieder geval duidelijk: als gedwongen opneming werkelijk een uiterste middel zou moeten

worden, dat pas wordt ingezet als er geen enkel alternatief meer voorhanden is, dan zullen in de ambulante praktijk de grenzen verlegd moeten worden.

Alle tips en suggesties in het rapport zijn overigens niet meer dan dat: tips en suggesties. Zij wortelen weliswaar in wetenschappelijk onderzoek en in de ervaring van experts (waaronder cliënten) die veelvuldig met gedwongen opname in aanraking zijn gekomen, zij zullen echter in de praktijk in iedere concrete situatie weer op maat gesneden moeten worden. Een absolute garantie op succes kan bovendien niet geboden worden. Op welke wijze het 'ultimum remedium criterium' zich in de praktijk verder zal ontwikkelen, en waar de grenzen en mogelijkheden ervan liggen, zal duidelijk moeten worden in de evaluatie van de BOPZ, drie jaar na invoering van de wet. Dit rapport biedt een eerste aanzet voor nader invulling van het nieuwe criterium.

Mw. dr. M.C.H. Donker,  
hoofd afdeling Organisatie- en Beleidsonderzoek

## Samenvatting

In de nieuwe Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) is de voorwaarde toegevoegd, dat pas tot een onvrijwillige opname kan worden overgegaan, wanneer het gevaar dat een patiënt voor zichzelf of voor anderen oplevert, 'niet door tussenkomst van personen en instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend'. Dit rapport geeft een overzicht van alternatieven voor het afwenden van gevaar, zoals deze buiten het psychiatrisch ziekenhuis kunnen worden uitgevoerd.

De nieuwe voorwaarde in de BOPZ komt voort uit de gedachte dat een onvrijwillige opname dusdanig ingrijpend is, dat zij slechts als uiterste middel mag worden aangewend (ultimum remedium).

De mogelijkheden om buiten het ziekenhuis gevaar af te wenden beperken zich niet tot vormen van (ambulante) geestelijke gezondheidszorg, zoals outreachende hulp door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, substituerende deeltijdbehandeling of dagbesteding in dagactiviteitencentra. Ook buiten de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg liggen mogelijkheden. Politie, dak- en thuislozenzorg, gespecialiseerde gezinsverzorging, maatschappelijke dienstverlening, huisartsen en andere professionals kunnen een rol vervullen in een netwerk dat in staat is signalen van dreigend gevaar op te vangen en tijdig in te grijpen. Daarnaast kunnen mensen uit de naaste omgeving van de patiënt, zoals familieleden, vrienden, burens, ondersteund door professionals, in een dergelijk netwerk een signalerende en steunende functie uitoefenen. Dat geldt zowel voor situaties waarin de betrokkene een gevaar voor zichzelf kan zijn (suicide of ernstige zelfverwaarlozing) als voor situaties waarin het gevaar op anderen gericht is (bedreiging, ernstige overlast).

De oplossingen die buiten de geestelijke gezondheidszorg kunnen worden aangewend om gevaar af te wenden, zijn veelal van praktische aard, gericht op de huisvesting of het eten van betrokkene, op budgetbeheer, op het leggen van contacten. Deze oplossingen zullen in veel gevallen echter niet voldoende zijn om escalatie van de psychische toestand van betrokkene te voorkomen. Professionele ambulante geestelijke gezondheidszorg zal dan nodig zijn.

Alternatieven voor het afwenden van gevaar vanuit de geestelijke gezondheidszorg liggen niet voor het oprapen. De meeste instellingen voor GGZ zijn (nog) niet ingesteld op een intensieve zorgverlening aan mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats, zonder werk, zonder eigenwaarde, zonder zelfverzorging, die zelden zelf om hulp zullen vragen. De Riagg's komen deze mensen via hun acute dienst vaak in crisissituaties tegen, maar geven aan die hulpverlening vaak nog geen continuïteit. Daarnaast vereist de behandeling en begeleiding van ernstig psychisch gehandicapte mensen in de samenleving een andere attitude en deskundigheid dan binnen de reguliere ambulante zorg doorgaans aanwezig is. Met name de groep niet of slecht voor hulp te motiveren mensen vereist een eigen bejegening.

Niet alleen attitude en deskundigheid zijn randvoorwaarden om alternatieven voor het afwenden van gevaar mogelijk te maken. Tijd en menskracht zijn dat ook. Hulpverleners in crisissituaties ontbreekt het vaak aan de benodigde tijd om een goed plan te maken, goede diagnostiek te verrichten en een (sociaal) netwerk rondom de patiënt te organiseren en te coördineren. Om een goede vervolghulp of nazorg te kunnen bieden, hebben GGZ-instellingen onvoldoende hulpverleners ter beschikking, vooral als het er om gaat de patiënt op zijn of haar eigen verblijfplaats te begeleiden.

Ook de mogelijkheden die de patiënt zelf heeft om gevaar af te wenden, worden besproken. Zo kunnen patiënten elkaar ondersteunen, bijvoorbeeld vanuit vrijwilligers-projecten en binnen dagactiviteitencentra. Daarnaast kan de patiënt zijn of haar wensen kenbaar maken over hoe te handelen in situaties, waarin (opnieuw) van een crisis sprake is. In het rapport komen de 'crisis card', instructies aan een gemachtigde en het zogenaamde 'zelfbindingscontract' aan de orde.

In het rapport wordt, waar het gaat om het aanwenden van alternatieven voor het afwenden van gevaar, onderscheid gemaakt tussen crisissituaties waarin het gevaar onmiddellijk dreigend is, en crisissituaties waarin er geen sprake is van onmiddellijk dreigend gevaar. Omdat een enkelvoudige interventie in crisissituaties onvoldoende is om het gevaar ook op langere termijn af te wenden, wordt in het rapport verder een onderscheid gemaakt tussen activiteiten bij het eerste contact, vervolgvaciviteiten en activiteiten op langere termijn. Met name deze laatste activiteiten dragen een preventief karakter, gericht op het onderhouden van het netwerk

rondom de betrokkene, en het bewaken van de draaglast van dat netwerk.

In het rapport gaat speciale aandacht uit naar overlastsituaties. Om in dergelijke situaties succes te kunnen boeken, is het nodig actief en behoedzaam met de naaste omgeving (vaak familie en bureu) contact te leggen. Het serieus nemen van de klachten, het beleggen van een 'overlast-overleg' en het betrekken van de omgeving bij het zoeken naar oplossingen, kan de lucht voor langere tijd doen oplakren. Een aanspreekpunt of contactpersoon is daarbij van belang.

In het slothoofdstuk gaan we in op de grenzen van de toelaatbaarheid van ambulante dwang en drang. Naar verwachting zal daarover de komende jaren veel discussie worden gevoerd. Vanuit het idee dat onvrijwillige opneming een uiterst middel moet zijn, hopen hulpverleners in de ambulante praktijk meer armslag te krijgen om, in meer of mindere mate tegen de wil van de betrokkene, in te kunnen grijpen, bijvoorbeeld met medicatie. Er zijn echter nog onvoldoende juridische waarborgen om dit ingrijpen mogelijk te maken.

Tot slot wordt aandacht besteed aan het 'coûte que coûte'-karakter van de voorwaarde dat een onvrijwillige opneming een 'ultimum remedium' is. Besproken wordt in hoeverre denkbare alternatieve hulp aan deze patiënten 'afdwingbaar' is. Vaak zal een denkbaar alternatief voor een patiënt niet voorhanden zijn, door het beperkte aanbod dat met name instellingen kunnen doen om met succes het gevaar af te wenden. De inzet van middelen en menskracht binnen hulpverleningsinstellingen kent beperkingen. Desondanks is het goed denkbaar dat in de toekomst meer druk op deze instellingen zal worden uitgeoefend om prioriteit te geven aan de hulp aan patiënten die gevaar opleveren.

## 1 Inleiding

Om na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, de BOPZ, iemand onvrijwillig op te kunnen nemen in een psychiatrisch ziekenhuis, moet aan een viertal criteria zijn voldaan. Allereerst dient de betrokkene niet bereid te zijn zich vrijwillig te laten opnemen. Ten tweede dient de betrokkene 'gevaar' te veroorzaken en moet het gevaar (in geval van een inbewaringstelling) onmiddellijk dreigend zijn. Daarnaast dient dit gevaar veroorzaakt te worden door een 'stoornis van de geestesvermogens' (in geval van een inbewaringstelling dient ten minste het ernstige vermoeden van een stoornis te bestaan). En ten slotte dient duidelijk te zijn, dat het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden 'afgewend'. Dit laatste criterium kwam in de oude Krankzinnigenwet niet voor. Deze wijziging is de reden om dit criterium aan een nader onderzoek te onderwerpen.

De invoering van de BOPZ zal begeleid worden met wetenschappelijk onderzoek. Krachtens artikel 71 van de BOPZ moet de wet drie jaar nadat zij in werking is getreden, worden geëvalueerd. Om het effect van de invoering van de wet goed te kunnen evalueren, achtte het ministerie van WVC het gewenst een voormeting te doen plaatsvinden van die aspecten, waarvan het de komende jaren verandering verwacht. Naast wijzigingen in de rechtspositie van betrokkenen en verwachte wijzigingen in de 'gevaars'-beoordelingen (waarvan de jurisprudentie al enige jaren vooruitloopt en spoort met de bedoelingen van de BOPZ), is te verwachten dat het criterium 'mogelijkheden tot het afwenden van gevaar' de praktijk van de onvrijwillige opnemingen zal veranderen. Vandaar dat aan het NcGv de opdracht is gegeven om voor de invoering van de BOPZ te onderzoeken welke activiteiten kunnen worden ondernemen om aan dit criterium te voldoen, en welke personen of instellingen die activiteiten kunnen uitvoeren.

Deze rapportage geeft de resultaten van dit onderzoek weer.

### *Opzet van het rapport*

Na een aantal inleidende paragrafen over de achtergrond van de BOPZ en het 'ultimum remedium'-principe, en over de kernbegrippen die voor



het onderzoek van belang zijn (hoofdstuk 2), volgt in hoofdstuk 3 een toelichting op de vraagstelling en de werkwijze van het onderzoek.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten weergegeven. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de mogelijke activiteiten van verschillende betrokken actoren, die in te onderscheiden gevaarsituaties kunnen worden aangewend om gevaar af te wenden. Dit zal gebeuren aan de hand van literatuur en aan de hand van uitkomsten van discussies, die met deskundigen in het kader van dit onderzoek zijn gevoerd. Tevens zullen enkele randvoorwaarden worden besproken, waaraan voldaan zou moeten worden om het afwenden van gevaar buiten het psychiatrisch ziekenhuis te effectueren.

In hoofdstuk 5 worden de mogelijke activiteiten, die in hoofdstuk 4 de revue passeerden, schematisch weergegeven. Dit zal gebeuren in de vorm van checklists met aanbevelingen, met name voor hulpverleners, en in de vorm van schema's: een schema met chronologisch te nemen stappen, en een schema waarin actoren en mogelijke activiteiten zijn samengebracht.

Omdat de werkelijkheid van alledag weerbarstiger is dan we zouden wensen, volgt in hoofdstuk 6 ten slotte een beschouwing over de haalbaarheid van de denkbare alternatieven, zowel in praktische als in juridische zin.

## 2 Enkele begrippen nader toegelicht

Alvorens de vraagstelling van het onderzoek te formuleren, zullen we eerst de kernbegrippen waarmee we tijdens het onderzoek werkten van een korte toelichting voorzien: het gevaarscriterium, het 'ultimum remedium'-principe, en het afwenden van gevaar.

### 2.1 *De BOPZ en het 'ultimum remedium'-principe*

Naast de inbewaringstelling (IBS), die ervoor kan zorgen dat iemand binnen 24 uur onvrijwillig wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, onderscheidt de nieuwe wet BOPZ een voorlopige machtiging, een machtiging tot voortgezet verblijf en een rechterlijke machtiging op eigen verzoek. Over een voorlopige machtiging dient de rechter uiterlijk binnen drie weken te beslissen na het instellen van de vordering om de machtiging te verlenen, bij een machtiging tot voortgezet verblijf binnen vier weken, ofwel uiterlijk één week voor het aflopen van de eerdere machtigingsperiode. Een IBS duurt hooguit drie weken (een periode die met ambtelijke termijnen en een aansluitende vordering tot een voorlopige machtiging tot maximaal zeven weken kan oplopen), een voorlopige machtiging ten hoogste zes maanden, behoudens verlenging.

Behalve bij de machtiging op eigen verzoek, is een voorwaarde voor het verlenen ervan dat de betrokkene geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opneming. Alhoewel steeds anders geformuleerd, dient bij alle vormen van onvrijwillige opneming (behalve bij een machtiging op eigen verzoek) daarnaast een stoornis van de geestesvermogens de betrokkene gevaar te doen veroorzaken. Bij een machtiging op eigen verzoek is geen causaal verband vereist tussen de stoornis en het gevaar. In geval van een inbewaringstelling en machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling is het ernstige vermoeden dat een stoornis van de geestesvermogens de betrokkene gevaar doet veroorzaken voldoende. Dit gevaar dient in dat geval zo onmiddellijk dreigend te zijn, dat een vordering tot een voorlopige machtiging niet afgewacht kan worden.

Tot slot geldt voor alle gevallen dat het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan



worden afgewend. (Bron: de definitieve tekst van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, d.d. 29 oktober 1992.)

Uit het bovenstaande blijkt - naast procedurele verschillen - een belangrijk verschil tussen de oude Krankzinnigenwet en de Wet BOPZ voor wat betreft een IBS of een machtiging, gelegen in de grond waarop de maatregelen kunnen worden genomen. Kan onder de Krankzinnigenwet bij (onmiddellijk dreigend) gevaar, veroorzaakt door een stoornis van de geestesvermogens, een IBS of RM worden afgegeven, onder de BOPZ dient tevens aangetoond te worden dat *het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend*. Het afgeven van een machtiging of een inbewaringstelling is zo een 'ultimum remedium', een uiterste middel geworden.

Omdat deze eis in de wet nieuw is, dient in de praktijk ervaring te worden opgedaan met mogelijkheden, die genoemde 'personen of instellingen' hebben om gevaar af te wenden.

Momenteel wordt in de praktijk al vaak geprobeerd opneming in een psychiatrisch ziekenhuis te voorkomen middels zogeheten 'opnamevoorkomende strategieën'. Dit gebeurt echter niet systematisch en niet vanuit wettelijke vereisten, maar op grond van zorginhoudelijke overwegingen. Die overwegingen houden grofweg in, dat het zo veel mogelijk handhaven van de oorspronkelijke woonomgeving voor verreweg de meeste psychiatrische patiënten beter is dan opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Daarnaast weten hulpverleners dat een eerste opneming makkelijk tot vervolgnemingen kan leiden, en tot problemen in de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene, zoals stigmatisering als psychiatrisch patiënt en mogelijk verlies van werk.

Dit ideeëngoed heeft in de nieuwe wet BOPZ een wettelijke basis gekregen, zodat in de toekomst de mogelijkheden van het afwenden van gevaar door de rechter systematischer zullen moeten worden onderzocht.

## 2.2 *Het gevaarscriterium*

Binnen de oude Krankzinnigenwet was een gedwongen opneming in een psychiatrisch ziekenhuis gerechtvaardigd, wanneer men deze opneming in het belang van de betrokkene achtte. Opneming gebeurde aldus op grond van het 'bestwil'-criterium. Al tijdens de ontwerpfase van de BOPZ werd in de praktijk het 'bestwil'-criterium naar de achtergrond gedrongen. Het overstappen van het 'bestwil'-criterium naar het gevaarscriterium heeft in

de jaren '80 echter niet de aardverschuiving teweeg gebracht die velen ervan hadden verwacht. De Hoge Raad heeft een vrij ruime invulling aan het nieuwe criterium gegeven.

'Gevaar' betekent dat er een kans bestaat dat onheil zal optreden. Volgens de Hoge Raad moet er sprake zijn van 'ernstig' gevaar, wanneer het om een onvrijwillige opneming gaat. De reële mogelijkheid dat het onheil zal optreden is voldoende. Daarnaast is niet vereist dat het gevaar 'acuut' of 'direct' is, en hoeft het gevaar zich niet te hebben gemanifesteerd. Om vast te stellen of gevaar aanwezig is, moet men op basis van ervaringen uit het verleden een voorspelling doen over hoe de gebeurtenissen zich zullen ontwikkelen.

In het kader van de voormeting die momenteel ten behoeve van de toekomstige evaluatie van de BOPZ wordt verricht, heeft het NcGv ook een literatuuronderzoek naar het gevaarscriterium uitgevoerd (Van Ginneken, 1993).

## 2.3 *Het 'ultimum remedium'-principe*

De toevoeging in de BOPZ dat 'het gevaar niet door tussenkomst van personen en instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend' sluit aan bij juridische opvattingen over terughoudendheid, die bij vrijheidsbeneming in acht moet worden genomen. De toevoeging sluit daarnaast ook aan bij zorginhoudelijke discussies over de zin en de gevolgen van een (onvrijwillige) psychiatrische opneming.

Bij burgers die geen strafbare feiten hebben gepleegd, moet uiterste prudentie worden betracht waar het gaat om een verwijdering uit de maatschappij. De kracht van de BOPZ is dat de rechtspositie van psychiatrische patiënten binnen en buiten het psychiatrisch ziekenhuis beter is gewaarborgd dan voorheen. Daarnaast heeft men door de toevoeging dat 'het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het ziekenhuis kan worden afgewend' willen bewerkstelligen, dat pas in het uiterste geval overgegaan wordt tot een onvrijwillige opneming. Van de juridische hardheid van deze toevoeging hebben sommige juristen geen hoge dunk, omdat er geen sanctiemaatregelen zijn geformuleerd. Krul-Steketee zegt in een lezing uit 1984, dat de genoemde toevoeging "één van de vele toevoegingen in de BOPZ is, die mijns inziens niet meer dan een mooie versiering van de rechtspositie zijn, maar voor de praktijk geen betekenis hebben. Het is helemaal de vraag hoe de rechter dit

criterium moet toetsen; maar belangrijker is dat er geen sanctie staat op het achterwege laten van deze toetsing" (Krul-Steketee, 1984). Veel zal daarom afhangen van de alertheid van advocaten en van de doortastendheid van de rechter die een beslissing tot onvrijwillige opneming moet nemen, alsook van de bereidheid van de opstellers van geneeskundige verklaringen om zorgvuldig aan te geven waarom het gevaar niet kon worden afgewend en welke maatregelen zijn overwogen en geprobeerd.<sup>1</sup>

Janssen en Kaasenbrood (1989) hebben ervaringen en opinies van patiënten na een onvrijwillige psychiatrische opneming geïnventariseerd. Slechts in enkele gevallen hadden patiënten een positief oordeel over het effect van hun dwangopneming. In de meeste gevallen richtte de opneming volgens hen echter meer schade aan dan dat zij er baat bij vonden. Deze meningen bevestigden de gangbare overtuiging dat een opneming in een psychiatrisch ziekenhuis een onherstelbare breuk in iemands leven kan bewerkstelligen. Het stigma van psychiatrische patiënt kan mensen sterk belemmeren in hun maatschappelijk functioneren, in hun woonsituatie en bij het zoeken naar werk. Daarnaast vergroot een psychiatrische opneming bij patiënten de gevoelde afhankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg en verkleint zij het gevoel van eigen verantwoordelijkheid wanneer er opnieuw psychische problemen ontstaan.

