

Voorwaardelijk ontslag bij daklozen

De heer Boot is al jaren dakloos en psychotisch. Hij zwerft door Amsterdam zonder ooit gebruik te maken van de opvangmogelijkheden. Alle hem aangeboden hulp wijst hij beslist en enigszins hooghartig van de hand. Hij is immers Jezus Christus en wacht op het eind der tijden. Tot het zover is zal zijn vader voor hem zorgen. Ik zou dus eerder hulp van hem moeten verlangen in plaats van andersom. Op een bepaald moment gaat het minder goed met de heer Boot. Hij begint willekeurige voorbijgangers uit te schelden en verbaal te bedreigen. Hij heeft namelijk het idee dat zij hem uitschelden en hem misschien wel wat aan willen doen. De bedreigingen worden heftiger waarbij zijn vreeswekkende uiterlijk de zaak geen goed doet. Mensen worden bang voor hem. Als hij met een stuk hout gaat staan zwaaien wordt hij door de politie ingesloten en uiteindelijk gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Tijdens deze opname, eerst met een inbewaringstelling, later met een rechterlijke machtiging, accepteert de heer Boot medicatie en knapt hij duidelijk op. De agitatie en agressie verdwijnen en de waan Jezus te zijn komt meer op de achtergrond te staan, maar verdwijnt niet. Wensen wat betreft huisvesting of uitkering heeft hij niet. Eigenlijk heeft hij maar één wens, teruggaan naar zijn vaste plek in het park waar hij al vijf jaar slaapt. Deze wens wordt uiteindelijk gehonoreerd. De rechterlijke machtiging blijft bestaan

en onder de voorwaarden door te gaan met zijn depotmedicatie en contact met mij te onderhouden mag de heer Boot terug naar het park.

In mijn artikel wil ik ingaan op een aantal aspecten zoals die in de hierboven beschreven casus voorkomen. De kern van mijn artikel is het voorwaardelijk ontslag bij dakloze psychiatrische patiënten. Voorwaardelijk ontslag kan verleend worden aan patiënten die met een rechterlijke machtiging of in bewaringstelling opgenomen zijn. In het hierna volgende beperk ik mij tot voorwaardelijk ontslag bij mensen die met een rechterlijke machtiging opgenomen waren.

De patiënt kan, mits hij zich aan de gestelde voorwaarden houdt, terugkeren in de maatschappij op het moment dat het gevaar, waarvoor de rechterlijke machtiging afgegeven is, voldoende verminderd en ontslag in het belang van de patiënt is. In de praktijk wordt deze vorm van ontslag met enige regelmaat toegepast. In dit artikel wil ik enkele kanttekeningen bij de praktijk plaatsen vanuit mijn positie als sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij het Rehabilitatieteam voor dak- en thuislozen (Rehabteam) in Amsterdam. Dit team heeft de laatste jaren een groep patiënten met voorwaardelijk ontslag ambulantly begeleid. Soms gaat dit goed, maar soms ook niet. Wat is nodig om het voorwaardelijk ontslag kans van slagen te geven, bij welke categorie patiënten is het een zinnige optie en bij welke niet. Met andere woorden:

Aan welke criteria moet voldaan zijn voordat je als SPV een dakloze patiënt tijdens zijn voorwaardelijk ontslag kunt begeleiden?

In het artikel wil ik na een schets van het wettelijk kader, waaraan voldaan moet zijn voordat er sprake kan zijn van voorwaardelijk ontslag, verslag doen van de praktijkervaringen bij het Rehabteam met voorwaardelijk ontslag. Hiertoe heb ik achtentwintig dossiers van patiënten bij wie voorwaardelijk ontslag is toegepast, geanalyseerd en heb ik interviews afgenomen met hulpverleners die bij dit voorwaardelijk ontslag betrokken waren. Onder de geïnterviewden waren zowel klinisch als ambulante werkende hulpverleners. Ik sluit af met een antwoord op de hierboven genoemde probleemstelling.

Het theoretisch kader van dit artikel wordt gevormd door de revalidatietheorie en het sociaal psychiatrische gedachtegoed waarbij mijn idee om voorwaardelijk ontslag te zien als kans voor het verbeteren van de omstandigheden van een patiënt en het voorkomen van marginalisering aansluit.

