

Bij zinnen

BERT VAN DER WERF & ARTIE VAN TUIJN

Psychiatrisch asiel en het recht om gehoord te worden

In 1999 bracht het Trimbos-instituut een rapport uit onder de titel *Behoeftte aan asiel?*, waarin geconcludeerd wordt dat het aantal bedden in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) voor langverblijvers met duizenden kan worden ingekrompen. Hondius en Fransen deden begin vorig jaar in het Maandblad het voorstel om de term asiel te vervangen door de term Oase. Zij willen de Oase reserveren voor cliënten die niet in aanmerking komen voor uitplaatsing of waarbij uitplaatsing mislukt is. Bij deze twee publicaties plaatsen wij enige kanttekeningen, vooral omdat het verhaal van de cliënt zelf hierin ontbreekt.

In de discussie over asiel (Hondius & Fransen, 2000; Borgesius & Brunenberg, 1999) wordt vooral gesproken in termen van achterblijvers in het APZ: de cliënten die te intensieve of te complexe zorg vereisen om in aanmerking te komen voor uitplaatsing. Wij vinden dat een slechte zaak, ook als hiervoor een andere, minder negatieve term wordt gekozen zoals Oase (Hondius & Fransen, 2000). Want of het nou Asiel of Oase heet, wat blijft is de achterliggende gedachtegang dat vermaatschappelijken in de zin van uitplaatsen altijd beter is dan achterblijven: alleen asiel verlenen als alles is mislukt, als niets anders rest, zoals Hondius en Fransen stellen. Die redenering zal in veel gevallen legitiem zijn, maar de cliënten zelf komen in deze discussie niet of nauwelijks aan bod. Hun stem telt niet mee, ook niet in de overigens prachtige voorbeelden van Hondius en Fransen. En in het Trimbosonderzoek *'Behoeftte aan asiel? Woon- en zorgbehoeften van 'achterblijvers' in de psychiatrie'* (Borgesius & Brunenberg, 1999) worden aan de cliënten zelf weliswaar vragen gesteld, maar de vragenlijst die zij voorgelegd krijgen werd eenzijdig opgesteld door de deskundigen. De cliënten mogen zich alleen uitspreken over hun woon- en zorgbehoeften, en

de hulpverleners en deskundigen bepalen wat de vragen zijn. Hoezo vraaggestuurd? En hoewel de titel *Behoeftte aan asiel?* anders suggereert, stonden er toch geen vragen in die te maken hadden met het zoeken naar een veilig heenkomen en het recht om daar ongestoord gestoord te mogen zijn. Dit past ook slecht in het vigerende ideaal van vermaatschappelijking en rehabilitatie.

Onze stelling is dat cliënten in dit debat niet echt worden gehoord zolang zij deze voor hen te hoog gegrepen ideologie van vermaatschappelijking niet met hun hulpverleners delen. Het is ook niet bepaald gemakkelijk om juist deze cliënten te horen, maar anderzijds moeten zij soms behoorlijk gekke toeren uithalen om wel gehoord te worden. Een indicatie voor asiel is daarmee geen positieve indicatie, geen recht op een verstrekking zoals die wel geldt voor alle andere vormen van AWBZ-gefinancierde zorg, maar een negatieve indicatie, als niets anders rest.

343

Wij willen daarom een pleidooi houden voor het recht van de cliënt om gehoord te worden, zoals dat ook geldt voor politiek asielzoekers. In de discussie valt het ons verder op dat voor- en tegenstanders van het APZ veelal met elkaar debatteren over het nut of de schadelijkheid van een lang verblijf in het APZ. Dit debat gaat vooral over het gevaar van hospitalisatie en de schadelijkheid van de repressie die al dan niet onvermijdelijk samenhangt met het lang verblijf in het APZ (Borgesius & Brunenberg, 1999). Ook hierin ontbreekt de stem van de cliënt totaal; het is een eenzijdige discussie tussen professionals, onderzoekers en hulpverleners. Ten onrechte wordt de asiel-functie onzes inziens daardoor bij voorbaat en veel te eenzijdig toegeschreven aan het APZ.