De discussiedeelnemers in de groepsgesprekken, die in het kader van ons onderzoek werden gehouden (zie hoofdstuk 3), verzekerden ons dat het 'ultimum remedium'-principe al jaren wordt toegepast, zowel door de rechter als door de hulpverleners. Gezien het ingrijpende karakter van de dwangopneming, stellen veel psychiaters die een geneeskundige verklaring schrijven zichzelf de vraag of een alternatief voorhanden is. Ook staan steeds meer rechters bij deze vraag stil. Hoewel er maar weinig jurisprudentie op dit punt bestaat, concludeerde Advocaat-Generaal Meijers voor een uitspraak van de Hoge Raad in 1986: "De Krankzinnigenwet verplicht de rechter niet zich uitdrukkelijk rekenschap te geven van het subsidiaire (pas in tweede instantie in aanmerking komende, GdW) karakter van de dwangopneming. Wanneer echter bij de behandeling van een vordering tot onvrijwillige opneming een reëel alternatief naar voren is gebracht,

<sup>1</sup> Goed denkbaar is, dat als de rechter in het vonnis niet motiveert waarom er geen ambulante alternatieven zijn, terwijl de advocaat wel op dergelijke mogelijkheden zinspeelde, het vonnis door de Hoge Raad gecasseerd wordt.

is de rechter gehouden nader aan te geven waarom hij desondanks dwangopneming noodzakelijk acht" (Hoge Raad, 1986, NJ 1986-364).

## 2.4 Het afwenden van gevaar

De activiteiten die ertoe bij kunnen dragen dat het gevaar buiten het ziekenhuis wordt afgewend, vat men in de praktijk vaak op als alternatieve mogelijkheden van de professionele hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. Dat vormen van hulpverlening buiten het psychiatrisch ziekenhuis in veel gevallen het gevaar kunnen verminderen, is zeker het geval. Doordat in het laatste decennium meer mogelijkheden zijn ontstaan in beschermd en begeleid wonen, in het hulpverleningsarsenaal van de ambulante zorg, crisisinterventie en casemanagement, is de geestelijke gezondheidszorg meer dan voorheen in staat aan patiënten die gevaar opleveren alternatieven buiten het psychiatrisch ziekenhuis aan te bieden. Aan de ontwikkeling van deze alternatieven lijkt voorlopig nog geen einde te komen. De laatste tijd gaat steeds meer aandacht uit naar hulp aan dak- en thuislozen en aan personen, die niet uit eigen beweging gebruik wensen te maken van psychiatrische hulp (de zogenaamde 'zorgwekkende zorgmijders'<sup>2</sup>). Het zijn met name deze groepen, waarvoor men in het verleden in crisissituaties en bij overlast of ernstige verwaarlozing geen andere mogelijkheid zag dan een onvrijwillige opneming.

Naast alternatieven in de GGZ-hulpverlening is het belangrijk ook andere, vaak minder ingrijpende, alternatieven te gebruiken om het gevaar

<sup>2</sup> De term *zorgwekkende zorgmijders* wordt sinds enige jaren gebruikt door het Acut Behandelteam van de Riagg Centrum/Oud-West in Amsterdam en de daaraan gelieerde groep sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Het gaat hier vaak om dak- en thuislozen, die in veel gevallen een klinisch-psychiatrisch verleden hebben, en om andere zichzelf sterk verwaarlozende (ex-)psychiatrische patiënten, waaronder veel schizofrenen. Om welke reden dan ook weigeren deze mensen zowel ambulante als klinische psychiatrische hulp, terwijl in geval van de groep schizofrene patiënten de meeste psychiatrische klinieken een opname niet opportuun achten.

De actieve bemoeienis van Riagg-medewerkers met zorgwekkende zorgmijders is een alternatief voor de vroegere opvatting bij Riagg's dat cliënten gemotiveerd moesten zijn voor de hulp die hen werd geboden. Door deze eis en door de vaak langdurige intakeprocedures werden en worden langdurig geestelijk gestoorde mensen onvoldoende door de ambulante geestelijke gezondheidszorg bereikt. In crisissituaties worden zij door Riagg-crisisdiensten kortstondig bijgestaan. De opvatting wint terrein dat het daar niet bij mag blijven. Steeds meer Riagg's proberen in navolging van de *bemoeizorg* (Rotterdam) en van de zorg voor *zorgwekkende zorgmijders* (Amsterdam) outreachende activiteiten te ontplooiën voor de bedoelde groep patiënten.

af te wenden. Zo kunnen oplossingen van praktische aard (alternatieve huisvesting, gezinsverzorging, elektrisch koken in plaats van op gas) in voorkomende gevallen voldoende zijn om het (directe) gevaar af te wenden.

Daarnaast zijn er andersoortige alternatieven, die buiten de geestelijke gezondheidszorg kunnen worden aangewend, zoals het plaatsen van kinderen buiten het gezin, of het (beter) organiseren van een netwerk van personen die de betrokkene kunnen bijstaan.

Naar al deze mogelijkheden werd in dit onderzoek gekeken.

### 3 De vraagstelling en de werkwijze van het onderzoek

#### 3.1 De vraagstelling

Het onderhavige onderzoek inventariseert en categoriseert de verschillende mogelijkheden die in de praktijk kunnen worden aangewend om gevaar af te wenden, en daardoor een onvrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis kunnen voorkomen. Daarnaast wordt bekeken welke personen of instellingen deze mogelijkheden kunnen bieden. Tot slot beschrijven we in welke gevaarsituaties genoemde personen of instellingen tot handelen kunnen overgaan.

Na deze uiteenzetting van de denkbare alternatieven bekijken we hoe haalbaar deze zijn. Tevens wordt bezien of het mogelijk is tot een vorm van protocollering te komen.

Ook de grenzen van het 'ultimum remedium'-karakter van de interventies worden aan een discussie onderworpen. Moet de wet zo geïnterpreteerd worden dat hulpverleners en hun organisaties 'coûte que coûte' alles in het werk moeten stellen om het gevaar buiten het ziekenhuis af te wenden? In hoeverre kan geaccepteerd worden dat bepaalde alternatieven niet haalbaar zijn? Waar liggen de grenzen van wat buiten het ziekenhuis nog toelaatbaar is? In hoeverre zijn ambulante dwang en drang toelaatbaar? Het is niet te verwachten dat, bij gebrek aan jurisprudentie, in het kader van dit korte onderzoek sluitende antwoorden op deze vragen zullen worden gegeven. Maar voor de praktijk van de rechtspraak en de hulpverlening is een begin van beantwoording van belang.

#### 3.2 De werkwijze

Het onderzoek bestond uit twee delen:

- Een literatuuronderzoek om het probleemgebied in kaart te brengen en af te bakenen, en om een eerste schets te maken van de soorten alternatieven voor afwendingsmaatregelen.
- Voorgestructureerde bijeenkomsten met deskundigen om alternatieven uit te werken en te categoriseren, en toepassingsgebieden helder te krijgen.



### *Het literatuuronderzoek*

Het literatuuronderzoek hield zich hoofdzakelijk bezig met geschriften, die vanuit sociaal-psychiatrisch perspectief zijn geschreven in het kader van onderwerpen als 'acute psychiatrie', 'onvrijwillige psychiatrische opname', 'het gevaarscriterium', 'opnamevoorkomende en/of opnamevervangende strategieën'. Doel van de literatuurstudie was om, door een eerste verkenning van de mogelijkheden om gevaar af te wenden, de discussies met deskundigen goed voor te structureren. In deze rapportage is de literatuur verwerkt in de toelichting op enkele kernbegrippen (hoofdstuk 2) en in de besprekingen van de mogelijke alternatieven en hun haalbaarheid.

### *Bijeenkomsten met deskundigen*

De deskundigen werden zo breed mogelijk geselecteerd. Naast (ex-)cliënten/patiënten zijn deskundigen uit de ambulante sociale psychiatrie uitgenodigd (zowel betrokkenen bij de acute psychiatrie als hulpverleners van chronisch psychiatrische patiënten), deskundigen uit de wereld van politie (vanwege de openbare orde-problematiek), de advocatuur en de rechterlijke macht (vanwege hun betrokkenheid bij de procedures tot onvrijwillige opnemingen), huisartsen en andere eerstelijns werkers, en familieleden van patiënten (vanuit hun directe betrokkenheid bij de patiënt).

De vorm waarin de discussie met deskundigen werd gegoten, was de volgende. In *vijf groeps gesprekken* vond een eerste gedachtenwisseling plaats. De vijf groepen waren als volgt samengesteld:

- 1 (ex-)patiënten/cliënten;
- 2 eerstelijns werkers en ouders/familieleden van patiënten;
- 3 GGZ-hulpverleners;
- 4 politie, justitie en advocatuur;
- 5 gespecialiseerde gezinsverzorgers.

De vijf groepen bespraken de mogelijke alternatieven voor het afwenden van gevaar aan de hand van vier praktijkvoorbeelden. Alle discussiegroepen kregen dezelfde casuïstiek voorgelegd. De praktijkvoorbeelden, met korte levensgeschiedenissen van personen met ernstige psychische problematiek, werden uitgezocht aan de hand van de volgende criteria: *leeftijd* (jong, volwassen, ouder), *sociale context* (geen/wel sociaal netwerk, zwervend, alleenstaand, gezinsverband), *aard van de psychiatrische problematiek* (gedragsstoornis, persoonlijkheidsstoornis, combinatie met

verslavingsproblematiek), en het *soort gevaarsituatie* (gevaar voor betrokkene zelf, gevaar voor anderen, overlast). De praktijkvoorbeelden werden zoveel mogelijk op basis van deze criteria gespreid.

In een *plenaire bijeenkomst* werd vervolgens geprobeerd om aan de hand van een tussen-rapportage nadere verheldering te krijgen over consensus en meningsverschillen omtrent de mogelijkheid en de haalbaarheid en toelaatbaarheid van de geopperde alternatieven.

In een bijlage worden de deelnemers aan de discussies genoemd.

## 4 Denkbare alternatieven om gevaar af te wenden

### 4.1 Algemeen

Welke handelingen kunnen door welke instellingen of personen worden verricht om te bereiken dat 'gevaar' wordt afgewend?

Opvallend was de grote overeenstemming tussen de verschillende discussianten over de gewenste aanpak in gevaarssituaties. Om resultaat te bereiken dat op langere termijn standhoudt, was iedereen het erover eens dat rondom een betrokken cliënt een netwerk van hulpverleners en andere personen georganiseerd moet worden, dat in voorkomende situaties in staat moet zijn escalatie te voorkomen. In beginsel doet het er niet toe wie deze personen of hulpverleners zijn. Dat hangt van de situatie en van de problemen van de patiënt af.

Wat de meest adequate aanpak in gevaarssituaties is, verschilt volgens de discussianten nauwelijks van situatie tot situatie. Een respectvolle houding tegenover de betrokkene, het opbouwen van een wederzijdse vertrouwensrelatie, tijd willen nemen om informatie te verzamelen en om actie te ondernemen voor en rondom de betrokkene, zijn allemaal zaken die in elke situatie van wezenlijk belang geacht werden.

De meningen van de discussiedeelnemers liepen uiteen waar het ging over de haalbaarheid van dit ideaal. Daarnaast was men het ook niet eens over de grenzen van wat vanuit de hulpverlening in ambulante hulpverleningssituaties nog toelaatbaar is ('ambulante drang').

Na deze constatering maakten de discussiedeelnemers toch enkele onderscheidingen die voor de praktijk van belang zijn:

- a Allereerst werd er een *onderscheid in gevaarssituaties* gemaakt waar het gaat om concrete handelingen:
  - is het gevaar acuut (onmiddellijk dreigend) of is het gevaar niet acuut,
  - is de betrokkene een gevaar voor zichzelf (suïcidedreiging of zelfverwaarlozing) of voor anderen (rechtstreekse bedreiging van andere personen of overlast).
- b Daarnaast maakten zij onderscheid tussen personen die *bekend* zijn bij de hulpverlening en mensen die *onbekend* zijn.
- c Tevens maakte men onderscheid in *stadia van handelen*:

- de eerste confrontatie in de gevaarssituatie, het eerste contact,
  - het directe vervolg, het handelen op korte termijn,
  - het handelen op langere termijn, beklivende activiteiten, die er niet op gericht zijn het directe of dreigende gevaar af te wenden, maar die bedoeld zijn te voorkomen dat gevaar opnieuw zal optreden.
- d Tot slot maakte men een onderscheid tussen de mogelijkheden en verantwoordelijkheden van de mogelijke *actoren*, die interventies kunnen verrichten:
- de betrokkene zelf,
  - familieleden, vrienden, mensen in de directe omgeving van de betrokkene, zoals burens, kroegbaas, winkelier of sporttrainer,
  - politie, zoals de wijk- of rayonagent,
  - hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals de huisarts, het maatschappelijk werk of de gespecialiseerde gezinsverzorging,
  - hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg,
  - de rechterlijke macht en advocatuur.

Aan de hand van deze onderscheidingen in gevaarssituaties, stadia van handelen en mogelijke actoren zullen de verschillende mogelijkheden om gevaar af te wenden hieronder worden beschreven.

In paragraaf 4.2 zullen we een vijftal randvoorwaarden voor goede interventies in gevaarssituaties bespreken. In de paragrafen 4.3 en 4.4 komen de concrete handelwijzen in gevaarssituaties aan de orde. In 4.3 gaat het over situaties waarin acuut gevaar bestaat (de BOPZ spreekt van onmiddellijk dreigend gevaar) en in 4.4 over situaties waarin geen sprake is van direct gevaar. In termen van de BOPZ kunnen acute gevaarssituaties leiden tot een inbewaringstelling, en de situaties waarin geen sprake is van direct gevaar tot een voorlopige machtiging. Deze koppeling tussen gevaarssituaties en soorten dwangopnemingen zal verder in het stuk niet meer worden gemaakt. Alhoewel er verschillen zijn, bestaan er veel overeenkomsten tussen het handelen in onmiddellijk dreigende gevaarssituaties en in niet-acute situaties waar het gaat om het afwenden van gevaar. In beide situaties is het van belang onderscheid te maken in het handelen op korte, middellange en lange termijn. Het handelen op korte termijn verschilt sterk, op lange termijn niet.

Het hoofdstuk wordt in paragraaf 4.6 afgesloten met een overzicht van personen en instellingen die actief kunnen zijn bij het afwenden van gevaar.

#### 4.2 Randvoorwaarden bij het succesvol zoeken naar alternatieven voor het afwenden van gevaar

Broers e.a (1993) constateren in hun onderzoek bij crisisdiensten van vijf Riagg's, dat slechts in een van de drie situaties waarin de crisisdienst van de Riagg om hulp werd gevraagd, *acuut* gevaar voor de cliënt zelf of voor zijn omgeving aanwezig was. In de discussies die binnen ons onderzoek werden gevoerd, kwam naar voren dat werkelijk acute gevaarssituaties maar weinig werden geconstateerd.

Of in dergelijke situaties het gevaar kan worden afgewend, hangt in sterke mate af van de bekendheid met de cliënt. Zestig procent van de cliënten heeft een voorgeschiedenis in de GGZ, de helft heeft een of meer klinisch-psychiatrische opnemingen achter de rug, 42% heeft eerder ambulante GGZ-hulp gehad (Broers e.a., 1993, p. 24; zie ook Wolf, 1990 en 1992). In Amsterdam liggen deze percentages nog hoger.<sup>3</sup> De discussianten waren van mening dat bij bekende mensen er altijd mogelijkheden zijn te vinden het acute gevaar af te wenden, vaak ook voor lange tijd.

"Als bij ons iemand met serieuze zelfmoordplannen rondloopt, neem ik hem mee in mijn auto en rij dan met hem naar een paar begraafplaatsen. Gelukkig heb ik een zwarte auto. En dan vraag ik waar hij het liefst zou willen liggen. En wie er een praatje zou moeten houden aan het graf. En of hij aan geld heeft gedacht om een mooie kist en de koffie te kunnen betalen. Door het zo reëel te maken, is het dan gauw over." (een van de discussianten)

Bij mensen die bij de ingeroepen hulpverlener onbekend zijn (of die hulpverlener nu een huisarts, een politieagent of van de Riagg is), is het van belang de aangetroffen situatie zo snel mogelijk te herdefiniëren.

"Als ik als politieagent op een signaal van de burens bij iemand binnenkom dan is dat voor de betrokkene sowieso agressie-opwekkend. Dan moet ik duidelijk maken dat ik de mening van de betrokkene wil horen en serieus neem, en dat ik niet voor de burens kom."

"Dan heb je het over iemand die aanspreekbaar is."

<sup>3</sup> Janssen haalt Oosterbaan aan, die uit een steekproef van de Amsterdamse acute dienst uit 1983 concludeerde, dat 80% van de mensen reeds eerder contact heeft gehad met de psychiatrie, soms incidenteel maar veelal langdurig en frequent. Zestig procent van de cliënten heeft een lopend hulpverleningscontact met de ambulante psychiatrie en de grote meerderheid daarvan (76%) heeft in de twee weken voorafgaand aan het consult nog contact gehad met hun ambulante hulpverlener (Janssen, 1993, p. 86 e.v.).



"Ook mensen die knetter-psychotisch zijn hebben oren voor een bepaalde houding van mensen. En daar gaat het om."

"Dat heb ik als huisarts ook. Je houding moet zijn: hoe kan ik die cliënt helpen. Je moet niet met een vooropgezette mening binnen komen."