Wettelijke bepalingen

De wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, de wet BOPZ, vormt onder andere de juridische basis voor een dwangopname en voor voorwaardelijk ontslag. Voor er van voorwaardelijk ontslag sprake kan zijn zal iemand eerst gedwongen opgenomen moeten worden.

Twee soorten rechterlijke machtiging zijn in het kader van dit artikel van belang. De *voorlopige machtiging* die maximaal zes maanden duurt en eventueel verlengd kan worden met een *machtiging tot voortgezet verblijf* die

over het algemeen een geldigheidsduur van een jaar heeft.

Het hebben van een machtiging betekent niet dat iemand ook de hele periode in een psychiatrisch ziekenhuis moet verblijven. Is het gevaar geweken, of kan het op een andere manier dan door een opname afgewend worden, dan moet ontslag verleend worden. Eigenlijk spreekt dat voor zich. In dat geval vervalt namelijk een criterium voor dwangopname.

Voorwaardelijk ontslag is een optie tussen volledig ontslag en opgenomen blijven in. Wanneer de geneesheer-directeur van het ziekenhuis van mening is dat volledig ontslag nog niet mogelijk is maar dat het gevaar zover verminderd is dat ontslag onder voorwaarden mogelijk is, dan kan dit zo genaamde voorwaardelijk ontslag verleend worden. De voorwaarden die gesteld mogen worden moeten betrekking hebben op het gedrag van de patiënt en mogen de godsdienstige en staatkundige vrijheid van de betrokkene niet beperken. Je mag iemand dus niet verbieden naar de kerk te gaan of te gaan stemmen.

Een veel opgelegde voorwaarde is dat iemand contact met een ambulante behandelaar moet onderhouden en zijn medicijnen moet blijven innemen. Deze voorwaarden worden vaak opgelegd omdat medicatie een duidelijk effect heeft op het tegengaan van gevaar wanneer dit gevaar voortkomt uit een stoornis. Het onderhouden van contact met een hulpverlener moet de controle op de toestand van de patiënt garanderen. Deze voorwaarden richten zich nadrukkelijk op de stoornis en niet op de sociaal maatschappelijke situatie van de patiënt na ontslag.

Komt de patiënt de voorwaarden niet na dan kan de geneesheer-directeur het ontslag intrekken. Hij moet het intrekken wanneer het gevaar dat voortkomt uit de stoornis weer aanwezig is.

Mogelijk en zover nodig, zo zegt de wet,

overlegt de geneesheer-directeur voorafgaand aan het verlenen van het voorwaardelijk ontslag met personen en/of instellingen buiten de kliniek. Dit kan bij voorbeeld de huisarts, de familie of de ambulante hulpverlener zijn.

Behalve dat het gevaar voldoende afgenomen moet zijn om voorwaardelijk ontslag te verlenen moet het belang van de patiënt gediend zijn met het ontslag. Een voorbeeld dat mr R.B.M.

Keurentjes (Keurentjes, Mr. R.B.M. (1996) *De wet BOPZ, de betekenis voor beroepsbeoefenaren in de praktijk.*

Koninklijke Vermande bv Lelystad, pagina 89.) in dit kader geeft betreft de patiënt bij wie het gevaar voldoende geweken is om voorwaardelijk ontslag te verlenen maar die geen huisvesting heeft. "In zo'n geval is het niet in het belang van de patiënt hem met verlof te sturen en dient het dus achterwege te blijven". De auteur verklaart desgevraagd dat dit een morele richtlijn is. De wet verbiedt niet met zoveel woorden dat een dakloze patiënt met voorwaardelijk ontslag wordt gestuurd. Wel vraagt hij zich af wat de zin van deze maatregel bij daklozen is omdat de kans op terugval groot is.