Wie dit zegt is gek?

Peter is vijfendertig jaar en lijdt aan chronische paranoïde schizofrenie. Hij is met een rechterlijke machtiging (RM) naar het APZ overgeplaatst, na tien jaar behandeling in een TBS-kliniek en een Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB). Na enige tijd schreef zijn advocaat namens hem de volgende brief: 'Gisteren bezocht Peter mijn kantoor. Hij heeft een aantal vragen met betrekking tot zijn verblijf in 't paviljoen waar hij op dit moment verblijft. Peter vraagt zich af wat hij moet doen om ervoor te zorgen dat hij daar een tijd kan blijven. Volgens Peter zijn er wel wat rottingetjes gebeurd, maar daar komen ze altijd goed weer uit. Hij vindt het er erg gezellig. Hij zou graag de garantie willen hebben dat hij er minstens drie jaar kan blijven. Als dat zo is wil hij de cassatie tegen zijn RM wel intrekken'.

Arend is vijfenvijftig jaar en lijdt aan chronische paranoïde schizofrenie. Zijn laatste opname dateert van 1984. De eerste tien jaar van zijn opname

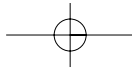
VAN DER WERF & VAN TUIJN

verbleef hij op verschillende gesloten afdelingen wegens ernstig en herhaald agressief gedrag en vernielzucht. Ook hij verbleef ruim een jaar in een KIB. In de jaren zestig en zeventig was hij zes maal kort gedetineerd wegens openlijke geweldpleging. Tijdens zijn laatste RM-zitting verklaarde Arend brullend en briesend tegenover de rechter dat hij zich acuut zou suicideren als zijn RM niet zou worden verlengd. De rechter antwoordde dat zij zich nogal gechanteerd voelde door Arend, maar heeft de RM op verzoek van zijn advocaat toch met een jaar verlengd (maar dus niet levenslang, zoals Arend had geëist).

Peter en Arend zijn duidelijk cliënten die de vigerende idealen van hulpverleners niet delen. Bovendien zijn zij aan het verkeerde loket. De presentatie van Arend nodigt ook niet direct uit tot een goed gesprek, evenmin als die van de twee cliënten waar Hondius en Franssen over schrijven. De kernvraag die nu voorligt is in onze ogen echter geen professioneel-inhoudelijke vraag, maar een moreel-ethische, namelijk of wij bereid zijn deze cliënten tegemoet te treden als personen met een stoornis of dat we hen alleen als gestoorde personen wensen te bejegenen. En daarmee of we besluiten om bij hen navraag te doen, dan wel het maar te laten voor wat het is.

Navraag bij Peter leverde op dat hij nu al meer dan tien jaar opgesloten had gezeten en iedere keer als het beter of slechter met hem ging, gedwongen werd overgeplaatst en dan steeds weer afscheid moest nemen van de vertrouwde gezichten om hem heen. Op jezelf wonen en dus huurbescherming genieten vond hij de eerste jaren geen reële optie; hij vertelde doodsbang te zijn om weer in botsing te komen met zijn omgeving en met justitie. Hij heeft naar zijn zeggen veel tijd nodig om eindelijk eens aan de opbouw van zijn leven toe te komen, zonder dat dit iedere keer wordt onderbroken door gedwongen uitplaatsingen en overplaatsingen. Feitelijk vraagt de advocaat namens zijn cliënt om een verblijfsvergunning voor minimaal drie jaar, om een positieve indicatie voor psychiatrisch asiel. Peter vindt dit klaarblijkelijk van zo groot belang dat hij bereid is om als 'wisselgeld' onvrijwillig opgenomen te blijven. Dat is niet gering voor iemand met ernstige paranoia, met een levensgrote angst voor alles in de omgeving wat maar even beklemmend of bedreigend zou kunnen zijn.

Bij Arend leverde navraag op dat hij vanwege zijn (wan)gedrag bang was om zonder RM snel op straat te worden gezet en dat hij bang was om dan uiteindelijk weer in de gevangenis terecht te komen. Voordat wij ingaan op zijn asielzoekersverhaal, vertellen wij eerst wat over zijn achtergrond en ziekte-geschiedenis.