"De politie wordt vaak met een andere melding op pad gestuurd dan de huisarts of de Riagg. Die weten om wat voor probleem het gaat, de politie vaak niet. De eerste taak die je dan hebt is: herdefiniëren van de situatie. Dat is moeilijk. Je denkt dat je een burenruzietje gaat sussen, en wat je ziet is dat iemand helemaal is doorgedraaid."

"Ik heb geleerd vooraf geen definitie te hebben: ik zie wel, wat er ook door wie gezegd is." (onderdeel van een van de discussies)

Het herdefiniëren van de situatie is niet voorbehouden voor acute situaties, waarin de betrokkene primair een gevaar voor zichzelf oplevert. In alle acute gevaarssituaties waarin derden hulp inroepen, is het van belang de informatie die vooraf wordt geleverd, op zijn waarde te toetsen. Dat is niet alleen van belang voor een objectieve beoordeling van de gevaarssituatie, maar ook voor het noodzakelijke vertrouwen dat betrokkene moet voelen bij degene die op de roep om hulp ingaat.

Dat het in de praktijk nogal eens niet lukt om gevaarssituaties zo zuiver en onafhankelijk mogelijk te definiëren, mag blijken uit wat Kaasenbrood schreef over de gronden waarop psychiaters in crisissituaties hun oordeel baseren (Kaasenbrood, 1989). Hij had de indruk, dat psychiaters slechts zelden de inhoud van de gedachten en belevingswereld van de patiënt aan de realiteit toetsen. Verder werden familieleden en bekenden wegens tijdgebrek of slechte bereikbaarheid zelden geïnterviewd. Bij bekende cliënten werd het oordeel sterk bepaald door voorkennis over de cliënt, door de mening van een collega of door mededelingen van huisarts of politie.

Weliswaar zegt een goed of slecht tot stand gekomen diagnostische beoordeling door een psychiater nog niets over de aanwezige mogelijkheden om het gevaar af te wenden, maar de wijze van communiceren die tot zo'n beoordeling leidt wel. Een van de discussianten was hier heel duidelijk in:

"Vaak kom ik bij IBS-beoordelingen tegen dat er niet eens contact met de huisarts is geweest. Een IBS is vaak een manier om de zaak op te lossen, om te maskeren dat mensen niet bereikbaar waren."

De discussianten maakten ook duidelijk hoe het volgens hun wel moet. Basisvoorwaarden voor goed handelen in crisissituaties zijn tijd en

deskundigheid, maar aan tijd is het meeste gebrek: "Er zijn nog drie wachtenden na u." En voor de politie: "Via de meldkamer komt alweer een melding van een vechtpartij of een overval drie straten verderop." Hoewel deze belemmeringen in de praktijk niet makkelijk zijn weg te nemen, zal het zoeken naar alternatieven om gevaar af te wenden weinig succes hebben als er geen tijd voor genomen wordt.

"Er wordt in crisissituaties te veel in het wilde weg gehandeld. Zorg voor een time-out om een plan te maken. Er bestaat een spanning tussen de eis om onmiddellijk in te grijpen en de rust die nodig is om een plan te maken. Durf te zeggen dat je er over moet nadenken, al is het maar een uur. Dus eerst een vangnet creëren, tijd nemen om te structuren, dan een plan maken voor langere termijn."

"Informatie over de casus moet beschikbaar zijn. Altijd. Ook in crisissituaties. En als die informatie er niet is, omdat je er niet bij kunt, of omdat het om een onbekende gaat, dan moet je die informatie zelf opbouwen. Mijn eerste vraag is altijd: 'Is het acuut?' Zo ja: 'Moeten we erheen?' Zo ja: 'Wie kan er dan het best heen?' En dat kan dan ook de politie, een dominee of de sportleraar zijn. Maar dat moet je dan wel weten natuurlijk. En als dan iemand nee zegt, dan moet je dat ook accepteren."

"Zoek naar wat iemand zelf nog kan. Is er een vertrouwensrelatie, kan die er dan binnen korte tijd komen? Kan ik een beroep doen op de familie en is dat haalbaar? Is wat ik op korte termijn doe niet strijdig met wat ik op lange termijn wil, bijvoorbeeld als het systeem al overbelast is?" (enkele discussianten)

Kaasenbrood moest constateren dat de probleeminventarisatie in crisissituaties meestal beperkt blijft tot een 'klinisch categoriaal' oordeel. "De vraag die door deze diagnostiek werd beantwoord was eerder 'is er sprake van krankzinnigheid of niet?' dan 'wat is er met de patiënt aan de hand en wat kan er aan gedaan worden?'" (Kaasenbrood, 1989, p. 469). Hij pleit voor de ontwikkeling van een sociaal-psychiatrische diagnostiek, die ordening in de situatie kan brengen, een ordening die de chaos structureert tot een overzichtelijker situatie waarin een grondiger onderzoek mogelijk is. "Naast een klinisch categoriale diagnose wordt het complex van factoren waardoor de patiënt ziek werd onderzocht. In de omgeving kan dan bekeken worden welke relaties met familieleden en/of vrienden nog bestaan en van welke kwaliteit die relaties zijn (met het oog op de uitvoering van eventuele ambulante alternatieven voor een dwangopname)." Ook Kaasenbrood koppelt deze handelwijze aan de toegevoegde voorwaarde in de BOPZ, dat getracht moet worden het gevaar buiten het ziekenhuis af te wenden.



Samenvattend zijn de *voorwaarden* voor het succesvol kunnen zoeken naar alternatieven voor het afwenden van gevaar in situaties waarin direct gevaar bestaat de volgende:

- deskundigheid (herdefiniëring door en oordeelkundigheid bij huisarts en politie, sociaal-psychiatrische diagnostiek door de GGZ-hulpverlening),
- tijd (time-out om structuur in de situatie te brengen) en ruimte (een geschikte locatie om de situatie te kunnen overzien),
- beschikbaarheid van informatie over de betrokkene (24 uur per dag),
- en uiteraard de menskracht om te kunnen handelen (wijkagent, crisis hulpverlener, huisarts).

#### 4.3 *Handelwijzen in situaties waarin onmiddellijk dreigend gevaar bestaat*

De meest geschikte concrete *handelwijzen* om in situaties het directe gevaar af te wenden en zo alternatieven voor dwangopneming mogelijk te maken, zijn volgens de discussiedeelnemers:

- zorg voor een time-out om een plan te maken, en zorg voor een geschikte locatie om zorgvuldig onderzoek te doen,
- verzamel zoveel mogelijk informatie over de cliënt uit beschikbare dossiers, door de cliënt zelf te spreken en door de naast-betrokkenen te interviewen (vergelijk de hierboven genoemde sociaal-psychiatrische diagnostiek),
- vraag in de benadering van de cliënt naar zijn of haar eigen visie op de signalen dat er sprake is van gevaar, tracht aan de cliënt uit te leggen wat hij of zij zichzelf aandoet, zoek naar aanknopingspunten voor contact met anderen, ook met personen, die hij of zij eigenlijk niet meer wil ontmoeten (ouders, vrienden), probeer over medicatie te onderhandelen,
- geef in de benadering van de omgeving de indruk dat je de klachten serieus neemt, maar maak ook duidelijk dat niet verwacht kan worden, dat er een snelle oplossing komt (beloof dus ook de mensen op de hoogte te houden van de vorderingen),
- zoek naar wat iemand zelf nog kan om tenminste de eerste uren te overbruggen,
- zoek naar een vertrouwenspersoon, die binnen korte tijd aanwezig kan zijn (familieleden, vrienden, burens), tenminste als deze niet al overbelast zijn,

- verlaag zo mogelijk de spanning door te zoeken naar relativering van de situatie en door steun toe te zeggen aan de cliënt en zijn omgeving, door zorg en verantwoordelijkheid te delen en te verdelen,
- probeer vormen van ambulante drang door aan de cliënt duidelijk te maken dat zijn of haar gedrag consequenties heeft, geef aan dat ander gedrag positief beloond wordt, geef aan dat een opname bij niet veranderen onvermijdelijk kan zijn,
- zorg ervoor dat de huisarts goed op de hoogte is van de voorgeschreven medicatie,
- zorg dat je er bent wanneer het weer slechter gaat, omdat veel cliënten niet zelf om hulp vragen; dus: spreek af dat je langs komt om te kijken hoe het gaat.

Op vervolgvacatures zal in de paragraaf over 'stadia van handelen' nader worden ingegaan.

*Welke afwegingen kunnen of moeten gemaakt worden om in situaties waarin direct gevaar bestaat dit gevaar af te wenden?*

Uiteraard dient men allereerst betrokkene van zijn of haar voorgenomen plan te weerhouden. Wanneer het voornemen op personen is gericht, moeten deze personen afgeschermd worden. Medicatie kan leiden tot een tijdelijke rustperiode. Zorgvuldig onderzoek en het inschakelen van vertrouwenspersonen kan vervolgens de periode overbruggen tussen de crisis en een begin van oplossingen met een langerdurend effect. Die oplossingen kunnen liggen in een voortgezette ambulante behandeling of begeleiding, waarbij echter veel afhangt van de bereidwilligheid van de betrokkene en zijn of haar vertrouwen in de hulpverlening. De meeste discussiedeelnemers achtten vormen van ambulante drang zeker toelaatbaar, bijvoorbeeld door een dwangopneming als consequentie voor te spiegelen van het niet innemen van medicatie of het niet ingaan op een uitnodiging voor een vervolgbehandeling. Met name de patiënten brachten in de discussie in, dat voorwaarde voor ambulante drang is, dat betrokkene gelijkwaardigheid voelt met de hulpverlener en het gevoel heeft een bewuste keuze te kunnen maken. (Meer over ambulante drang in hoofdstuk 6.)

Praktische oplossingen en materiële hulp kunnen vaak uitkomst bieden in situaties waarin direct gevaar bestaat. Volgens de deelnemers aan de discussie zijn dat zelfs de oplossingen waar het eerst naar moet worden gezocht. Dat vereist de nodige creativiteit. Deze creativiteit kan gevonden

worden door goed te zoeken naar de persoonlijke interesses van de betrokkene. Men vindt het belangrijk te zoeken naar de eenvoudigste oplossing met het grootste effect. Dat kan een woningruil zijn, woonbegeleiding of een tijdelijke verhuizing van een huisgenoot. Een van de redenen waarom dergelijke oplossingen te weinig worden geëffectueerd, is dat ze meestal veel meer tijd vergen dan een IBS-procedure.

#### 4.4 *Handelwijzen in situaties, waarin geen sprake is van direct gevaar*

In twee derde van de gevaarssituaties waarin de hulp van politie, huisarts of Riagg-crisisdienst wordt ingeroepen, is gevaar niet direct aanwezig (Broers e.a., 1993). De aanmelder (een familielid, een buur) zal daar om begrijpelijke redenen meestal anders over denken. In geval van overlast is voor de omgeving bij een melding de maat meestal vol: 'er moet nú iets gebeuren, anders...' In geval van zelfverwaarlozing of onhandelbaarheid is de naaste omgeving meestal aan het eind van haar Latijn. De melding is dan een uiting van machteloosheid. Vrienden, familie, maar ook de huisarts komen er niet meer uit. Broers e.a. over het ontlasten van het systeem als motief van aanmelding: "Familielieden voelen zich bijvoorbeeld machteloos omdat ze niet weten hoe om te gaan met plotseling of verergerd vreemd gedrag van een cliënt. Zij schieten dan tekort in hun probleemoplossend vermogen (coping-gedrag). Het gedrag van de cliënt hoeft niet veel veranderd te zijn, maar het systeem is uitgeput en de draagkracht op. Dergelijke machteloosheid doet zich voor bij ruim een derde van de aanmeldingen, (...). Dat is logisch, omdat de omgang met mensen met een gestoorde realiteit moeilijk is" (Broers e.a., 1993, p. 42).

Cliënten in niet acute gevaarssituaties zijn meestal bekenden van politie en hulpverlening (zie 4.3). In geval van overlast zijn politie of GGD er al ettelijke malen bijgehaald, de huisarts is op de hoogte, de Riagg werd ingelicht. Escalatie is vaak ontstaan, omdat de betrokkene niet bereid bleek iemand tot zijn of haar territorium toe te laten, of omdat de betrokkene weigerde medicatie in te nemen. De Riagg of het maatschappelijk werk hebben dan vaak al gemeld dat zij niets kunnen ondernemen, zolang betrokkene niet bereid is zich te laten behandelen of begeleiden.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> In hoeverre deze beperkte opvatting over mogelijkheden van interventies door middel van ambulante drang en dwang kan worden doorbroken, zal in hoofdstuk 6 ter sprake komen.

#### *Vertrouwen wekken en binnenkomen*

Volgens de deelnemers aan de discussie is de sleutel tot het oplossen van dergelijke gevaarssituaties *vertrouwen wekken en binnenkomen*. En daarmee gaven zij tevens het moeilijkste element aan in de pogingen om tot een oplossing te komen en het gevaar af te wenden. Desondanks waren de meeste deelnemers ervan overtuigd dat er weinig gevallen denkbaar zijn, waarin het leggen van een eerste vertrouwelijk contact onmogelijk is.

"Er was eens een vrouw die mij absoluut niet binnen wilde laten. Tot ik er achter kwam dat ze vroeger akela bij de verkeners was geweest of zoiets. Toen heb ik zo'n hopman-hoed opgezet. Ze deed meteen open: 'Wat bent u laat!', zei ze." "Een man die mij niet binnen wilde laten verzamelde vuilniszakken van de straat en zocht dan in zijn huis uit wat van zijn gading was. Een grote troep. Ik ben dat toen ook gaan doen. Voor zijn huis. Toen dacht hij dat ik in zijn wijk bezig was. Ik zei dat ik hem wilde helpen, omdat het voor hem alleen veel te veel werk was. Na een paar keer was ik binnen en heb zelfs met hem samen staan wroeten in die zakken." (een van de discussiedeelnemers)

Politieagenten hebben door hun imago een handicap om een vertrouwensrelatie op te bouwen en bij iemand binnen te komen. Wijkagenten zijn echter wel vaak de eersten die met problemen van overlast en zelfverwaarlozing worden geconfronteerd.

"Een wijkagent kan ook 's nachts uit zijn bed worden gebeld, omdat hij toch invloed heeft op iemand waar hij al eens contact mee heeft gezocht. Er is contact met familie en direct omwonenden, maar de tijdsdruk is altijd groot. Soms laat zo'n wijkagent expres iemand naar het bureau brengen, en komt er dan later bij. Dan kan hij zeggen: 'Zij zijn de slechte politieagenten, en ik ben de goeie'. Om dat contact niet kwijt te raken." (een van de discussianten)

#### *Bejegening*

Een eerste contact staat of valt met de attitude van degene, die het contact probeert te leggen, met de *bejegening*. De deelnemers aan de discussies hadden duidelijke ideeën over hoe die houding moet zijn en hoe je dat eerste contact moet aanpakken:

"Probeer achter de persoon te komen, ook via familie en bekenden: hobby's, eigenheden en eigenaardigheden en neem dat als startpunt. Toets zijn of haar interesses. Ga mee in de waanzin en breng het terug naar de realiteit."

"Onderzoek de eigen ongerustheid van de cliënt. Vraag naar de eigen visie van de cliënt op de signalen uit de omgeving dat er sprake is van gevaar."

"Vraag je steeds af wat de cliënt zelf wil. Pak niet af waar iemand in zijn of haar waan mee bezig is. Als iemand een keus voor rommel maakt: laat hem, zolang er

geen ernstig gevaar voor anderen is. Je moet zeker niet direct gaan opruimen of poetsen. Vraag je af of je de cliënt wel van zijn of haar wanen moet afbrengen. Dan raakt de cliënt het eigen wereldje kwijt en kan de zin van het leven wegvallen. Dat geldt ook voor iemand die zichzelf verwaarloost door weinig of slecht te eten. Hij of zij kan daarvoor gekozen hebben. Beseft dan dat iemand dat lang kan volhouden."

In vervolcontacten met de betrokkene moet de vertrouwensrelatie verder uitgebouwd worden, moet gezocht worden naar personen die een vangnet kunnen vormen voor de cliënt, en moet gezocht worden naar mogelijkheden om de situatie te verbeteren.

Bij het uitbouwen van de vertrouwensrelatie is het volgens de deelnemers aan de discussies belangrijk te beseffen dat de betrokkene de ontstane situatie waarschijnlijk zelf ook niet ideaal vindt. Dat biedt mogelijkheden om in geval van overlast te bespreken wat hij of zij de omgeving aandoet, of in geval van zelfverwaarlozing wat hij of zij zichzelf aandoet. Door te kijken naar de periode dat het nog wel goed ging, kan wellicht een nieuwe start worden gemaakt.

Verder moet een vertrouwenspersoon steeds duidelijk maken wat voor hulp wel of niet aangeboden kan worden. De cliënt moet steeds het idee hebben dat hij of zij zelf de keuze kan maken al of niet op die hulp in te gaan. Ook bij het inschakelen van anderen, die een deel van de ondersteuning kunnen overnemen, moet de cliënt steeds zelf kunnen kiezen of hij of zij daarop ingaat.

#### *Aandacht voor de omgeving*

Zeker in geval van overlast moet aandacht worden geschonken aan de omgeving (familie, vrienden en burens). Het contact met de omgeving start met een inventarisatie van hun problemen en klachten. Wat is er aan de hand? Is er daadwerkelijk sprake van overlast, of spelen angst en onbekendheid een grotere rol? De omgeving moet direct het idee krijgen serieus genomen te worden. Wanneer er nog weinig concreet geregeld kan worden, is het minste dat moet worden aangeboden een contactpersoon, die voor iedereen uit de omgeving bereikbaar is.

Als vervolg kan een *overlast-overleg* de lucht zuiveren. De discussiedeelnemers waren optimistisch over de mogelijkheden van zo'n overleg. Voorwaarde voor succes is wel dat je als organisator van zo'n overleg niet meehuult met klagende burens: "Verlang concrete zaken en maak duidelijk dat overlast en psychiatrische stoornis niet alles met elkaar te maken hebben. Zoek uit hoe reëel de last is. Laat burens elkaar ook maar neutraliseren door ze eerst individueel te spreken over hun klachten

alvorens ze samen te brengen. Ben niet te gauw onder de indruk dat burens het zat zijn." Maar daarnaast moet de omgeving de indruk krijgen dat je de klachten serieus neemt. Het is belangrijk aan te geven dat niet verwacht kan worden, dat alles snel opgelost kan worden. Daarom moeten de betrokkenen steeds op de hoogte gehouden worden van de vorderingen die in de loop van de tijd worden gemaakt. Aan de burens kan gevraagd worden wat zij nog bereid zijn te doen, als ze weten dat ze daarin door professionals ondersteund worden.