Over het voorwaardelijk ontslag is weinig literatuur voorhanden. Een uitzondering hierop vormt de studie van dr. R.L.P. Berghmans (Studie van dr. R.L.P. Berghmans, in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, met de titel: *"Beter (z)onder dwang"*(1997)). In deze studie wordt o.a. onderzocht in hoeverre er in de ambulante geestelijke gezondheidszorg mogelijkheden tot dwangbehandeling bestaan en of er argumenten zijn om de mogelijkheden te verruimen. Voorwaardelijk ontslag wordt hier beschreven als mogelijkheid van ambulante dwangbehandeling in de vorm van nazorg, aansluitend aan een gedwongen opname. "Helaas", zo stelt het advies van de RVZ voortkomend uit

het onderzoek, "zijn er geen bruikbare gegevens over de mate waarin deze ambulante dwang als nazorg in de praktijk wordt toegepast". Het onderzoek van Berghmans stelt dat ambulante dwangbehandeling ter preventie of als alternatief van klinische dwangbehandeling, juridische, maatschappelijke en praktische bezwaren kent. Deze bezwaren worden in het kader van het voorwaardelijk ontslag blijkbaar minder zwaar ingeschat.

De praktijk

Het revalidatieteam voor dak- en thuislozen in Amsterdam, beter bekend als het Rehabteam, verleent sociaal psychiatrische zorg en behandeling aan de op straat verblijvende daklozen en aan de, in de sociale en particuliere pensions wonende, thuislozen met een psychiatrische stoornis. Het werkterrein van het team is Amsterdam Centrum, Oud-West en Noord.

Met enige regelmaat wordt de nazorg voor een dak- of thuisloze patiënt, na een gedwongen opname aan het Rehabteam overgelaten. Dit voorwaardelijk ontslag geeft regelmatig problemen. Mensen komen de gestelde voorwaarden niet na, er ontstaat opnieuw gevaar, mensen zijn onvindbaar of het regelen van een heropname levert, bij voorbeeld door plaatsgebrek in de kliniek of discussie over de noodzaak tot heropname, problemen op.

Dossieronderzoek

Om meer zicht te krijgen op de praktijk van het voorwaardelijk ontslag bij het Rehabteam heb ik achtentwintig dossiers van patiënten die de afgelopen twee jaar met voorwaardelijk ontslag zijn gegaan, op een aantal punten bekeken. Ik heb de situatie van de patiënt op het moment dat het

voorwaardelijk ontslag inging bekeken aan de hand van drie punten. Vervolgens heb ik, aan de hand van vijf punten gekeken hoe het voorwaardelijk ontslag verliep. Het uitgangspunt van dit inventariserende onderzoek was mijn hypothese dat voorwaardelijk ontslag niet verantwoord is wanneer de patiënt geen vast onderdak heeft aansluitend aan zijn opname. Deze hypothese is gebaseerd op de praktijkervaringen bij het Rehabteam.

Bij de groep van achtentwintig patiënten ging het om 23 mannen en 5 vrouwen. Zesentwintig van hen hebben een vorm van schizofrenie, twee lijden aan een schizo-affectieve stoornis. Tweeëntwintig patiënten gebruiken alcohol of drugs.

De groep bestaat uit een groep van vijftien mensen die op het moment van ingaan van het voorwaardelijk ontslag vast onderdak heeft in een sociaal pension. De dertien anderen hebben geen vast onderdak. Vijf van hen hebben een tijdelijke plek op een logeeradres bij bekenden (1 patiënt) of kan in een passantenopvang maximaal vijf nachten slapen (4 patiënten). De acht anderen gingen rechtstreeks vanuit de kliniek de straat op.

Binnen de groep van dertien daklozen heeft één patiënt geen alcohol of drugsprobleem, bij de groep van vijftien thuislozen betrof dit vijf patiënten. De voorwaarden gesteld aan het voorwaardelijk ontslag waren steeds

inname van de voorgeschreven medicatie en contact onderhouden met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige van het Rehabteam.