Zeker na het drama in de Amsterdamse Vrolikstraat (voorjaar 1993) is het moeilijk om in overlastsituaties de omgeving ervan te overtuigen dat een dwangopneming geen oplossing voor de ontstane problemen geeft. Voor degene die met de buurt overlegt is het daarom van belang duidelijk te maken dat een leefbare situatie goed mogelijk is, wanneer een vangnet voor de betrokkene gecreëerd kan worden, en dat een onvrijwillige opneming slechts een tijdelijke ontlasting van de buurt betekent. Daarbij hoeft men zich niet te verschuilen achter de voorwaarde in de BOPZ dat onderzocht moet worden of het gevaar niet buiten het ziekenhuis afgewend kan worden.

#### *Netwerk*

Het opbouwen van een *netwerk* van mensen uit de omgeving en van professionals vereist in de eerste plaats coördinatie. Zo'n netwerk kan er bij elke cliënt anders uit zien, afhankelijk van de gevaarssituatie, van de mogelijkheden van de directe omgeving, en van de aanspreekbaarheid van de cliënt. Daarom zal ook de plaats van de coördinatie van het netwerk steeds ergens anders kunnen liggen.

Als vanuit de Riagg de coördinatie plaatsvindt, pleitten de GGZ-hulpverleners onder de discussiedeelnemers voor een vorm van *team-casemanagement* (ten minste drie hulpverleners rond een moeilijke klant om de tegenoverdracht - veroorzaakt door een te sterke binding tussen hulpverlener en cliënt - te spreiden, om continuïteit te kunnen garanderen, en om altijd iemand in dienst te hebben die aanspreekbaar is). Dit team-casemanagement kan organisatorisch het best bij de acute dienst worden ondergebracht, alhoewel er zelden sprake van een acute crisis zal zijn.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Dat coördinatie door de Riagg van een netwerk van professionals kan werken, wordt bijvoorbeeld bewezen door het Project Psychosociale Revalidatie van het Centrum RNO in Rotterdam en door het Acuu Behandelteam (ABT) van de Riagg Cen-



Daarnaast pleitten de GGZ-hulpverleners voor een 'conferentie' van 'oude' hulpverleners (hulpverleners die al eerder contact met betrokkene hebben gehad) om niet in herhalingen te vallen.

Coördinatie vanuit de Riagg is zeker aan te bevelen, wanneer door gebrek aan sociaal-psychiatrische begeleiding of door een slechte medicatie-discipline een verslechtering van het psychiatrisch toestandbeeld te vrezen valt, waardoor makkelijk een recidive kan optreden. Wanneer de begeleiding vooral praktisch en materieel van aard kan zijn, kunnen ook de wijkagent, een maatschappelijk werker of een gespecialiseerde gezinsverzorger de coördinatie op zich nemen. In elk geval moet de wijkagent, door zijn intensieve contact met buurtbewoners, in staat worden geacht om in geval van overlast zowel het contact met de cliënt als met de directe omgeving te onderhouden en de dagelijkse ondersteuning te regelen.

De discussiedeelnemers vonden dat het creëren van een netwerk in voorkomende gevallen onderdeel van het behandelplan van Riagg's zou moeten uitmaken. Op die manier is de verantwoordelijkheid voor de coördinatie goed vast te leggen en kunnen competentieproblemen tussen betrokken professionals voorkomen worden.

Een apart probleem doet zich voor bij hen, die naast psychiatrische problemen ook verslavingsproblemen hebben. Bij verslaafde cliënten blijkt de circuitvorming uiterst moeizaam te verlopen. Voorwaarde om hier toch iets van de grond te krijgen is dat verslavingszorg (CAD) en GGZ (Riagg) de cliënt als een gezamenlijke verantwoordelijkheid zien. Daaraan zijn de vragen ondergeschikt, of de verslaving primair is, dan wel een ernstige psychiatrische stoornis, en of de cliënt wel gemotiveerd is. Desondanks blijkt dat de resultaten van interventies veelal minimaal zijn. Via incidenten, de strafrechter en een reclasseringsrapport kan vaak een aangrij-

---

trum/Oud-west in Amsterdam. Het ABT werd opgezet om verbeteringen in de opnamepreventie te verkrijgen en om het sociale netwerk van cliënten te ondersteunen. Janssen: "Het ABT werkt consequent systeemgericht en exploreert voorafgaand aan het eerste crisiscontact uitgebreid de voorgeschiedenis van de aangemelde cliënt en de personen die een rol spelen in diens leven. De werkwijze is zonnodig outreaching en een op de vijf contacten is een huisbezoek. De hulpverlening vindt in principe plaats in koppels van vaste en ervaren hulpverleners, wat de continuïteit van zorg ten goede komt. Het crisiscontact vormt geen eenmalige gebeurtenis, maar kan direct en zo nodig intensief vervolgd worden door een verdere behandeling door dezelfde hulpverleners. Veel aandacht wordt besteed aan de relatie met de eerste lijn (met name de huisartsen (...)" (Janssen, 1993, p. 93).

pingspunt voor de hulpverlening worden gecreëerd, zo dachten de discussiedeelnemers.

#### *Praktische oplossingen*

Als het gaat om alternatieven, die er zowel op korte als op langere termijn voor moeten zorgen dat het (dreigend) gevaar afgewend wordt in situaties waarin gevaar niet direct aanwezig is, voeren *praktische oplossingen en materiële hulp* de boventoon bij alle discussiedeelnemers. In ieder geval zou dat het eerst bekeken moeten worden. Enkele voorbeelden: budgettering uitkering, woningruil (op een nieuwe plek weten ze niks van de oude situatie: nieuwe kans), andere vormen van huisvesting (bijvoorbeeld begeleid wonen), woonbegeleiding, wijkverpleging, tafeltje-dekje, gezins-hulp. Bij ernstige ondervoeding: tijdelijke opname in een gewoon ziekenhuis, zeker niet in een APZ.

Daarnaast kunnen dagactiviteiten binnen of buiten GGZ-verband aan het leven van de cliënt weer structuur geven. Zoals een van de discussianten zei: "Je kan van niemand verwachten dat het lang goed gaat wanneer je de hele dag alleen thuis zit of, in geval van een relatie, op elkaars lip." Het opname- of crisisvoorkomende effect van dagactiviteiten moet niet te hoog worden ingeschat, en is ook nooit bewezen. Dagactiviteiten en arbeidachtige activiteiten kunnen soms zelfs eerder crisisbevorderend werken. Van de andere kant moet niet onderschat worden wat het effect is van het deelnemen aan vormen van dagbesteding op iemands netwerk. Dagactiviteitencentra vervullen voor veel deelnemers een bepaalde asiel functie. In geval van crisis is het netwerk binnen een dagactiviteitencentrum vaak in staat het gevaar tijdig af te wenden. Niet de dagstructure-ring zelf werkt hier als alternatief voor het afwenden van gevaar, maar het netwerk van vertrouwenspersonen binnen het centrum.

#### *Vangnet*

Aan familieleden die bereid zijn de zorg voor hun gezinslid op zich te nemen, maar bij herhaling tegen de grenzen van hun draagkracht aanlopen, kan men een *vangnet* bieden. In geval van dreigende problemen moeten zij zich door professionals gesteund weten, zonder dat zij daarvoor de vaak gangbare 'lange weg door de instituties' hoeven te maken. Veel Riagg's blijven eisen dat de cliënt zelf aangeeft zorg nodig te hebben, veel Riagg's komen alleen in actie wanneer de huisarts daar om vraagt, en veel Riagg's zijn alleen bereid hulp te verlenen bij voldoende motivatie bij de

cliënt. Enerzijds zijn er grenzen aan de mogelijkheden van een Riagg om een cliënt tegen zijn zin hulp op te dringen. Anderzijds moet bedacht worden dat het niet altijd de cliënt is die in crisis verkeert. Met de draagkracht van het systeem moet respectvol worden omgegaan. Signalen van familieleden dienen altijd serieus genomen te worden. Alleen dan kan een maximale bereidheid gevonden worden om het toch weer een tijd met het betrokken gezinslid te proberen.

#### 4.5 *Stadia van handelen*

In situaties waarin (dreigend) gevaar aan de orde is, gaat het bij het afwenden van dat gevaar in eerste instantie om het 'hier en nu'. De interventies moeten er op gericht zijn de gesignaleerde crisis zodanig op te lossen, dat een dwangopneming niet nodig is. Maar het werken aan oplossingen voor langere termijn is minstens zo belangrijk om niet snel opnieuw geconfronteerd te worden met nieuwe problemen of nieuwe crisissituaties. Alternatieven op langere termijn, gericht op het *voorkomen van toekomstig gevaar*, zijn daarom eerder preventief van karakter (ter voorkoming van recidive) dan direct gericht op het afwenden van gevaar. Met name bij de beoordeling van een voorlopige machtiging na een herhaalde inbewaringstelling is het goed denkbaar dat de rechter vraagt naar meer structurele oplossingen om gevaar in de toekomst te vermijden. Zo gezien kunnen we drie stadia van handelen onderscheiden:

##### a *Het eerste contact*

Zowel in situaties waarin direct gevaar bestaat als in situaties waarin gevaar niet direct aanwezig is, is snel handelen geboden. Wil men direct gevaar afwenden dan zijn de sleutelbegrippen: time-out, informatie over en van de cliënt en zijn directe omgeving, een vertrouwenspersoon, spanning verlagen, zoeken naar direct toepasbare praktische oplossingen, maatregelen die de tijd tot een volgend contact kunnen overbruggen, ambulante drang (zie 4.3). In situaties waarin geen sprake is van direct gevaar, zijn de sleutelbegrippen: bejegening, vertrouwen wekken en binnenkomen, overleg met de directe omgeving (4.4).

##### b *Het vervolg*

In het directe vervolg op het eerste stadium verschillen de handelingen tussen situaties waarin direct gevaar en waarin niet-direct gevaar zijn

afgewend niet sterk meer van elkaar. Continuïteit is hier het sleutelbegrip. 'Geen nieuws, goed nieuws' geldt hier niet. Ook wanneer de cliënt niet ingaat op een aanbod voor een vervolgbehandeling, moet men proberen contact te blijven houden. Er kunnen praktische dingen geregeld moeten worden, medicatie kan de situatie stabiel houden, aandacht voor de omgeving kan de draagkracht in stand houden. In geval van zelfverwaarlozing en overlast kan een begin gemaakt worden met een netwerk rondom de cliënt, bijvoorbeeld via een overlast-overleg.

##### c *De langere termijn*

Op langere termijn zijn het opbouwen, organiseren en coördineren van een netwerk van belang. Afspraken over wie in welke situatie tot actie overgaat moeten op schrift komen. Eén persoon moet de coördinatie krijgen. Het behandelplan kan het werken in een vastgesteld netwerk als onderdeel krijgen. Een vangnet voor overbelaste familieleden of burens moet hen in geval van noodsituaties of verminderde draagkracht de mogelijkheid geven snel een beroep op professionals te kunnen doen (4.4).

#### 4.6 *Actoren*

Wie zijn mogelijke actoren die de genoemde interventies kunnen verrichten? Welke personen en instellingen kunnen worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid actie te ondernemen om in geval van (dreigend) gevaar dit gevaar af te wenden? In vorige paragrafen zijn al veel mogelijke actoren de revue gepasseerd. Hieronder worden ze nog eens op een rij gezet.

De deelnemers aan de discussies vonden de *Riagg* de aangewezen instantie om als eerste iets te organiseren vanuit de verantwoordelijkheid, die de *Riagg* heeft in het proces van het opnemen of niet opnemen van personen in crisissituaties. Bij de mogelijkheden van de *Riagg* werden echter ook kanttekeningen geplaatst. Sommige discussianten vonden het in veel gevallen juist gecontraïndiceerd een GGZ-hulpverlener af te sturen op een cliënt die een gevaar voor zichzelf of voor de omgeving oplevert. Met name de groep 'zorgmijders' wil vaak niets met de GGZ te maken hebben. Daarnaast bezitten GGZ-hulpverleners niet altijd de juiste attitude om een ingang bij een cliënt te krijgen. Huisarts, politie, burens en gespecialiseerde gezinsverzorging hebben vaak meer handelingsmogelijkheden om

het vertrouwen van een cliënt te verkrijgen. Inmiddels zijn er verschillende Riagg's, die dit dilemma onderkennen. Zij proberen vanuit hun acute dienst om sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, die op hun speciale taak zijn berekend, cliënten die in crisissituaties zijn gezien te laten volgen, ook op straat en in hun thuissituatie. (Zie o.a. Henselmans, 1991.)<sup>6</sup>

Alle discussiedeelnemers zagen de noodzaak van een *vertrouwensfiguur* voor degene die gevaar voor zichzelf of zijn of haar omgeving oplevert. Sommigen spraken van een aangewezen *bemoeifunctionaris*, alhoewel met name de vertegenwoordigers van patiënten en cliënten geen voorstander van 'bemoeizorg' zijn. Andere termen voor de vertrouwensfiguur zijn casemanager en zorgcoördinator, maar de vertrouwensfiguur hoeft niet per se degene te zijn die de zorg ook coördineert.

Momenteel is in discussie of er in buurten waar nogal eens signalen worden afgegeven dat bepaalde bewoners gevaar opleveren, *meldpunten* of *aanlooppunten* zouden moeten komen, die deze signalen kunnen opvangen en tot handelen kunnen overgaan. Naar aanleiding van het recente drama in de Vrolijkstraat is de gemeente Amsterdam met een plan gekomen voor dergelijke meldpunten in de verschillende stadsdelen, die in samenwerking met de GG&GD, de politie, woningbouwverenigingen

---

<sup>6</sup> De groep chronisch psychiatrische patiënten, die niet in een psychiatrisch ziekenhuis of elders binnen een GGZ-voorziening woonachtig zijn, heeft de laatste jaren veel aandacht gekregen. Zeker nu steeds meer geprobeerd wordt deze groep zoveel mogelijk in een eigen woonomgeving te houden, worden crisisdiensten bij herhaling geconfronteerd met gevaarsituaties die rondom deze cliënten ontstaan. Het gaat dan meestal om bekende cliënten, die overlast bezorgen of zichzelf ernstig verwaarlozen. In grote en middelgrote steden wordt de hulp van de crisisdiensten ook vaak ingeroepen bij dak- en thuislozen. Zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg zijn de laatste tijd veel activiteiten ondernomen, die ertoe bij kunnen dragen dat het gevaar tijdig afgewend wordt of zich minder vaak zal manifesteren. Met name in de grote steden ontfermt de *dak- en thuislozenzorg* zich over grote groepen (ex-)psychiatrische patiënten. Door middel van het bieden van diensten, een tijdelijk onderkomen om weer enige structuur in het leven te krijgen (sociale pensions) en door middel van woonondersteuning, wordt geprobeerd crisissituaties te voorkomen (HVO, 1993). Ook vanuit de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn initiatieven in ontwikkeling in de vorm van *psychiatrische intensieve thuiszorg* (Arendsen, 1993) en *woonbegeleiding* (NVBW, 1993). Alhoewel zij de hernieuwde aandacht voor hun familieleden wel kunnen waarderen, zijn vooral familieverenigingen als Ypsilon niet tevreden met de manier waarop de GGZ-instellingen de zorg voor met name de groep van schizofrene patiënten willen regelen. Zij vinden dat de geestelijke gezondheidszorg tekortschiet door de stellingname dat schizofrene patiënten niet in een psychiatrisch ziekenhuis thuishoren vanwege de magere effecten van de behandeling die daar kan worden geboden. Deze discussie valt echter buiten het bestek van dit onderzoek.

en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg tot stand zouden moeten komen (Gemeente Amsterdam, 1993).

Met name de cliënten benadrukten in de discussies dat naast professionals ook *vrijwilligers* onder professionele begeleiding een belangrijke functie kunnen vervullen in het contact met cliënten. Bureaus of centrales, die naar voorbeeld van buddy-projecten zijn opgezet, zouden de vrijwillige hulp kunnen coördineren. De samenwerkende organisaties voor geestelijke gezondheidszorg (SOGG) in Rotterdam willen in navolging van succesvolle projecten in de VS binnenkort starten met een zogenaamd *compeer*-project (Compeer Nederland), waarbij het de bedoeling is een netwerk van vrijwilligers op te zetten, die onder deskundige begeleiding contact onderhouden met langdurig van zorg afhankelijke mensen in de thuissituatie<sup>7</sup>.

De *huisarts* werd door allen als een belangrijke schakel in het contact met cliënten gezien, maar werd door tijdgebrek niet in staat geacht hulp te coördineren.

De *politie*, met name de wijk- of rayonagent, werd door allen zowel als een geschikte vertrouwenspersoon gezien, alsook als coördinator. De politiemensen maakten in de discussie duidelijk dat in de politiewet de dienstverlenende verantwoordelijkheid van dienstdoende agenten omschreven staat. Die verantwoordelijkheid gaat heel ver (Artikel 28 van de Politiewet spreekt over dienstverlening aan de burger in de breedste zin des woords).

De *gespecialiseerde gezinsverzorging* gaf tijdens de discussies aan over mogelijkheden te beschikken voor nazorg na opnemings- en voor woonbege-

---

<sup>7</sup> "Vijftien jaar geleden startte men in Rochester, USA, het Adopt-a-patient-project, waarbij vrijwilligers regelmatig patiënten kwamen opzoeken. De naam van het project werd al snel veranderd in Compeer. Hiermee werd duidelijker aangegeven dat het niet om 'wees-eens-goed-voor-de-zielige-patiënt' ging, maar om het tot stand brengen van echte vriendschappen gebaseerd op gelijkwaardigheid. Compeer valt misschien nog het beste te vertalen met de term 'maatje', of te omschrijven met de inmiddels ingeburgerde Engelse term 'buddy'. Compeer werft vrijwilligers die bereid zijn gedurende een jaar een uur per week in contact met een patiënt te steken. De vrijwilligers krijgen een korte training, die hen inzicht geeft in wat het betekent om te leven met een psychiatrische handicap. Op basis van geslacht, interesses en voorkeuren vindt vervolgens een koppeling plaats. (...) Volgens behandelaren die hun cliënten verwijzen naar Compeer heeft het contact met de vrijwilliger een duidelijke positieve invloed. Ze constateren een toegenomen gevoel van eigenwaarde en het vermindert hospitalisatie, suïcidepogingen en zwerfgedrag" (Brandsma, 1993). Inmiddels bestaan er in meer dan honderd Amerikaanse en Canadese steden in bijna veertig staten Compeer-projecten.



leiding. Wijkverpleging en gezinszorg worden niet door iedereen als de meest geschikte vertrouwenspersonen gezien, omdat het idee bestaat dat zij te snel tot ingrijpen in het huishouden overgaan. Vanuit de semimurale GGZ-instellingen en projecten voor begeleid wonen bestaan ook mogelijkheden voor woonbegeleiding.