De punten die ik gehanteerd heb zijn afgeleid uit de wet. De wet hanteert het criterium stoornis in combinatie met gevaar voor het afgeven van een rechterlijke machtiging. Het nakomen van voorwaarden ter voorkoming van de terugkeer van gevaar is de graadmeter, aldus de wet BOPZ, om te meten of het voorwaardelijk ontslag voortgezet mag of ingetrokken moet worden. Ik heb bovendien gekeken of de patiënt het eens was met de geformuleerde voorwaarden om te zien wat het verband is tussen het niet eens zijn met de voorwaarden en het niet nakomen daarvan. Als extra punt heb ik de verergering van het toestandsbeeld toegevoegd omdat ik benieuwd was of hier vaak sprake van was zonder dat er opnieuw gevaar ontstond. Het punt heropname is als controle bedoeld om te zien of bij terugkeer van het gevaar de consequentie wel is dat iemand opnieuw wordt opgenomen.

Bij het ingaan van het voorwaardelijk ontslag heb ik drie punten bekeken:

1. was er sprake van een psychose
2. was de patiënt het eens met het ontslag
3. was de patiënt het eens met de voorwaarden

Uitkomsten:

	15 patiënten met vast onderdak		13 patiënten zonder vast onderdak	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Psychose	5 (33%) ¹⁾	10 (66%)	10 (76%)	3 (24%)
Eens met ontslag	15 (100%)	0	12 (92%)	1 (8%)
Eens met voorwaarden	8 (54%)	7 (46%)	4 (31%)	9 (69%)

1) De vermelding in percentages heb ik toegevoegd om de vergelijking van beide groepen te vergemakkelijken. Gezien het kleine cohort is het wel zaak de percentages niet te scherp te interpreteren, de uitkomsten kunnen niet gegeneraliseerd worden.

Twee zaken vallen mijns inziens op bij de vergelijking van beide groepen bij aanvang van het voorwaardelijk ontslag. Diegenen die geen vast onderdak hebben zijn duidelijk vaker psychotisch en zijn het vaker oneens met de gestelde voorwaarden dan de mensen uit de andere groep.

Om de situatie van de patiënten gedurende het voorwaardelijk ontslag in kaart te brengen heb ik vijf punten bekeken:

1. hield de patiënt zich aan de gestelde voorwaarden
2. keerde het gevaar, waarvoor de rechterlijke machtiging was afgegeven, terug
3. ging het contact verloren met de patiënt, m.a.w. was hij onvindbaar
4. verergerde het psychiatrisch toestandsbeeld
5. werd de patiënt heropgenomen

In de tabel op de volgende bladzijde, de resultaten.

	15 patiënten met vast onderdak		13 patiënten zonder vast onderdak	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Nakomen voorwaarden	11 (74%)	4 (26%)	2 (15%)	11 (85%)
Terugkeren gevaar	3 (20%)	12 (80%)	10 (77%)	3 (23%)
Contact verloren	1 (6%)	14 (94%)	9 (70%)	4 (30%)
Verergering toestandsbeeld	3 (20%)	12 (80%)	7 (54%)	5 (38%) ¹⁾
Heropname	4 (26%)	11 (74%)	7 (54%)	6 (46%)

1) Van één patiënt is onbekend of het toestandsbeeld verergerd is.

De bovenstaande tabel laat een scherp contrast zien tussen beide groepen. Waar de groep patiënten met een vast onderdak het vrij goed doet tijdens het voorwaardelijk ontslag is, naar mijn idee, de situatie van de groep zonder vast onderdak schokkend. Slechts 80% procent komt de voorwaarden niet na, bij 77% keert het gevaar terug en bij 70% gaat het contact verloren. Het verschil tussen beide groepen is aanzienlijk.

Het opvallendst aan de uitkomst is echter het gegeven dat van de groep zonder verblijfplaats "slechts" 54% is heropgenomen wat alleen al gezien het feit dat bij 77% het gevaar terugkeert weinig is. Het terugkeren van gevaar verplicht de geneesheer-directeur namelijk om het voorwaardelijk ontslag in te trekken (artikel 46&47 wet-BOPZ). De wet geeft ook de mogelijkheid het voorwaardelijk ontslag in te trekken wanneer de patiënt zich niet aan de

gestelde voorwaarden houdt.

Ook op dit punt is het verschil met de groep die wel vast onderdak heeft opvallend. In die groep keert bij 20% het gevaar terug, houdt 26% zich niet aan de voorwaarden en wordt 26% heropgenomen. Veel logischere verhoudingen dus.

Hoe het duidelijke verschil tussen het niet nakomen van de voorwaarden (85%) in combinatie met het terugkeren van gevaar (77%) enerzijds en het lage percentage van 54% heropnames anderzijds, verklaard moet worden is nog niet zo eenvoudig en vraagt eigenlijk verder onderzoek. Een mogelijke verklaring ligt in het gegeven dat bij 70% van de groep het contact verloren ging wat heropname wellicht praktisch niet mogelijk maakte. Dit betwijfel ik echter, ik weet dat slechts 1 patiënt definitief "kwijt" is geraakt en dat bij hem bovendien de vraag of het gevaar terugkeerde, in het onderzoek,

met nee beantwoord is.

Een pijnlijkere verklaring voor de geestelijke gezondheidszorg is wellicht een afhoudende houding van klinieken ten aanzien van heropnames van deze patiëntengroep. Dakloosheid, verslavingsproblematiek en een geringe behandelmotivatie maakt deze groep niet tot de meest geziene in de klinische psychiatrie. (*Dakloze patienten worden in Amsterdam op basis van de alfabetregeling opgenomen en niet naar regioindeling. De kritiek op de klinische psychiatrie richt zich dus niet op een bepaalde kliniek*).

Verschil in visie

De laatste gedachte uit de vorige alinea brengt me op een ander aspect van voorwaardelijk ontslag bij daklozen. In het voorgaande heb ik vooral gekeken of de gang van zaken rondom voorwaardelijk ontslag bij daklozen in overeenstemming is met de wet BOPZ. In deze paragraaf wil ik kijken naar de ideeën in de klinische en ambulante praktijk over voorwaardelijk ontslag bij daklozen. Wordt het afwenden van gevaar alleen als voldoende zorg ervaren of worden er andere doelen nagestreefd?

Een van de geïnterviewden, een vooral klinisch werkende psychiater, wees me erop dat de dwangopname zich richt op het afwenden van het gevaar. Is dat gebeurd dan kan de patiënt gaan. De dakloosheid van de patiënt doet bij het nemen van zo'n beslissing niet ter zake. Als de patiënt maar voor de eerstvolgende nacht na de opname onderdak heeft, aldus die zelfde psychiater, dan is wat hem betreft voorwaardelijk ontslag mogelijk. De consequentie is dan dat psychotische patiënten op straat belanden, wat bij de onderzochte groep acht keer rechtstreeks en vier keer via een passantenopvang gebeurde.

Dat het belang van de patiënt met het ontslag gediend moet zijn speelt niet echt een rol bij het nemen van een besluit tot voorwaardelijk ontslag. De patiënt wil eigenlijk altijd weg uit de kliniek, dus strikt genomen lijkt er op dit punt geen probleem te bestaan. Dit lijkt bevestigd te worden door de Stichting Patiënten Vertrouwenspersoon die desgevraagd meldt dat er nog nooit iemand een klacht heeft ingediend omdat hij tegen zijn zin met voorwaardelijk ontslag werd gestuurd. De al eerder geciteerde auteur Keurentjes, tot voor kort rechter te Zutphen, is nog niet op jurisprudentie over dit onderwerp gestuit.

In het ambulante veld ervaren alle geïnterviewde sociaal psychiatrische verpleegkundigen problemen met de huidige praktijk. Men vindt dat voorwaardelijk ontslag te snel wordt verleend en heeft de indruk dat het belang van de kliniek, waar vaak sprake is van beddentekort en soms van beheersingsproblemen, zwaarder lijkt te wegen dan het belang van de patiënt. Ik vind het vanuit mijn positie als sociaal psychiatrisch verpleegkundige mede mijn verantwoordelijkheid om in voorkomende gevallen me als belangenbehartiger van de patiënt op te stellen. Ik ben me ervan bewust dat dit een heikel punt is. Zoals ik al eerder zei wil de patiënt praktisch altijd weg uit de kliniek. Toch denk ik, op basis van de cijfers, dat dit niet in het belang van de patiënt op langere termijn is. In dit verband wil ik prof. dr. H.J.J. Leenen (Prof. Dr. H.J.J. Leenen *Handboek gezondheidsrecht*, deel 1, derde druk, uitgeverij Samsom H.D. Tjeenk Willink 1994, pagina 159.) citeren die het in het kader van de Wet op de Geneeskundige Behandeling Overeenkomst (WGBO) heeft over de medisch-professionele standaard waaraan de hulpverlener