Tot slot kan in voorkomende gevallen een beroep worden gedaan op vertegenwoordigers van *kerkelijke instanties* of op andere personen uit de interessesfeer van de cliënt (sportleraar, kroegbaas, onderwijsgevende etc.).

Volgens de discussiedeelnemers mag niet verzuimd worden *familieleden, vrienden en burens* van cliënten in te schakelen bij hulp. Maar men ziet ook dat er grenzen aan de draagkracht zijn.

De *cliënten* zelf mogen als mogelijke actoren bij het afwenden van gevaar niet ongenoemd blijven. In heldere of stabiele perioden kunnen zij met vertrouwenspersonen uit hun omgeving (of dat nu een familielid, de huisarts of een Riagg-hulpverlener is) afspraken maken over hoe in voorkomende crisissituaties het best gehandeld kan worden. Op die manier hoeft noodzakelijke steun niet pas tijdens de crisis georganiseerd te worden. Een van de discussiedeelnemers noemde daarbij wel als voorwaarde, dat vertrouwenspersonen in geval van crisis of dreigende crisis rechtstreeks contact met hulpverleners moeten kunnen opnemen. Nog te vaak houden met name Riagg-hulpverleners de boot af als niet de huisarts of de cliënt zelf het eerste contact legt.

De cliënt kan een persoonlijk gemachtigde aanwijzen en deze bij voorkeur schriftelijk instrueren. Wanneer ook de huisarts van deze instructies op de hoogte is, kennen hulpverleners in crisissituaties de wensen van de cliënt. In de toekomst zal de positie van de gemachtigde ook in de BOPZ een juridische onderbouwing krijgen<sup>8</sup>.

In Engeland lopen veel chronisch psychiatrische patiënten met een zogenaamde 'crisis card' op zak, waarop staat aangegeven waarmee in geval van crisis rekening gehouden dient te worden (bijvoorbeeld bij medicatie) en met wie contact moet worden opgenomen.

In Nederland pleit Berghmans al enige tijd voor een 'zelfbindingscontract', waarin de cliënt in overleg met omgeving en hulpverleners vastlegt

<sup>8</sup> De BOPZ geeft een regeling voor vertegenwoordiging van de patiënt bij de behandeling. Wanneer de betrokkene zijn wil niet kan bepalen, is overleg over het behandelingsplan met deze vertegenwoordiger nodig. Deze kan toestemming geven in plaats van de patiënt. Wanneer de betrokkene zich echter verzet, is behandeling niet toegestaan, behalve ter afwending van ernstig gevaar.

hoe in crisissituaties te handelen, ongeacht de houding van de cliënt tijdens de crisis (Berghmans, 1992<sup>9</sup>). Juristen wijzen er echter op dat een dergelijk contract niet bindend is, wanneer de cliënt op welk moment dan ook zich niet meer aan dat contract gehouden zegt te voelen.<sup>10</sup> Ook Berghmans is zich van dit bezwaar bewust, maar denkt met het stellen van een tiental voorwaarden waaraan zelfbinding in de psychiatrie zou moeten voldoen, voldoende waarborgen te kunnen creëren. Deze voorwaarden kunnen de BOPZ uiteraard niet 'overrulen'. Naast een aantal zorgvuldigheidseisen zijn hier juridisch vooral de termijnen van belang: een termijn voor de geldigheid van een contract, en een termijn voor de effectuering van de contractbepalingen (het contract wordt bijvoorbeeld ongeldig, wanneer de patiënt drie weken na de feitelijke effectuering zich nog steeds tegen opname en/of behandeling verzet, Berghmans, 1992, p. 412 e.v.) Daarnaast zou ook een bedenktijd kunnen worden afgesproken, zoals in het Burgerlijk Wetboek voor vele soorten contracten al is vastgelegd.

De discussiedeelnemers waren zich bewust van de juridische zachtheid van het zelfbindingscontract, maar zagen daarin geen reden deze contracten af te wijzen: "Als het bij een deel van de beoogde doelgroep werkt, is dat meegenomen."

<sup>9</sup> "Anders dan bij toekomstdirectieven het geval is (levenstestamenten, euthanasieverklaringen, GdW), gaat het er bij zelfbinding niet om dat de betrokkene zijn wensen kenbaar wil maken ten aanzien van situaties in de toekomst waarin hij mogelijk niet meer in staat zal zijn om deze te uiten. Bij zelfbinding gaat het erom dat de betrokkene juist beoogt om *bepaalde* keuzeopties, die zich in omschreven toekomstige situaties aan hem zouden kunnen voordoen, uit te sluiten. Dit kan dan inhouden dat hij aan anderen doelbewust de opdracht geeft om *contrair* aan of in ieder geval *afwijkend van* zijn in die toekomstige situatie uitgedrukte wensen en voorkeuren te handelen. In de context van de psychiatrie kan zelfbinding inhouden dat een persoon, wetend of vermoedend dat hij in de toekomst (opnieuw) psychisch zal decompenseren, gerichte aanwijzingen aan een ander of anderen geeft over hoe dezen dan jegens hem moeten/mogen handelen. Zelfbinding in de psychiatrie is ook wel omschreven als een recht om jezelf te beschermen tegen de gevolgen van een psychose" (Berghmans, 1992, p. 390; cursivering van de auteur).

<sup>10</sup> Juristen zien ook een ander probleem, wanneer in een zelfbindingscontract afspraken worden gemaakt over het toepassen van dwang. Het contract is in strijd met de wet als het afspraken bevat over dwangtoepassing in situaties waarin de wet niet voorziet, zoals buiten de aanwezigheid van noodsituaties of ernstig gevaar.



## 5 Protocollering

Het zal niet eenvoudig zijn een overal en altijd geldende handelings-systeem te beschrijven, die gebruikt kan worden bij het afwenden van gevaar. In elke regio is het beschikbare aanbod aan voorzieningen verschillend, en elke gevaarssituatie kent zijn eigen problemen en dynamiek. Wel zijn er algemene aanbevelingen te doen, die in elke regio kunnen leiden tot protocollen waarin aangegeven staat hoe alle verantwoordelijken in gevaarssituaties afspreken te zullen handelen. Deze algemene aanbevelingen zullen hieronder op drie manieren gedaan worden: in de vorm van aanbevelingen en *checklists* over 'hoe te handelen in gevaarssituaties', in de vorm van een beslisboom, en in de vorm van een matrix, waarin de mogelijke handelwijzen van de betrokken actoren staan opgesomd.

Alle acute diensten van Riagg's werken in de praktijk met protocollen, waarin de handelwijzen van de dienstdoende crisishulpverleners staan omschreven. Naast handelwijzen die het eigen (medisch) handelen regelen, staat in deze protocollen ook met wie in welke situatie contact dient te worden opgenomen, wie de crisisdienst mag inschakelen, en op welke manier dit dient te gebeuren. Veel van deze protocollen zijn in de praktijk, door schade en schande wijs geworden, en na onderhandelingen met derden tot stand gekomen. Daarnaast hebben zij vaak een beschermend en defensief karakter. Zij regelen dan eerder waarvoor de Riagg-crisisdienst *niet* verantwoordelijk of aanspreekbaar is (zo is verslaving meestal een contra-indicatie, de omgeving van de cliënt mag zelden zelf de dienst benaderen), dan waarvoor wel. Hoe minutieus de protocollen van Riagg-crisisdiensten ook zijn, ze zijn zelden opgesteld met het oogmerk gevaar af te wenden.

Om protocollen te ontwikkelen, die ertoe bij kunnen dragen dat gevaar effectief kan worden afgewend, is het allereerst nodig het handelen van de dienstdoende crisishulpverlening in overeenstemming te brengen met dit doel. Daarbij kunnen de checklists en schema's uit dit hoofdstuk behulpzaam zijn. Vervolgens is het van belang om na een breed samengesteld overleg met de instanties en personen die nogal eens betrokken worden bij crisissituaties, tot afspraken te komen over ieders verantwoordelijkheden en over de wijze waarop in voorkomende gevallen hulpverle-

ning en netwerken gecoördineerd dienen te worden, zodat niet bij elke individuele cliënt het wiel opnieuw moet worden uitgevonden.

### 5.1 Aanbevelingen, checklists in de literatuur

Hoogduin en Van de Bosch gaven al in 1978 op basis van Amerikaanse literatuur aan hoe de volgorde van handelen in crisissituaties zou moeten zijn, wanneer men een ongewenst geachte dreigende opnemings zou willen voorkomen (Hoogduin, 1978).

"Voor de hulpverlening in een crisissituatie kan een aantal algemene voorwaarden worden aangegeven (...):

- er dient snel en directief te worden ingegrepen;
- er wordt aangestuurd op confrontatie met het kernprobleem;
- de actuele problematiek wordt getaxeerd;
- de visie van de cliënt en zo mogelijk van andere betrokkenen wordt gestructureerd door middel van herinterpretatie en planning van het toekomstbeeld, waarmee zelfvertrouwen en coöperativiteit worden gestimuleerd;
- spanningsreductie wordt bevorderd door een empathische en steunende opstelling van de therapeut; zo nodig worden tijdelijk psychofarmaca verstrekt aan cliënt en/of gezinsleden;
- er wordt snel een behandlungsplan ontwikkeld en er worden eerste afspraken gemaakt;
- in beginsel is het aantal contacten beperkt, maar doorgaans in het begin wel frequent, indien aangewezen meermalen daags;
- er wordt gestreefd naar inschakeling van steun uit het eigen milieu;
- de crisisinterventie wordt afgesloten met een aanbod van hulp voor resterende problematiek of een aanbod van contact bij hernieuwde problemen" (Hoogduin en van de Bosch, 1978).

Bij deze auteurs waren alle interventies al gericht op afwending van gevaar buiten het ziekenhuis. Veel van de handelwijzen die in onze rapportage aan de orde kwamen, zijn bij Hoogduin en Van de Bosch terug te vinden: de herdefiniëring van de probleemsituatie, het benaderen en inschakelen van vertrouwenspersonen uit de omgeving, de aanpak bij het eerste contact en bij vervolcontacten, het vergroten van de motivatie van de cliënt etc. Ook aan het opbouwen van een netwerk en aan het vergroten van de draagkracht besteedden Hoogduin en Van de Bosch aandacht: "Frequente contacten en het inschakelen van de omgeving zijn daarbij onmisbaar. De 'gestichts-aanbeveling' ("Een gedwongen opnemings zou voor uw familielid het beste zijn", GdW) kan een gewenste ontwikkeling bevorderen. Een partner kan enige dagen thuisblijven. Familieleden, burens

of andere betrokkenen kunnen worden ingeschakeld. De huisarts of een andere hulpverlener die al met de cliënt contact onderhield, kan met frequente bezoeken de rust bevorderen. Kinderen kunnen zo nodig tijdelijk elders worden ondergebracht."

In het advies *Wèldoen of niet doen* besteedt de NRV aandacht aan het 'zorgvuldig zoeken' tijdens het proces van een eventuele onvrijwillige opnemings. Er dient volgens de NRV aandacht gegeven worden aan een zo zorgvuldig mogelijke structurering van het aan een eventuele dwangopnemings voorafgaande beslissingsproces (NRV, 1992, p.49). Refererend aan het Psychose Preventie Project in Rotterdam, acht de NRV het allereerst van belang dat hulpverleners vroegtijdig signalen van verslechtering in de situatie van een cliënt serieus nemen, en in samenspraak met de cliënt en zijn omgeving de situatie proberen te beïnvloeden (Vlaminck, 1989). Vervolgens dient de psychiater die verantwoordelijk is voor de geneeskundige verklaring niet alleen vragen over de aanwezige psychische stoornis en gevaar te beantwoorden, maar zichzelf ook vragen te stellen over de positieve en negatieve effecten van dwangopnemings en van niet opnemen. De rechter moet naast het toetsen van het gevaar tevens nagaan of er correct en zorgvuldig is gehandeld, en of er serieus genoeg is gezocht naar minder ingrijpende hulp- en opvangfaciliteiten. Daarbij dient de betrokkene zelf, gesteund door een advocaat, gehoord te worden. Tot slot geeft de NRV aan dat het van belang is, de zienswijzen van familie en directbetrokkenen bij de diverse beoordelingen mee te wegen.

Kaasenbrood komt in navolging van Tischler en Kuiper tot vergelijkbare 'voorwaarden waaraan een goed diagnostisch proces moet voldoen' (Kaasenbrood, 1989, p. 462):

1. *Heteroanamnese*. De informatie over de patiënt en diens ziekte moet, behalve bij de patiënt, ingewonnen worden bij één of meer direct bij de patiënt betrokkenen. (...)
2. *Wijze van gegevensverzameling*. Als ondersteuning van de diagnose dient men zoveel mogelijk gebruik te maken van gegevens die door de patiënt en/of zijn omgeving zijn medegedeeld. (...)
3. *Systematiek*. Diagnostiek kent een systematiek. Eerst wordt er zoveel mogelijk relevante informatie over de patiënt verzameld. Wanneer deze informatie gestructureerd is, kunnen hieruit eventuele symptomen worden afgeleid. Is bovendien bekend hoe lang de patiënt al ziek is, en met welke symptomen dit gepaard is gegaan (beloop), dan mag een syndromale diagnose worden gesteld."

In een bijlage geeft de NRV een overzicht van vragen, die kunnen helpen bij het zorgvuldig ordenen van de noodzakelijke informatie ten behoeve

van een geneeskundige verklaring (NRV, 1992, bijlage 4). We herhalen hier de hoofdvragen:

- 1 Is er sprake van krankzinnigheid?
- 2 Welke psychiatrische behandeling c.q. zorg heeft patiënt(e) op dit moment volgens u nodig?
- 3 Welke inspanningen hebben de tot nu toe betrokken behandelaars geleverd om bedoeld behandel-/zorgplan gerealiseerd te krijgen?
- 4 Weigert patiënt/onderzochte de bovenbeschreven behandeling/zorg?
- 5 Welke negatieve toestand verwacht men als de patiënt niet de beschreven behandeling krijgt?
- 6 Levert een dwangopneming positieve effecten op en welke zijn dit?
- 7 Kan een dwangopneming schadelijke neveneffecten teweegbrengen en welke zijn dit?
- 8 Kan langs een andere weg dan via dwangopneming de onder vraag 4 genoemde negatieve toestand voorkomen worden?

Bovenstaande voorbeelden van een systematische werkwijze betreffen in de eerste plaats de zorgvuldigheid, die door psychiaters en rechters aan de dag moet worden gelegd om een verantwoorde beslissing over een onvrijwillige opname te kunnen nemen. Zij kunnen in dit kader gezien worden als voorwaarden om op een verantwoorde wijze te kunnen beoordelen of alternatieven voor het afwenden van gevaar mogelijk zijn. In een groter geheel van stappen, die in gevaarssituaties kunnen worden genomen, nemen deze zorgvuldige afwegingen een belangrijke plaats in.

## 5.2 Checklist op basis van onderhavig onderzoek

Een groter geheel van stappen, mede met het doel het gevaar af te wenden, kunnen we ons op basis van de bevindingen in ons onderzoek als volgt voorstellen:

- 1 *De eerste melding, het eerste signaal*  
Waar komt de melding, het signaal, de klacht binnen? (politie, Riagg, meldpunt, GGD)
- 2 *Is er sprake van een psychische stoornis?*
- 3 *Is het een bekende of een onbekende van de hulpverlening?*
- 4 *Is het gevaar onmiddellijk dreigend of niet? Acuut/niet-acuut?*
- 5 (Op basis van de antwoorden op 2, 3 en 4:) *Wie kan er het beste heen? Wie heeft eerder contact gehad?*

- 6 *Eerste contact, wanneer gevaar onmiddellijk dreigend is*  
Wat is er aan de hand (herdefiniëring van de situatie), hoe is de aanspreekbaarheid, wie heeft het probleem (cliënt of omgeving), (sociale) diagnostiek, informatie (over cliënt, over omgeving, over draagkracht en draaglast), tijd nemen (time-out), inschakelen vertrouwenspersonen, onderhandelen (medicatie), afspraken over een overbruggingstermijn (enkele uren tot enkele dagen), vaste contactpersoon, afspraken over vervolg.
- 7 *Eerste contact, wanneer er geen sprake is van onmiddellijk dreigend gevaar*  
Binnenkomen (bejegening), aansluitend bij de eigen wereld van de betrokkene. Hoe is de aanspreekbaarheid (behoedzaam onderhandelen over overlast of medicatie)? Informatie, (sociale) diagnostiek, praktische oplossingen op korte termijn, informatie van omgeving, vertrouwenspersoon, beoordeling draagkracht en draaglast, geruststellen en deëscaleren, aanspreekbare contactpersoon, afspraken over vervolg met betrokkene en omgeving.
- 8 *Vervolgcontacten, wanneer gevaar onmiddellijk dreigend was*  
Onderhandelen met cliënt over stabilisering: over medicatie, sociale steun, ambulante behandeling. Eventueel onderhandelen over bepaalde vormen van ambulante drang. Afspraken van vaste contactpersoon met de omgeving van de cliënt in geval van decompensatie. Huisarts en andere professionals (ook GGZ-collega's) inlichten over handelwijzen, afspraken, zoals over medicatie. Tijd nemen om (nieuwe) structuur in de situatie te brengen. Daarbij zoeken naar praktische oplossingen. Aanwezig zijn bij escalatie.
- 9 *Vervolgcontacten, wanneer er geen sprake was van onmiddellijk dreigend gevaar*  
Motiveren van betrokkene voor behandeling of begeleiding. Inventariseren ervaringen en klachten burens, familieleden, bekenden. Organiseren van (overlast)overleg: voorlichting, hoe verder te handelen, welke vertrouwenspersonen zijn bereid te handelen, afspraken over vaste contactpersoon bij professionals en in directe omgeving, ideeën over praktische oplossingen. Organiseren van vrijwilligers (Compeer). Organiseren netwerk van professionals. Conferentie van hulpverleners, casemanagement, bemoeizorg, Training Community Living (TCL), psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT), organiseren van andere vormen van hulpverlening of wonen: substituerende deeltijdbehandeling, dagactiviteiten, begeleid of bescherm wonen, (sociaal) pension.

Regelen van praktische zaken: budgettering uitkering, tafeltje-dek-je, gespecialiseerde gezinsverzorging, woningruil.

De stappen die hierboven staan beschreven kunnen in de vorm van een eenvoudige *beslisboom* worden weergegeven. Deze beslisboom staat op de volgende pagina.

Daarna volgt een schematisch overzicht van de alternatieven, die de betrokkene, de omgeving en de professionals kunnen aanwenden om het (dreigend) gevaar af te wenden. Daarbij is hetzelfde onderscheid als in hoofdstuk 4 gemaakt, tussen situaties waarin het gevaar onmiddellijk dreigend is of was, en situaties waarin er geen sprake is van onmiddellijk dreigend gevaar.

*Beslisboom met stappen bij afwenden gevaar in crisissituaties*

Melding	Acuut/niet-acuut; gevaar onmiddellijk dreigend of niet?			
<i>Eerste informatie verzameling</i>	Niet-acuut: is er sprake van een psychische stoornis? bekende of onbekende van de hulpverlening?			
<i>Actoren</i>	Acuut: is er sprake van een psychische stoornis? bekende of onbekende van de hulpverlening?	Onbekende: wie kan er het best heen?	Onbekende: wie legt het eerste contact met betrokkene, wie met de naaste omgeving?	Onbekende: wie legt het eerste contact met betrokkene, wie met de naaste omgeving?
<i>Eerste contact</i>	Bekende: wat is er al geregeld, wie had contact, wie kan er het best heen? Wat dient direct te gebeuren om het gevaar af te wenden? Wat moet er gebeuren om tijd te overbruggen? Beoordelen draaglast, eerste afspraken, contactpersoon.	Wat dient direct te gebeuren om het gevaar af te wenden? Informatie verzamelen, diagnose, draaglast overbrugging, afspraken ter overbrugging, contactpersoon.	Binnenkomen, begeging, behoeftzaam onderhandelen, inschakelen vertrouwenspersoon, beoordeelen draaglast omgeving, eerste afspraken, contactpersoon.	Binnenkomen, begeging, behoeftzaam onderhandelen, mogelijk inschakelen vertrouwenspersoon, afspraken, contactpersoon.
<i>Vervolgcontacten</i>	Informatie 'oude' hulpverleners, onderhandelen over behandeling, begeleiding, ambulante drang, afspraken met omgeving cliënt.	Onderhandelen over behandelings, begeleiding, ambulante drang, afspraken met huisarts en omgeving cliënt.	Overleg met omgeving, overleg met cliënt, organiseren praktische zaken, organiseren netwerk.	Regelen praktische oplossingen, overleg met omgeving, onderhandelen over hulpverlening en begeleiding.



Alternatieven om gevaar af te wenden I	Situaties waarin onmiddellijk dreigend gevaar bestaat				Door eerste lijnhulpverleners	Door andere professionals en instanties
	Door betrokkene zelf	Door naaste omgeving van betrokkene	Door GGZ-hulpverleners	Door eerste lijnhulpverleners		
<i>activiteiten gericht op de betrokkene zelf</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* preventief: afsluiten van woon-, begeleidings- of behandelingscontracten, zelfbindingscontract preventief: 'crisiscard' of codicil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* handelen conform afspraken met betrokkene</li> <li>* tijd overbruggen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* eerste beoordeling psychische stoornis, acuïtheid, bekendheid betrokkene, aanspreekbaarheid time-out</li> <li>* vertrouwensrelatie opbouwen</li> <li>* verzamelen van informatie over betrokkene</li> <li>* medicatie</li> <li>* goede diagnostiek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* herdefiniëren situatie</li> <li>* vertrouwen winnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* herdefiniëren situatie</li> <li>* vertrouwen winnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* herdefiniëren situatie</li> <li>* vrouwen winnen</li> </ul>
<i>activiteiten gericht op de naaste omgeving van de betrokkene</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* preventief: hoe te handelen in geval van crisis, instructies aan gemachtigde(n)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met vertrouwenspersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met vertrouwenspersonen</li> <li>* eerste beoordeling draagkracht en draaglast omgeving</li> <li>* ontlasten omgeving</li> <li>* tijd overbruggen met steun, handelingenstips, medicatie, bieden van vast contact, maken van duidelijke afspraken over vervolghulp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met vertrouwenspersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met vertrouwenspersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met vertrouwenspersonen</li> </ul>
<i>activiteiten gericht op andere personen en instanties</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* preventief: overleggen over hoe te handelen in geval van crisis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met huisarts, vaste contactpersoon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met huisarts, eerste lijn, werk, wijkagent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met Riagg, evt. vaste behandelaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met Riagg, evt. vaste behandelaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met huisarts, Riagg, evt. vaste behandelaar</li> </ul>

Alternatieven om gevaar af te wenden II	Situaties waarin geen sprake is van direct gevaar				Door eerste lijnhulpverleners	Door andere professionals en instanties
	Door betrokkene zelf	Door naaste omgeving van betrokkene	Door GGZ-hulpverleners	Door eerste lijnhulpverleners		
<i>activiteiten gericht op de betrokkene zelf</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* afsluiten van woon-, begeleidings- of behandelingscontracten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* (opnieuw) vertrouwensrelatie opbouwen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* vertrouwensrelatie opbouwen</li> <li>* onderhandelen over medicatie en over overlast</li> <li>* vaste contactpersoon uitbreiden eigen netwerk</li> <li>* dag- en deeltijdbehandeling, dagactiviteiten, dagstructurering</li> <li>* psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT)</li> <li>* training community living (TCL)</li> <li>* begeleid en beschermd wonen</li> <li>* ambulante drang organiseren vrijwilligers (Compeer)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* vrouwen winnen</li> <li>* medicatie</li> <li>* extra aandacht, visites</li> <li>* gespecialiseerde gezinsverzorging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* vrouwen winnen</li> <li>* extra aandacht wijkagent</li> <li>* verwaande huisvesting</li> <li>* sociaal pensioen organiseren vrijwilligers (Compeer)</li> <li>* budgettering</li> <li>* tafeltje-dek-je</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* vrouwen winnen</li> <li>* extra aandacht wijkagent</li> <li>* verwaande huisvesting</li> <li>* sociaal pensioen organiseren vrijwilligers (Compeer)</li> <li>* budgettering</li> <li>* tafeltje-dek-je</li> </ul>
<i>activiteiten gericht op de naaste omgeving van de betrokkene</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* onderhandelen over steun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* meewerken aan buurt- en familie-overleg, of overlast-overleg</li> <li>* laten voorlichten over handelingsmogelijkheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* vaste contactpersoon</li> <li>* inventariseren klachten</li> <li>* meldpunt bij escalatie</li> <li>* informeren en geruistellen</li> <li>* tips voor contact</li> <li>* organiseren buurt- en familie-overleg, of overlast-overleg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* inventariseren klachten</li> <li>* deëscaleren, geruistellen</li> <li>* meedraaien in netwerk</li> <li>* voorlichting aan familie en directe omgeving van de cliënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* organiseren buurt- en familie-overleg, of overlastoverleg</li> <li>* steun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* organiseren buurt- en familie-overleg, of overlastoverleg</li> <li>* steun</li> </ul>
<i>activiteiten gericht op andere personen en instanties</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* onderhandelen over medicatie, budgettering, huisvesting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met wijkagent, Riagg, huisarts, huisvesting, thuiszorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact leggen met sociale dienst, woningbouwvereniging, (sociaal) pensioen, thuiszorg, gezinsverzorging, wijkagent etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met wijkagent, Riagg, maatschappelijke dienstverlening, huisarts, huisvesting, thuiszorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* contact met wijkagent, Riagg, maatschappelijke dienstverlening, huisarts, huisvesting, thuiszorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* opzetten netwerk instanties rondom patiënt</li> </ul>

## 6 Haalbaarheid en toelaatbaarheid

In de praktijk zal blijken dat veel van de alternatieven, die in deze rapportage tot nu toe werden geopperd om gevaar af te wenden, niet uitvoerbaar zijn. Ten overstaan van de rechter zal vaak geconcludeerd worden dat er buiten het ziekenhuis geen mogelijkheden zijn het gevaar af te wenden. De redenen daarvoor kunnen van praktische aard zijn, maar ook van juridische. Dit doet de vraag stellen naar de grenzen van het 'ultimum remedium'-principe: in hoeverre moeten 'coûte que coûte' alternatieven worden aangewend, en wie is daar dan verantwoordelijk voor? Wat zijn de grenzen van het aanwenden van ambulante drang om alternatieven buiten het ziekenhuis te kunnen effectueren?

### 6.1 Haalbaarheid en randvoorwaarden

Er zijn vele redenen te noemen waarom in concrete situaties alternatieven voor het afwenden van gevaar niet mogelijk blijken te zijn. De meeste daarvan zijn van praktische aard.

Door de discussiedeelnemers werd een duidelijk verschil geconstateerd tussen de *grote stad*, *kleinere stedelijke agglomeraties en platteland*. Het voorzieningenniveau voor crisishulpverlening, dak- en thuislozenzorg, woonbegeleiding en dergelijke is alleen in de vier grote steden uitgebouwd. En ook daar worden tekorten in het volume van die voorzieningen geconstateerd. De attitude onder professionals om voor cliënten die vaker in crisissituaties dreigen te belanden, een sluitend netwerk op te bouwen, begint in de grotere steden langzaam aan de grond te krijgen. In de praktijk lukt dat overigens ook daar niet altijd. Over het bouwen van netwerken buiten de stad zijn de discussiedeelnemers overigens niet pessimistisch. De structuur van dergelijke netwerken zal vanwege de grotere reisafstanden weliswaar een ander karakter krijgen, maar overal in Nederland wordt het mogelijk geacht de krachten van (Rijks)politie, huisarts, maatschappelijk werk en Riagg te bundelen om in voorkomende gevallen tot een sluitende coördinatie te komen.

Er werden ook algemene belemmeringen geconstateerd. Zo werkt de wijze van verrekening van tijdsintensieve, outreachende activiteiten contra-productief. Het verrekeningssysteem bij Riagg's is gebaseerd op het aantal

contacten en niet op de lengte ervan. Dat geldt zowel voor activiteiten in crisissituaties (waarbij wenselijk is dat ruim tijd voor onderzoek en planning wordt uitgetrokken) als voor vervolgvacatures, die zeker bij de zogenaamde 'zorgwekkende zorgmijders' veel tijd in beslag nemen. De conclusie is gerechtvaardigd dat Riagg-organisaties momenteel nog niet toegerust zijn om in gevaarssituaties voldoende *tijd en menskracht* in te zetten om gevaar voor langere tijd af te wenden. Met name buiten kantooruren, nog altijd 128 van de 168 uren die een week in beslag neemt, is de organisatie van de crisishulpverlening niet toegerust op het investeren van voldoende menskracht met vereiste deskundigheid. Een vergelijkbaar tekort wordt ook bij de politie geconstateerd, zowel in de grote steden als daarbuiten.

Ook in het vervolg op de crisissituatie, wanneer geprobeerd wordt de hulpverlening voor de toekomst beter te structureren, zijn grote tekorten waar te nemen. De kans is groot dat hulpverleningsorganisaties dichtslippen bij meer vraag om een goede nazorg, door het tijdsintensieve karakter van de noodzakelijke hulp. In de grote steden is dit dichtslippen al in volle gang, zowel bij zorgcoördinatie- en casemanagementprojecten bij GGZ-instellingen, als bij de dak- en thuislozenzorg. Een discussiedeelnemer merkte in dit verband op dat Riagg's het werk met cliënten die herhaaldelijk gevaar opleveren, nog te vaak als een geïsoleerd probleem zien en niet weten wat ze ermee aan moeten: "Je moet het probleem op een hoger niveau bekijken. De frustratie die uitgaat 'van het kastje naar de muur sturen' kost meer energie dan samenwerken in een netwerk."

Daarnaast werd door de discussiedeelnemers het gevaar van *burn out* van hulpverleners als levensgroot gezien. Het is zwaar om het jarenlang met een zelfde patiënt vol te houden, enerzijds door de ernstige psychiatrische en sociale problematiek van de patiënt en anderzijds door het gevaar van tegenoverdracht. Om de continuïteit van de hulp over lange tijd te kunnen garanderen voelen hulpverleners zich vaak zo gebonden aan hun cliënt, dat ze het contact moeilijk aan een collega of een andere instantie kunnen overdragen.

Gekoppeld aan het voorgaande is er het probleem van de *deskundigheid*. Alle discussiedeelnemers waren het erover eens, dat het werken in gevaarssituaties op een manier die gevaar effectief weet af te wenden, een eigen attitude en deskundigheid van professionals vereist. Dat geldt voor alle professionele actoren, voor wijkagenten, gespecialiseerde gezinsverzorger en maatschappelijk werkers net zo goed als voor sociaal-psychiatrisch

verpleegkundigen en psychiaters. Randvoorwaarde om verbeteringen in het handelingsarsenaal van professionals aan te brengen, zijn dan ook *training, opleiding en deskundigheidsbevordering*. Ook voor de rechterlijke macht en de sociale advocatuur is deskundigheidsbevordering van belang om de oordeelsvorming te verbeteren.

Een andere belemmering die de discussiedeelnemers constateerden, is het probleem van de *informatieverzameling en privacy*. Men beschouwde het als onontbeerlijk dat hulpverleners in gevaarssituaties, acuut of niet acuut, de beschikking hebben over zoveel mogelijk gegevens over de betrokkene. Buiten kantooruren zouden dossiers, desnoods in gecomprimeerde vorm beschikbaar moeten zijn. Riagg-hulpverleners die in crisissituaties worden ingeroepen, zouden inzage moeten hebben in dossiers van welke instelling dan ook. Dat is momenteel niet alleen praktisch onuitvoerbaar, maar ook strijdig met het recht op privacy van de betrokkene. Het zou te ver voeren de discussie over privacy van gegevens in dit kader te voeren. Maar dat cliënten gebaat zouden zijn bij een grotere toegankelijkheid van dossiers werd door niemand betwist.

Ook de *draagkracht* van de omgeving van hen die een gevaar opleveren, kan een belemmering vormen voor de praktische uitvoerbaarheid van alternatieven. Door een goed ondersteunend vangnet en een altijd aanspreekbaar persoon kan de draagkracht van familieleden, vrienden en burens weliswaar vergroot worden, maar als ze zeggen 'aan het einde van hun Latijn' te zijn of simpelweg onwillig zijn, dan houdt het aanspreken van de steun van de omgeving op. De discussiedeelnemers waren heel stellig: hier past geen morele druk, want dat krijg je als professional later keihard terug.

"Je moet aan de familie een perspectief geven: 24 uur of een weekend en die kun je bellen. Dan ga je niet over een morele schreef heen. Je kan wel morele druk uitoefenen, maar dat zou ik niet doen. Dat krijg je keihard terug. Je ondergraaft je eigen beleid. Je moet geen keuze opdringen. Dat wordt gewoon niks. Je moet aan familie de keuzemogelijkheden duidelijk maken. Je kunt zeggen: we kunnen een proefperiode afspreken, maar ik geef u de argumenten waarom dat verdomde moeilijk wordt. We kunnen ook opnemen, als u dat niet aandurft. Dat vergroot de motivatie om die proefperiode toch aan te durven. Je moet zeggen: de komende 24 uur zouden voor u als familie wel eens moeilijker kunnen zijn dan voor de betrokkene. Dan ben je helder. Dan kunnen mensen daarop anticiperen. En misschien dat het voor mensen een versterking is om te zeggen: het zal voor mij niet uitmaken, of hij opgenomen wordt. 't Moet echt voor hem goed zijn."

"Je kunt het mensen niet kwalijk nemen dat ze geen draagkracht hebben. Je kunt mensen niet kwalijk nemen dat ze geen professional zijn."

"Onwil van mensen moet je nemen zoals het is. De cliënt heeft daar ook niks aan."



Je hebt 't dan over de kwaliteit van de affectieve relaties. En daar doe je natuurlijk geen fluit aan."

"Velen voelen juist zelf wellicht te veel de morele druk om door te gaan met iets te doen: als ik het niet doe, wie doet het dan?"

"Als casemanager ben je als het gestabiliseerd is vaak meer bezig met het netwerk dan met de patiënt. Dan vraag je niet aan de patiënt: hoe gaat het met jou, maar je vraagt aan de buurvrouw hoe het met haar gaat. Wanneer wil je met vakantie, en hoe moeten we het dan regelen."

"Ik ken zo'n familie die dat doet. Tijdens vakantie wordt betrokkene gewoon drie weken opgenomen." (deel van de deskundigendiscussie)

## 6.2 Toelaatbaarheid van ambulante drang en dwang

In de discussies tijdens ons onderzoek hebben wij gevraagd in hoeverre men vormen van ambulante dwang en drang toelaatbaar achtte als middel om gevaar af te wenden<sup>11</sup>. De laatste jaren hebben verschillende onderzoekers in Nederland zich met het thema ambulante dwang en drang bezig gehouden.