gebonden is, en stelt: "Het gaat daarbij om een eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener die door de wens van de patiënt niet opzij kan worden gezet". Het profiel voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (*Profiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*, M.Sc.n. B.J.M. Venneman, 1998. Een uitgave van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.) stelt op pagina 16 en 17 dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige een eigen verantwoordelijkheid draagt voor het professionele handelen en dat hij tevens een rol heeft in het beïnvloeden van andere disciplines of disciplinegenoten met betrekking tot het aanbieden van zorgvuldig afgewogen zorg aan cliënten. Dit houdt, met betrekking tot het onder-werp van dit artikel, in dat het onver-antwoord is nog langer in te stem-men met voorwaardelijk ontslag bij daklozen en dat het zaak is met de klinieken te gaan kijken op welke wij-ze er tot een meer zorgvuldig afge-wogen zorg gekomen kan worden.

Enkele sociaal psychiatrisch verpleegkundigen vinden dat het voorwaardelijk ontslag ook goede kanten heeft. Veel patiënten zijn erg ongelukkig in de kliniek en soms zijn ze er door hun gedrag onhoudbaar. Het voorwaardelijk ontslag geeft dan de mogelijkheid ambulantly enige dwang te gebruiken in de behandeling.

Vrij breed wordt de samenwerking met de klinieken op het punt van heropnames als matig omschreven. Het omschrijven van de voorwaarden is geen probleem, maar het organiseren van een heropname wel. Vaak is er plaatsgebrek en moet de kliniek overtuigd worden van de noodzaak tot heropname. "Is dat nou echt wel nodig", is een veel gehoorde vraag.

Naar mijn idee is het klinische uitgangspunt dat het alleen gaat om het opheffen van gevaar, niet goed verdedigbaar. Goed hulpverlenerschap en handelen vanuit een professionele standaard, zoals de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) het omschrijft is mijns inziens meer dan het opheffen van gevaar.

Wenselijke situatie

De vraag dient zich uiteraard aan hoe de huidige situatie verbeterd kan worden. De gedachte die aan het Rehabwerk ten grondslag ligt is om daklozen met een psychiatrische stoornis te helpen zich op te werken tot een situatie waarin aan de meest basale levensbehoeften wordt voldaan. Te denken valt aan huisvesting, inkomen, medische zorg, werk, dagbesteding et cetera. Doelen dus vanuit een rehabilitatiegedachte. Het is een manier van werken van onder (dakloos, zonder inkomen en behandeling), naar boven.

Zoals uit het voorgaande in dit artikel valt af te leiden wijkt de praktijk van het voorwaardelijk ontslag vaak fundamenteel van dit principe af. Het voorwaardelijk ontslag bij daklozen richt zich niet op rehabilitatie maar op het beheersbaar houden van een bestaande situatie. Wat zou moeten veranderen is dat de in de vorige paragraaf beschreven gedachte ook bij de groep daklozen die nu met voorwaardelijk ontslag op straat verblijft als uitgangspunt wordt gehanteerd. Dit zou betekenen dat het rehabiliteren de rode draad in de behandeling en begeleiding wordt. De rechterlijke machtiging zou dan veel meer gezien moeten gaan worden als een mogelijkheid om een start te maken met een behandeling en met het werken aan rehabilitatiedoelen. Dit alles sluit een voorwaardelijk ontslag niet uit. Dat zal

dan echter wel een bijdrage moeten leveren aan het realiseren van de doelen. Zo zou ik me voor kunnen stellen dat iemand met voorwaardelijk ontslag gaat om te zien of hij zich staande kan houden in zijn nieuwe woonsituatie.