Berghmans stelt in zijn dissertatie dat de organisatorische en juridische context van de hedendaagse geestelijke gezondheidszorg zich - enigszins gechargeerd - laat karakteriseren in termen van 'alles-of-niets': "Of de 'gebruiker' is gemotiveerd om vrijwillig een hulpverleningsrelatie aan te gaan, (...), of hij is niet of (volgens de hulpverlener(s)) onvoldoende gemotiveerd en er komt geen hulpverleningsovereenkomst tot stand. In het laatste geval kan dit betekenen dat de betrokkene buiten het hulpverleningscircuit blijft, tot het eventuele moment waarop de situatie escaleert en er in juridische zin termen zijn voor een gedwongen intramurale opname (IBS of RM)" (Berghmans, 1992, p. 266). Hij signaleert het reeds lang in de praktijk van de psychiatrie gesignaleerde probleem van een 'gemis aan gradaties in de mate van vrijheidsberoving': dwang is altijd gekoppeld aan een opname. Hij haalt Wolf aan, die schreef dat "aan vormen van dwang en drang in de ambulante hulpverlening tot nu toe

<sup>11</sup> Het verschil tussen dwang en drang zit in het al dan niet geven van toestemming door de cliënt voor het toepassen van de beoogde behandeling. Bij 'drang' is toestemming een vereiste. De toestemming komt echter onder druk tot stand, bijvoorbeeld wanneer de hulpverlener aan de patiënt een aantal in principe onwenselijke alternatieven voorlegt. De patiënt kiest dan het minst kwade alternatief. In juridische zin is de scheiding tussen dwang en drang duidelijk, in de hulpverleningspraktijk echter niet. Zo is in crisissituaties vaak niet duidelijk of de patiënt voor bepaalde ingrepen daadwerkelijk toestemming geeft. "Ik geef u nu een spuitje om rustiger te worden." Wanneer de patiënt daar niet tegen protesteert, zal die spuit vervolgens worden toegediend.

nauwelijks aandacht is besteed, ook niet in de discussies rond de BOPZ. Dit is des te verwonderlijker, omdat ten gevolge van de extramuralisering meer chronische patiënten in de maatschappij leven en er nagedacht moet worden over de noodzaak en wenselijkheid de oude asiel- en toezichtsfunctie van de inrichting in de ambulante zorg gestalte te geven" (Wolf, 1990, p.213).

In de Verenigde Staten, Engeland en Duitsland is of wordt ambulante dwang bij wet geregeld. Er worden termen gebruikt als 'posthospital mandatory outpatient treatment', 'involuntary outpatient treatment'<sup>12</sup>, 'coerced community treatment' en 'community treatment order' (Berghmans, 1992, p. 267)<sup>13</sup>. Berghmans haalt Scheid-Cook aan, die argumenten geeft voor ambulante dwang in de Verenigde Staten: "In de VS wordt 'outpatient commitment' gezien als een politiek compromis dat uiteenlopende sociale verlangens tracht te verzoenen: voorstanders van deinstitutionalisering en zorg in de gemeenschap zochten betere ondersteuning voor patiënten die uit staatsinrichtingen werden ontslagen; organisaties van familieleden hoopten patiënten en zichzelf te verlossen van de 'draaideur'; de publieke opinie vroeg om meer toezicht op ontslagen patiënten en progressieve juristen trachtten rechten van patiënten te beschermen en onnodige opnames en andere rechtenschendingen te voorkomen" (Berghmans, 1992, p. 269).

De Amerikaanse argumentatie lijkt rechtstreeks naar de huidige Nederlandse situatie over te plaatsen. De gevolgen van deinstitutionalisering doen zich in Nederland de laatste jaren goed gevoelen, familieverenigingen pleiten voor een verbeterde opvang van familieleden die zij zien verkommeren, en vooral de laatste maanden keert de publieke opinie zich tegen de afwerende houding van de GGZ-hulpverlening waar het gaat om dwangmaatregelen tegen overlast bezorgende cliënten. Deze afwerende

<sup>12</sup> Zie Jeffrey L. Geller voor een overzicht van studies naar 'involuntary outpatient commitment' en voor tien richtlijnen voor onvrijwillige ambulante behandeling

<sup>13</sup> Een goed voorbeeld van een ambulante ondersteuningsproject voor chronische patiënten, waarbij ambulante dwang en drang in het programma zijn geïncorporeerd, is te vinden in de Amerikaanse staat Wisconsin. Binnen het project *Training in community living (TCL)* vinden we voorbeelden als het koppelen van een uitkering aan de inname van medicatie. In situaties waarin de patiënt een voorgeschiedenis van niet-inname van medicatie en herhaalde psychotische exacerbaties heeft, kan in een aantal gevallen in samenwerking met de rechterlijke macht en politie toegang tot de woning van de patiënt worden verkregen (Dingemans, 1990, p. 13).

houding is mede te verklaren doordat er rondom ambulante dwang geen wettelijke regelingen zijn getroffen. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid haalt in *Weldoen of niet doen* in dit verband De Turck aan, die zegt dat in de Nederlandse rechts- en verzorgingscultuur, vanwege de in geding zijnde waarden, een verruiming van ambulante dwangbehandelingsvormen niet te realiseren is. Deze uit normatieve overwegingen voortkomende terughoudendheid heeft zijns inziens wel een prijs: "Een samenleving die vanwege deze waarden het zelfbeschikkingsrecht zo hoog in het vaandel voert, zal moeten accepteren dat deze (genoemde) groepen onbereikbaar zijn voor zorg en maatschappelijke correctie" (NRV, 1992, p. 53). Als de samenleving echter sterker dan voorheen gaat aandringen op een ontlasting van buurten en binnensteden van overlast veroorzakende personen - en de tendens gaat in die richting - , dan zal de druk om maatregelen te nemen groter worden.

De reden waarom hier zo uitgebreid wordt stilgestaan bij het thema van de ambulante dwang is, dat velen verwachten dat de discussie over dit thema na de invoering van de BOPZ zal herleven<sup>14</sup>. Voor de praktijk van het afwenden van gevaar is deze discussie van groot belang. Zo lang de tenuitvoerlegging van ambulante dwang nog niet met dezelfde wettelijke regels omkleed is als de middelen en maatregelen binnen het psychiatrisch

<sup>14</sup> Legemaate wijst erop dat de ambulante dwangbehandeling in de vorm die momenteel in de Verenigde Staten en Engeland ter discussie staat, sterke gelijkenis vertoont met de voorstellen die in 1939 door Querido werden gedaan: "In zijn geruchtmakende boek 'Krankzinnigenrecht' verzette Querido zich krachtig tegen het alles-of-niets-karakter van de Krankzinnigenwet. Hij pleitte ervoor deze wet te vervangen door een geheel nieuwe wet, waarin niet de onvrijwillige opneming, maar het zo lang mogelijk handhaven van de patiënt in de maatschappij de leidende gedachte was. Querido wilde de mogelijkheid openen om de patiënt onder toezicht te stellen. Slechts indien de patiënt weigerde de aanwijzingen van de toezichthoudende instantie na te leven, zou, als uiterste middel, tot een gedwongen opneming mogen worden overgegaan. (...)" Alleen in geval van een proefverlof en een voorwaardelijk ontslag van een gedwongen opgenomen patiënt zijn volgens Legemaate maatregelen mogelijk, die met het voorstel van Querido te vergelijken zijn. Aan een proefontslag of voorwaardelijk verslag kunnen voorwaarden worden verbonden, zoals de plicht medicatie in te nemen of de plicht zich onder toezicht van een persoon of instantie te stellen. Legemaate stelt dat er een wezenlijk onderscheid bestaat tussen de ambulante dwangbehandeling in de Angelsaksische variant enerzijds, en proefverlof of voorwaardelijk ontslag anderzijds. Ambulante dwangbehandeling is volgens Legemaate een op zichzelf staande maatregel, veelal bedoeld om een (her)opneming te voorkomen, en met eigen criteria en procedurele waarborgen (Legemaate, 1989).

ziekenhuis en de maatregelen voor dwangopneming, zal de hulpverleningspraktijk zijn toevlucht moeten nemen tot oplossingen die minder ingrijpen in de zelfbeschikking van patiënten. We komen dan uit bij het uitoefenen van *ambulante drang*.

De Nationale Raad, die overigens een uitbreiding van de wettelijke mogelijkheden tot dwanguitoefening niet aanbevelenswaardig acht, stelt dat het onderscheid tussen *drang* en dwang is dat bij 'druk en drang' niet tegen de wil van de betrokkene wordt ingegaan, maar dat een uiterst appel wordt gedaan om de wil in een bepaalde richting te activeren. Men kan dit ook zien als een poging tot motivatie. Motivatie voor behandeling of begeleiding is vaak geen gegeven, maar zal (mede) door de hulpverlener worden bewerkstelligd. Enige bereidheid van de cliënt of patiënt is zeker nodig, maar de motivatie (de wil) tot behandeling komt niet in één keer maar via een (onderhandelings)proces tot stand (NRV, 1992, p. 59).

Volgens de Nationale Raad lijkt de BOPZ voor 'drangbegeleiding' wel enige ruimte te bieden. De wet "geeft de rechter immers de bevoegdheid om een dwangmaatregel op te leggen c.q. te bekrachtigen, maar van een verplichting daartoe is geen sprake. Het is dus denkbaar dat een rechter oordeelt dat aan de criteria voor onvrijwillige opneming is voldaan, maar als 'laatste bod' aan de betrokkene de mogelijkheid biedt om opneming te vermijden door de begeleiding door de hulpverlener te accepteren en de opdrachten te volgen. Wanneer de betrokkene zich niet aan de opdrachten houdt, zou tijdens een nieuwe zitting alsnog tot een onvrijwillige opneming kunnen worden besloten" (NRV, 1992, p. 61).

De discussianten in ons onderzoek vonden het dreigen met een RM niet toelaatbaar, noch vóór ('Als je die medicatie niet wil, ondersteunen we een RM-procedure'), noch tijdens een zitting ('U kunt kiezen, ambulante behandeling of een onvrijwillige opneming').

"Wat ik bijvoorbeeld ook niet toelaatbaar vind in het kader van drang is het volgende. Als er aanleiding is om een strafzaak te beginnen, zou je tegen betrokkene kunnen zeggen: 'Moet u luisteren, we mengen de officier van justitie er nog niet in, op voorwaarde dat u nu naar de Riagg gaat en eventueel medicijnen inneemt'. Dat kan niet, en dat gebeurt ook niet."

"Wat ik wel meemaak is dat er eerst contact met het Openbaar Ministerie is: 'Wat vinden jullie ervan, je kan strafrechtelijk met deze zaak toch niks, hooguit een paar weken cel, gaan jullie akkoord met een deal, bijvoorbeeld dat hij zich onder behandeling zal stellen?' Er zijn officieren die hiermee akkoord gaan. Je moet dan wel aannemelijk kunnen maken dat je zorgvuldig hebt gehandeld."

"Bij een machtiging kan je je beslissing wel even een weekje uitstellen en dan hoop

je dat bijvoorbeeld een bepaalde behandeling aanslaat. Dat is wel toelaatbaar. Zoals het ook toelaatbaar is, dat je de zaak even uitstelt in de hoop dat het een vrijwillige opneming wordt."

"Ik dreig met de Riagg. Ik hou mijn cliënten de consequenties voor. Je kunt beter een pil van je huisarts krijgen, dan dat je bij de Riagg zit."

"Ja, want veel mensen hebben slechte ervaringen met de Riagg."

Wel kan de betrokkene het risico voorgehouden worden, dat kan optreden wanneer hij of zij zich niet aan afspraken houdt. Afspraken kunnen alleen gemaakt worden als ook de patiënt iets wil. De cliënten in de groepsdiscussies benadrukten dat de betrokkene moet zien dat er een reële keuze te maken is. Dat kan alleen als hij humaan en respectvol tegemoet wordt getreden, als zorgvuldig wordt aangegeven wat de consequenties van bepaald gedrag kunnen zijn voor de persoon zelf en voor zijn omgeving. In de praktijk gebeurt het volgens hen te vaak dat hulpverleners zeggen dat zij alleen weten wat het beste voor de cliënt is, en dat de cliënt daar niet zelf over kan oordelen.

Er zijn verschillende vormen van contracten mogelijk tussen personen en instellingen aan de ene kant en een cliënt aan de andere kant. *Ambulante behandelcontracten* kunnen de verwachtingen over en weer vastleggen. Vaak zal de cliënt in zo'n contract akkoord gaan met medicatie in ruil voor andere vormen van behandeling of begeleiding. In (sociale) pensions kunnen *woonovereenkomsten* de voorwaarde bevatten dat de bewoner zich onder behandeling van een Riagg stelt. De Nationale Raad spreekt in dit kader van rolverantwoordelijkheid, de verantwoordelijkheid als bewoner of gebruiker van een voorziening: "Het positieve en sympathieke van het aanspreken op rolverantwoordelijkheden is dat men zich richt op de gezonde (rest)capaciteiten van de betrokken individuen en hen niet voor 100% van een ziekte label voorziet" (NRV, 1992, p. 66).

Ook het eerder genoemde *zelfbindingscontract* dat Berghmans voorstelt, achtten sommige discussianten niet geheel kansloos:

"Dat kan toch juridisch niet, zo'n zelfbindingscontract. Dan tast je toch een wezenlijk rechtsbeginsel aan."

"Het zou fijn zijn als het wel zou kunnen. Het rechtsbeginsel dat iemand over eigen lijf en leden moet kunnen beschikken hoeft niet aangetast te worden. Als je met een redelijk persoon, op het moment dat deze aanspreekbaar is, met een eigen advocaat, met een eigen toezichthouder, en met een onafhankelijk psychiater, zaken zou vastleggen, dan zou dat prima zijn. Ik weet ook wel dat als de betrokkene in voorkomende gevallen problemen gaat maken, dat het contract dan geen stand houdt, maar je komt toch een heel eind."

Op de vraag of de regels in de BOPZ wellicht te streng zijn, waardoor in ambulante gevaarssituaties te weinig mogelijkheden zijn om in te grijpen, antwoordden de discussianten:

"De BOPZ zegt dat je niet ongevraagd mag behandelen. Je mag wel ingrijpen om het onmiddellijk gevaar af te wenden."

"Dat er van alles niet mag is prima. Laat dat maar zo. Ik heb dat liever (en dat je dan in voorkomende gevallen toch ingrijpt) dan dat 'je maar kunt doen wat je goed dunkt'. Het dwingt je namelijk voortdurend jezelf af te vragen, of je het wel kan maken om de regels een beetje naar je hand te zetten. Als je maar bereid bent je te verantwoorden."

"Uit eigen ervaring als patiënt zeg ik: op het moment dat je hoteldebotel bent dan zie je het niet, maar als die spuit dan begint te werken dan ben je dankbaar dat het gebeurd is."

"Je moet inderdaad iemand weer aanspreekbaar maken, dan kan je weer wat met elkaar."

### 6.3 *Mogelijke gevolgen van 'het afwenden van gevaar' in de BOPZ op langere termijn: de spanning tussen het denkbare en het haalbare*

In paragraaf 6.1 zagen we dat in concrete gevaarssituaties niet altijd en overal alternatieven voorhanden zijn om het gevaar af te wenden. De beschikbaarheid van menskracht, tijd en deskundigheid bepalen voor een belangrijk deel of er op een andere manier kan worden ingegrepen dan door een dwangopneming. In paragraaf 6.2 werd daarnaast aangegeven dat niet alle denkbare ingrepen toelaatbaar zijn. We konden echter tegelijkertijd zien dat de grenzen van het juridisch toelaatbare niet scherp zijn. Zeker waar ambulante drangmaatregelen worden ingezet, blijkt er veel mogelijk en zelfs wenselijk te zijn (vanuit het standpunt van de hulpverlening).

Ook de grenzen van het praktisch haalbare zijn niet scherp te trekken. Onder druk van de wenselijkheid om buiten het psychiatrisch ziekenhuis naar alternatieven te zoeken om het gevaar af te wenden, zou er straks in de praktijk wel eens meer mogelijk kunnen blijken dan aanvankelijk door hulpverlenende instanties als haalbaar werd gezien.

De Wet BOPZ is er in de eerste plaats voor bedoeld personen met ernstige psychische problemen een goede rechtsbescherming te geven. Dat geldt ook voor het vereiste bij een onvrijwillige opneming dat 'het gevaar niet buiten het ziekenhuis kan worden afgewend'. Als vrijheidsbenemende maatregel dient een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging als uiterste middel te worden gezien.



Alhoewel de BOPZ dus niet als politiek beleidsinstrument is bedoeld, is het goed denkbaar dat invoering van de wet gevolgen zal hebben voor het beleid in de geestelijke gezondheidszorg. Het 'ultimum remedium'-principe draagt hiertoe bij. We geven hieronder twee argumentaties ter ondersteuning van dit idee.

*Het 'coûte que coûte'-karakter van het 'ultimum remedium'*

Hulpverleners, advocatuur en rechterlijke macht zullen in de toekomst bij herhaling voor de vraag komen te staan, in hoeverre 'alles op alles' gezet moet worden om geconstateerd gevaar buiten het ziekenhuis af te wenden. Bij dreigende onvrijwillige opnemingen zal er gewezen worden op het succes van substitutieprojecten en andere opnamevervangende activiteiten, op het succes van projecten voor intensieve thuiszorg, op het succes van 'bemoeizorg' en activiteiten voor 'zorgwekkende zorgmijders' etc. Wanneer de projecten waarbinnen deze activiteiten plaatsvinden zijn volgelopen, moeten de verantwoordelijke organisaties op een gegeven moment 'nee' verkopen. De rechter zal vervolgens moeten accepteren dat in sommige gevallen een dwangopneming onvermijdelijk is, omdat de beschikbare alternatieven volledig zijn bezet. Van dergelijke beslissingen zou een druk op de GGZ-organisaties en op de politiek kunnen uitgaan om dusdanige wijzigingen in het voorzieningenpakket aan te brengen, dat de mogelijkheid om alternatieven daadwerkelijk in te zetten wordt vergroot.

Tijdens de kamerbehandeling van het wetsontwerp BOPZ in 1979 en 1980 werden er door kamerleden al vragen over het 'coûte que coûte'-karakter gesteld. Allereerst werd door de minister in de memorie van toelichting gesteld dat er geen directe koppeling kan zijn tussen beleidsprioriteiten in de geestelijke gezondheidszorg en het wetsontwerp<sup>15</sup>. Tegelijkertijd hoopte hij wel dat de uitbreiding van de ambulante hulpverlening

<sup>15</sup> "Uiteraard is het mogelijk dat in het kader van de behandeling van dit ontwerp bepaalde wenselijkheden (bijvoorbeeld goede extramurale voorzieningen) een extra accent zullen krijgen. Daarmede moet dan bij het stellen van de beleidsprioriteiten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen rekening worden gehouden. De inhoud van het ontwerp kan daarvan evenwel niet rechtstreeks afhankelijk worden gesteld. Het ontwerp biedt thans wel door zijn redactie alle ruimte voor de doorwerking van verbeteringen in bijvoorbeeld de extramurale zorg naar het aantal noodzakelijke gedwongen opnemingen. In artikel 2 van het ontwerp en daarmede overeenkomende artikelen is voorgeschreven dat de rechter om een machtiging te kunnen verlenen ervan overtuigd moet zijn dat niet met extramurale hulpverlening kan worden volstaan" (Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 11270, nr. 12, p. 10).

de mogelijkheden voor het afwenden van gevaar buiten het ziekenhuis zou verruimen.