Dit alles betekent nogal wat voor de Amsterdamse praktijk. Er zal, en niet alleen in theorie, transmuraal gewerkt moeten worden zodat de klinische opname een fase in een langlopende behandeling wordt. Er zal dus een uitstekende samenwerking moeten zijn met de klinieken en overeenstemming over de behandel- en revalidatiedoelen en de manier waarop deze behaald gaan worden. Gevolg hiervan zal zijn dat de opnameduur van de groep die nu de straat op gaat met voorwaardelijk ontslag verlengd zal worden wat gezien de bezettingsgraad van de Amsterdamse klinieken een potentieel probleem is. Het bereiken van overeenstemming over de behandel- en revalidatiedoelen is minder eenvoudig dan het lijkt. Het verschil in visie is, zoals u eerder heeft kunnen lezen, namelijk groot.

Conclusie

Voorwaardelijk ontslag bij daklozen is om twee redenen een twijfelachtige optie. In de praktijk zijn er duidelijk aanwijzingen dat binnen afzienbare tijd het gevaar waarvoor de rechterlijke machtiging was afgegeven terugkeert. Bovendien houdt een grote meerderheid zich niet aan de gestelde voorwaarden en lukt het niet het contact met de dakloze patiënt te continueren als hij weer op straat is. De tweede reden betreft de kwaliteit

van zorg op langere termijn. In mijn visie moet een gedwongen psychiatrische opname verder gaan dan het opheffen van gevaar alleen. De dwangopname is een mogelijkheid om een schizofrene dakloze van de straat te krijgen en te motiveren voor behandeling. Dit kost tijd, sommige mensen hebben jaren gezworven voor het moment bereikt was om een machtiging aan te vragen. Een kliniek moet, naar mijn idee, tijd vrijmaken om een behandeling kans van slagen te geven, om het vertrouwen van iemand te winnen, om medicatie te laten inwerken. Er zal een transmuraal behandelplan opgesteld moeten worden waarbij het rehabiliteren van de patiënt het behandelgoal is en niet het opheffen van gevaar. Vanuit die gedachtegang is het onjuist om, zodra het gevaar geweken is, iemand de straat op te laten gaan met een voorwaardelijke machtiging.

Terugkijkend naar mijn probleemstelling kan mijn conclusie dan ook alleen zijn dat er geen criteria te formuleren zijn waardoor je als sociaal psychiatrisch verpleegkundige een dakloze patiënt tijdens zijn voorwaardelijk ontslag kwalitatief goede zorg kunt geven. Dat voorwaardelijk ontslag moet bij dakloosheid onder de huidige condities namelijk niet verleend worden. Ook wanneer de condities zouden verbeteren zodat er een transmuraal, op rehabiliteren gericht behandelplan is, blijft de optie van voorwaardelijk ontslag in mijn ogen twijfelachtig. Psychotische mensen horen niet op straat te slapen en zeker niet als de wettelijke mogelijkheid er is anders te beslissen.

Ruud Zuidmeer

Literatuur

- Bergmans, R., *Om Bestwil, paternalisme in de psychiatrie* (Amsterdam, Thesis Publishers, 1992)
- Keurentjes, R.B.M., *De wet BOPZ, de betekenis voor de beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg*, (Lelystad, Koninklijke Vermande BV, 1996)
- Laurs, P., *recht voor psychiatrische patiënten*, (Arnhem, Gouda Quint BV, 1988)
- Leenen, H.J.J., *Handboek gezondheidsrecht deel 1*, (Alphen aan de Rijn, Samson H.D. Tjeenk Willink, 1994)
- Polstra, L., *Dwangpreventie, voorkomen van escalatieprocessen in de psychiatrische thuis- en straatzorg*, (Groningen, vakgroep andragogiek R.U.G., 1998)
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Beter (z)onder dwang*, (Zoetermeer 1997)
- Scholten, C.M. en Tjadens F.L.J., *Wet Bopz Verkommerden en Verloederden*, (Rijswijk, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996)
- M.Sc.n. B.J.M. Venneman, *Profiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*, 1998. Een uitgave van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.
- Wilken, J.P. en den Hollander, D., *Psychosociale rehabilitatie*, (Utrecht, SWP, 1999)