In antwoord op kamervragen stemde de minister niet in met de gedachte van sommige kamerleden, dat in de wetstekst een recht van de patiënt op de aanwezigheid van extramurale en gedifferentieerde voorzieningen tot uitdrukking moest worden gebracht. Naar zijn mening is het onjuist via de BOPZ aan afzonderlijke patiënten een individueel recht toe te kennen, dat ook afdwingbaar zal zijn. "Dit zou betekenen dat de overheid rechtstreeks tegenover een bepaalde patiënt de verplichting zou hebben zorg te dragen voor het in het leven roepen van een bepaalde ambulante voorziening, indien en zodra op dat terrein blijkens de ervaringen van die patiënt een lacune zou bestaan" (Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 11270, nr. 17, p. 44; zie ook: Offerhaus, 1980, p. 495).

Nu de verantwoordelijkheden door de te verwachten wijzigingen in het gezondheidszorgstelsel zullen verschuiven naar de 'markt'-partijen, is te verwachten dat zorgverzekeraars in de toekomst op een vergelijkbare wijze zullen reageren. Waarschijnlijk zullen ook zij niet blij zijn met druk vanuit de politiek of de rechterlijke macht om een groter zorgaanbod te creëren, zodat alternatieven beter kunnen worden aangewend.

Laurs denkt echter anders over de verplichting om alternatieven aan te wenden. Zowel in zijn dissertatie uit 1988 als enkele jaren eerder in zijn analyse van de BOPZ ten behoeve van de bijzondere commissie BOPZ, benadrukt hij dat bij vrijheidsontneming - tegen de wil van de betrokkene - als strikt en restrictief te interpreteren rechtsregels niet oneigenlijk mogen worden gehanteerd. Hij signaleert dat in de praktijk bij het ontbreken of 'vol zitten' van alternatieve opvangmogelijkheden de rechter in het belang van de patiënt (dus: om bestwil) opneming gerechtvaardigd kan vinden. Zijns inziens kan echter moeilijk akkoord gegaan worden met onvrijwillige opnemingen, waarbij - zogenaamd om 'bestwil' van de betrokkene - de rechter de hand licht met de wettelijke bepalingen, waarin (in het geval van de BOPZ) doelbewust voor het *gevaars*criterium is gekozen, en waarin het 'bestwil-denken' wordt uitgesloten.

Als de rechter op grond van bovenstaande overwegingen negatief besluit over een IBS- of RM-aanvraag, omdat hij niet wil meewerken aan een opneming die om praktische redenen onvermijdelijk wordt geacht, ontstaat het probleem 'wat dan wèl te doen'. Laurs vindt het onterecht wanneer dit probleem bij de rechter wordt gelegd: "De rechter schept namelijk geen probleem, maar moet in beginsel weigeren om mee te

werken aan een niet onbedenklijke - in de praktijk gegroeide - vorm van 'probleemoplossing'. En verder: "Rechters die door een 'oneigenlijke' hantering van de wet werkelijk bestaande problemen (zoals plaatsgebrek, tekorten in de ambulante opvang van patiënten in crisissituaties, tekorten aan 'pensions' en andere vaak tijdelijk noodzakelijke vluchtheuvels voor mensen in nood) verdoezelen, maskeren hiermee belangrijke tekorten in de zorg. Zonder die maskering zouden deze wellicht allang aan de orde zijn gesteld en nader tot een oplossing zijn gebracht" (Laurs, 1983, p. 3.23).

In zijn dissertatie geeft Laurs aan dat patiënten wel degelijk enig recht kunnen doen gelden wanneer het om het aanwenden van alternatieven gaat. Hier benadert hij het 'coûte que coûte'-karakter vanuit het *beginsel van de minimale restricties* (least restrictive alternatives). Hij maakt een vergelijking met het strafrecht: "Het detentierechtelijk beginsel van de minimale restricties houdt in dat gedetineerden aan geen andere beperkingen van hun vrijheid mogen worden onderworpen dan alleen aan die, welke voor het doel van de detentie absoluut noodzakelijk zijn. (...) Het beginsel van de minimale restricties verplicht tot terughoudendheid bij het beperken van rechtsuitoefening door gedetineerden. (...) Het beginsel van de minimale restricties verdient niet slechts toepassing in de detentierechtelijke context, maar ook ten aanzien van de situatie van onvrijwillige opname van psychiatrische patiënten. (...) Hulpverlening aan patiënten verdient absolute prioriteit boven rechtsuitoefening door patiënten" (Laurs, 1988, p. 142). Dat het hanteren van het beginsel van de minimale restricties verplichtingen schept, zal hieronder worden aangegeven.

#### *Jurisprudentie en het 'ultimum remedium'*

Zowel de oude Krankzinnigenwet als de Wet BOPZ kennen een opnameplicht voor ziekenhuizen, wanneer een IBS of RM is uitgesproken. Met betrekking tot de toegevoegde voorwaarde, dat buiten het ziekenhuis geprobeerd moet worden het gevaar af te wenden, bestaat er geen verplichting. Het is echter voorstelbaar dat een dergelijke verplichting op basis van jurisprudentie gaat groeien. Met name advocaten die betrokken cliënten tijdens de rechtszitting zullen ondersteunen, zullen wijzen op eerder gedane uitspraken in het betreffende of een ander arrondissement, of op uitspraken van de Hoge Raad. Tevens kunnen advocaten wijzen op mogelijke alternatieven buiten de woonregio van de betrokkene. Alternatieven die in de eigen woonregio niet of niet meer voorhanden zijn, zijn wellicht wel in een aanpalende regio haalbaar.

Laurs beweert dat er wel degelijk een rechtsgrond is voor de eis om desnoods buiten de regio van de patiënt alternatieven voor het afwenden van gevaar aan te wenden: "De situatie kan zich voordoen dat met ambulante hulp het gevaar dat de patiënt veroorzaakt weliswaar af te wenden is, maar dat die hulp niet bereikbaar is om andere redenen, zoals lange wachtlijsten of lange intake-procedures bij instituten voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Zulke problemen zullen zich in sterke mate voordoen in regio's, waar het aanbod van ambulante hulp nog onvoldoende ontwikkeld is. (...) Het beginsel van de minimale restricties vergt, dat in situaties als deze een louter formeel beroep op 'bureaucratische argumenten', zoals het bestaan van wachtlijsten of regionale taakverdelingen, nimmer als toereikend wordt beschouwd. (...) In zo'n geval moet afgeweken kunnen worden van een wachtlijststelsel of een regionale taakverdeling tussen hulpverleningsinstellingen. Er zal genoegzaam dienen te worden aangetoond dat (elders) geen geschikte plaatsingsmogelijkheid bestaat."

Laurs beseft dat deze redenering niet in alle gevallen hoeft te betekenen, dat alternatieven opgeëist kunnen worden: "Dit betekent niet dat daarmee in alle gevallen omwille van het voorkomen van de onvrijwillige opname van een patiënt bestaande structuren in de intra- en extramurale hulpverlening kunnen worden gepasseerd. Als een beroep wordt gedaan op de factoren als wachtlijststelsel of opnamebeleid, dan zal evenwel het concrete gewicht van de in geding zijnde argumenten (onder andere de schade die een incidentele afwijking van dergelijke regels oplevert) terdege in de afwegingsprocedure moeten worden meegenomen. In acute situaties zal de beslissing tot onvrijwillige opname soms onvermijdbaar zijn, omdat rauwelijkse doorkruising van het bestaande opnamebeleid en van de opnameprocedures van instellingen als al te bezwaarlijk van de hand moet worden gewezen. Het beginsel van de minimale restricties zal dan echter vorm kunnen krijgen door de onvrijwillige opname aan een beperkte termijn te koppelen (namelijk niet langer dan nodig is om de weg naar betere alternatieven vrij te maken)" (Laurs, 1988, p. 143-144). Hiermee geeft hij alsnog de grenzen aan van het 'coûte que coûte'-karakter van het ultimum remedium, dat een onvrijwillige opname behoort te zijn.

### Tot slot

Het valt te verwachten dat zowel over de mogelijkheden voor het toepassen van ambulante drang, als over de mogelijkheden om 'het afwenden van gevaar buiten het ziekenhuis' af te dwingen, de komende jaren de discussies (opnieuw) zullen oplaaien. Er bestaat een grote mate van consensus over de voorkeur voor ambulante behandeling boven klinische, en over het belang van het terugdringen van vrijheidsbenemende maatregelen. Deze consensus zal hulpverlenende instellingen onder druk zetten om alle maatregelen te treffen, die nodig zijn om patiënten buiten het psychiatrisch ziekenhuis te helpen, ook wanneer deze patiënten gevaar opleveren. Om dergelijke maatregelen te kunnen treffen, zal er in de toekomst wellicht sterker gepleit worden voor het verruimen van de mogelijkheden om ambulante dwang en drang toe te passen.

### Literatuur

- Arendsen, H.A.G.M. en H.W.M. Plagge  
*Psychiatrische Intensieve Thuiszorg, een nieuwe zorgvorm in de sociale psychiatrie.*  
Riagg Midden-Limburg, Roermond, 1993.
- Berghmans, R.  
*Om bestwil, paternalisme in de psychiatrie, een gezondheidsethische studie.*  
Academisch proefschrift, Thesis Publishers, Amsterdam 1992.
- Brandsma, T.  
*"Dat weet je toch?"*  
Forum, nr. 10, Rotterdam, december 1991.
- Broers, E., H. van de Beek, H. Hull en M. Donker  
*Spoed geboden, acute hulpverlening door de Riagg.*  
NcGv-reeks 93-7, Utrecht, juni 1993.
- Dingemans, P.  
*Training in community living (TCL). Verslag van een werkbezoek aan en een literatuuronderzoek over het TCL-project in Madison Wisconsin.*  
Vakgroep Psychiatrie van de Universiteit van Amsterdam. Amsterdam, 1990.
- Donker, M. en M. Janssen  
*Het ultimum remedium criterium in de BOPZ, concept-voorstel voor een vervolgonderzoek in het project 'Gedwongen Psychiatrische Opneming'.*  
NcGv, Utrecht, maart 1988.
- Geller, J.L.  
Clinical Guidelines for the Use of Involuntary Outpatient Treatment.  
*Hospital and Community Psychiatry*, 41 (1990), 7.
- Gemeente Amsterdam  
*Mogelijkheden voor interventie bij burenoverlast.*  
MGZ, 93/279, Amsterdam, juli 1993.
- Geneeskundige Inspectie Geestelijke Volksgezondheid  
*GIGV-informatie.* Rijswijk, oktober 1992, nummer 22.
- Giel, R.  
*Onze moeite met moeilijke mensen.*  
*Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26 (1984), 4, 244-261.

Ginneken, P. van

"Een zodanig gevaar". *Het gevaarscriterium bij gedwongen opnemings in een psychiatrisch ziekenhuis.*

NcGv-reeks 93-21, Utrecht, december 1993.

Henselmans, H.W.J., S. Kok, A.V.M. Nammensma en J.C.M. van Berkel

Bemoeizorg. Strategieën in de zorg voor ambulante patiënten met langdurige psychiatrische problemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 46 (1991), 11, 1193-1205.

Hoge Raad

Arrest d.d. 14 februari 1986, NJ 1986-364.

Hoogduin, C.A.L. en R.J. v.d. Bosch

Vermijding van opname.

*Tijdschrift voor Psychiatrie*, 20, (1987), 4.

Janssen, M.

*Het Amsterdamse model halfweg; een tussenstand van de GGZ-hervormingen in de hoofdstad.*

NcGv, Gemeente Amsterdam, Utrecht, Amsterdam, juni 1993.

Janssen, M. en A. Kaasenbrood

Clïent over dwangopname: nee, dank u, Ervaringen en opinies na gedwongen psychiatrische opname.

*Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 44 (1989), 11, 1179-1192.

Janssen, M. en M. Donker

Psychiatrische besluitvorming rond gedwongen opname.

*Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 44 (1989), 6, 619-633.

Janssen, M.

De rol van de wijkagent bij gedwongen psychiatrische opname.

*Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 43 (1988), 12, 1307-1323.

Kaasenbrood, A.

De psychiater en het gevaarscriterium.

*Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30 (1988), 10, 679-691.

Kaasenbrood, A.

Krankzinnigheid, diagnostiek in wettelijk perspectief?

*Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31 (1989), 7, 460-473.

Krul-Steketee, J.

*Krankzinnigenwet en wetsontwerp BOPZ inhoudelijk vergeleken.*

Lezing gehouden op het symposium 'Van KZ-wet naar BOPZ, wetgeving en uitvoering', mei 1984, Universitaire Leergangen Gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Groningen.

Laurs, P.J.H.

*Evolutie of revolutie in de psychiatrie? Een analyse van het wetsontwerp BOPZ (bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen).*

Voorpublicatie van het proefschrift, Utrecht, 1983.

Laurs, P.J.H.

*Recht voor psychiatrische patiënten: een onderzoek naar de rechtsbescherming voor in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen patiënten.*

Arnhem, Gouda Quint, 1988.

Laurs, P.J.H.

Tussen vrijheid en bescherming.

*Proces*, 68 (1989), 2, 54-59.

Laurs, P.J.H.

De BOPZ in rechtsvergelijkend perspectief.

*Proces*, 70 (1991), 4, 86-98.

Legemaate, J.

De opkomst van de ambulante dwangbehandeling.

*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, september 1989.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid

*Wèl doen of niet doen, zorgvuldig handelen bij toepassing dwang en drang in de geestelijke gezondheidszorg.*

NRV, Zoetermeer, juni 1992.

Nederlandse Vereniging voor Beschermd Wonen

*Zorg op menselijke maat, naar een maatschappelijk georiënteerde geestelijke gezondheidszorg.*

Houten, januari 1993.

Offerhaus, R.E.

Wetsontwerp BOPZ, samenvatting en commentaar.

*Medisch contact*, 35 (1980), 16, 494-498.

Smit, J. en M. Bogaard

*Gedwongen opnemings in Nederland.*

Deventer, Kluwer, 1989.



Vereniging HVO

*Woonondersteuning door HVO.*

HVO, Amsterdam, 1993.

Vlaminck, P.

*Psychose Preventie Project, eindverslag.*

Delft, Eburon, 1989.

Westenberg, F.

De rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen patiënt.

*Rechtshulp* (1993) 2, 2-10.

Wet BOPZ

*Tekst van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen* (Staatsblad 1992, 669), zoals deze is gewijzigd bij de wet van 29 oktober 1992.

Staatsblad 1992, 670. Gepubliceerd in Staatsblad 1992, 671.

Wolf, J.

*Oude bekenden van de psychiatrie. Een onderzoek naar een sociaal-psychiatrische hulpverleningspraktijk.*

Utrecht, 1990, Academisch proefschrift.

Wolf, J.

Acute hulp, blijvende problemen.

*Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 47 (1992), 4, 363-376.

## Bijlage 1

### Deelnemers aan discussie

mevrouw H. Aalbers, gespecialiseerde gezinsverzorging, Nieuwegein

mevrouw L. Deken, Rosmalen

de heer W. van de Graaf, Amsterdam

de heer M. Haegens, psychiater, Crisisdienst Riagg Nijmegen

mevrouw K. van Heugten, Krisiscentrum Utrecht

de heer J.H.A. Kootte, huisarts te Utrecht

mevrouw M. de Lange, Zoetermeer

mevrouw F. van Leeuwen, gespecialiseerde gezinsverzorging, Nieuwegein

de heer drs. J.B. van Luyn, P.C. Zon en Schild, Amersfoort

de heer T. Meijers, De Walenburg, Amsterdam

mevrouw Mr. T. Naumann-van Dijk, Zeist

de heer L. van der Post, psychiater, Riagg C/OW Amsterdam

de heer drs. A.A. van Rijswijk, regiopolitie Rotterdam/Rijnmond,

de heer P. Scholte, regiopolitie Rotterdam/Rijnmond,

mevrouw Mr. J.M. van der Vaart, arrondissementsrechtbank Amsterdam

mevrouw E. Vermaire, Weesp

mevrouw J.A. Woolthuis, Haarlem

## Over de auteurs

Drs. Gee de Wilde (1949), psycholoog, is sinds 1991 als wetenschappelijk medewerker werkzaam bij het NcGv, voornamelijk ten behoeve van onderzoek naar kwaliteit, beleid en samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg. Van 1986 tot 1991 werkte hij als staffunctionaris bij de Rigg 's-Hertogenbosch en de Rigg Amsterdam.

Dr. Rob Bijl, socioloog is sinds 1985 werkzaam bij het NcGv. Hij heeft onder meer gepubliceerd op het gebied van psychiatrische epidemiologie en behoefte-onderzoek in de GGZ. Het zwaartepunt van zijn activiteiten ligt bij de thema's arbeidsongeschiktheid en psychische problematiek, en epidemiologie.

De uitgave 'Afwenden van gevaar' is te bestellen bij de heer B. van Kesteren, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht, 030 - 93 51 41, onder vermelding van 'NcGv-reeks 93-21'. De prijs van het boek bedraagt f 19,50. U ontvangt een acceptgirokaart voor de betaling.

---

Eerder verschenen in de NcGv-reeks o.a. de volgende uitgaven:

### **Spoed geboden**

Acute hulpverlening door de Riagg.

Ella Broers, Hella van de Beek, Hazel Hull, Marianne Donker  
*NcGv-reeks 93-7, 200 blz., f 29,50.*

### **Een zodanig gevaar**

Het gevaarscriterium bij gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Paul van Ginneken

*NcGv-reeks 93-21, 79 blz., f 23,50.*

Een overzicht van alle in de NcGv-reeks verschenen uitgaven kan worden aangevraagd bij de heer B. van Kesteren

---

*De stichting NcGv is een  
onafhankelijk instituut voor  
informatie, onderzoek en  
advies op het gebied van de  
geestelijke volksgezondheid en de  
geestelijke gezondheidszorg.*

Postadres:  
Postbus 5103, 3502 JC Utrecht  
Bezoekadres:  
Da Costakade 45, Utrecht  
telefoon 030 - 93 51 41  
fax 030 - 96 10 20

NcGv-reeks 93-22

---

NcGv

Nederlands  
centrum  
Geestelijke  
volksgezondheid

Postbus 5103  
3502 JC Utrecht

ISBN 90 5253 107 2