Arend professioneel bekeken

Arend was zoals gezegd regelmatig zeer gewelddadig agressief en vernielzuchtig, ook na zijn laatste opname in 1984. De totale schade bedroeg meer dan een ton en er vielen meerdere gewonden. Vanaf 1980 werd hij manifester psychotisch, hij bedreigde zijn burens en voorbijgangers en hij werd daarop driemaal met een RM in een APZ opgenomen. Tussen de eerste opnames door verbleef hij in een huurwoning, met begeleiding van de Riagg. De laatste drie jaar woont hij – na een mislukt verblijf van een jaar in een KIB – in een huisvesting van alleenstaanden (HAT)-eenheid op ongeveer honderd meter van de afdeling. Zijn agressieve gedrag is niet verdwenen, maar wel sterk afgenomen in frequentie en ernst sinds hij niet onder andere mensen hoeft te vertoeven.

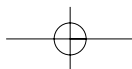
345

Het direct psychiatrisch toezicht is nihil, maar Arend kan altijd terugvallen op de 24-uurszorg van de moederafdeling, waar hij bij oplopende spanning en achterdocht advies kan krijgen om bijvoorbeeld in het bos te gaan lopen danwel direct voor twee uur gebruik te maken van de separeercel ter voorkoming van agressie-incidenten, conform zijn samen overeengekomen signaleringsplan. Hij maakt hiervan een tot vijftien keer per maand gebruik. Arend leeft echt als een kluisenaar. 's Morgens vroeg rond zes uur gaat hij vaak een kwartiertje bij de nachtdiensten koffie drinken. Zodra echter de eerste bewoners uit bed komen, verdwijnt hij naar zijn HAT.

Hij heeft als alternatief voor een activiteitenprogramma een OV-jaarkaart op kosten van het ziekenhuis, waarmee hij op goede momenten kan reizen en andere mensen kan ontmoeten. Treinen en trams vormen zijn enige (fanatieke) hobby en tevens het centrum van zijn wanen. Hij heeft een bijna encyclopedische kennis over de geschiedenis van het openbaar vervoer en heeft hierover enige malen een geschiedkundig artikel geschreven in het Haarlems Dagblad. Hij noemt dit zijn bijdrage aan de maatschappij. Hij vergt ongeveer twee uur algemene dagelijks levensverrichtingen (ADL)-zorg per week, die voornamelijk bestaat uit het schoonmaken en uitmesten van zijn kamer, uit corrigerende gesprekken met zijn behandelaar als hij zich weer eens misdragen heeft en uit toediening van depotmedicatie in het kader van dwangbehandeling, al dan niet onder luidkeels protest.

Arends asielverhaal

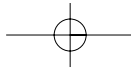
Het is heel moeilijk om hierover met hem te praten. De gelegenheid deed zich een keer voor nadat er via de receptie van het ziekenhuis een klacht over hem binnenkwam. Een winkelier uit het dorp had geklaagd over een man met een pet op die erg onbeschoft en dreigend was tegenover personeel en klanten. Hij had de caissière uitgescholden voor hoer omdat hij niet direct geholpen werd



VAN DER WERF & VAN TUIJN

en hij had een paar kinderen grote schrik aangejaagd. Een van de klanten wist bovendien te vertellen dat haar man net tevoren ook al door hem was uitgescholden toen hij zijn brievenbus leegde. De boodschap was duidelijk: je kunt die man niet los laten lopen. Wij dachten meteen aan Arend, en ik zocht hem een uurtje later op in zijn HAT. Na de bekende territoriumrituelen rond binnenkomen, en wie op welke stoel mocht gaan zitten, begon ik het gesprek met de mededeling dat er alarmerende klachten waren binnengekomen. 'Ik zeg het je maar eerlijk; je hebt iedereen behoorlijk de stuipen op het lijf gejaagd en daar komt grote narigheid van.' Arend reageerde gebeten. Nadat de voorlopige standpunten waren uitgewisseld, vroeg ik hem naar zijn lezing van de gebeurtenissen. Hij vertelde:

. 'Ik moest wel naar het dorp, want ik zat al sinds vannacht zonder
. sigaretten en hield het niet meer uit van de spanning. Zonder sigaretten ga
. ik dood. Gisteravond zag ik dat ik nog maar tien sigaretten had en ik kon
. nergens meer nieuwe kopen. Ik mag een week lang niet meer in het
. winkeltje op het terrein komen. Ik kon er haast niet van slapen en
. vanmorgen probeerde ik eerst sigaretten te krijgen op de verpleegpost, maar
. ik kreeg ze niet. Toen zat er niets anders op dan ze zelf te halen in het dorp.
. Ik heb twee uur in mijn stoel zitten twijfelen, nam toen al mijn 'zonodig' in
. en wachtte tot het elf uur was, want dan is er niet veel volk op straat. Ik
. trok mijn jas aan met mijn beste sjaal en deed mijn pet op en liep naar de
. weg. Daar zag ik dat de auto's veel te hard reden en eentje toeterde naar mij.
. Ik wachtte achter een boom tot er geen auto's meer aankwamen en rende de
. straat over. Toen kwam het volgende probleem: de Binnenweg met al dat
. struikgewas in het midden. Ik dacht eerst na welke kant ik zou kiezen.
. Rechts stonden een paar vrouwen met elkaar te praten, en links was de
. straat leeg. Ik stak snel over door de bosjes en liep verder. Plotseling kwam
. er een man zijn huis uit. Hij deed net of hij zijn brievenbus aan de straat
. wilde legen, maar dat is onzin want hij heeft ook een brievenbus in zijn
. voordeur. Hij zat erg op mij te letten en zei heel schijnheilig 'dag meneer'
. tegen mij. Ik dacht direct: jij gaat me niks maken, en gaf hem met woorden
. gelijk de volle laag. Het hielp, want hij liep direct terug zijn huis in. Ik heb
. echt niet geslagen, Bert!
. Toen kwam er plotseling een auto de bocht om. Die reed recht op mij af en
. pas op het laatste moment boog hij af. Ik had het niet meer en liep snel
. door en op de hoek kon ik de parkeerplaats en de winkeldeur zien, met zo'n
. automatische deur die je zelf niet open kunt doen. Er stonden maar een
. paar auto's op de parkeerplaats dus het zou wel rustig zijn binnen. Ik bleef
. eerst even kijken of die deur wel werkte. Toen ik verschillende mensen in en
. uit had zien gaan, waagde ik het erop en nam een sprint naar de deur. De
. sigaretten stonden vlak bij de kassa. Het was toch druk in de winkel. Er



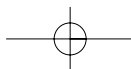
. stonden wel tien mensen voor de kassa. Ik ging achter een rek staan uit het
. zicht van die rotspiegels en die camera. Zo kon ik alles in de gaten houden.
. Een man stond mij de hele tijd expres aan te gapen. Ik keek terug en toen
. kwamen er zogenaamd per ongeluk twee kinderen vlak voor mij
. verstoppertje spelen. Die heb ik gauw weggejaagd om zo min mogelijk op te
. vallen. Toen er even niemand voor de ene kassa stond, heb ik een sprint
. getrokken naar de sigaretten en legde het geld op de kassa. Zij zei dat ik
. maar bij de andere kassa moest betalen omdat deze gesloten was, maar dat
. was gelogen, net als ik er aan kom zeker. Ze zaten me allemaal op te fokken.
. Ik keek naar de deur om te zien of die nog werkte. Toen stapte ik snel over
. het hekje naar de andere kassa en zei dat ik nu direct af wilde rekenen of
. anders zonder betalen weg zou gaan. Die man die mij de hele tijd al in de
. gaten zat te houden kwam op mij af en ging zich ermee bemoeien. Ik
. gooide het geld op de kassa en nam een sprint naar de deur. Die ging
. gelukkig open en ik rende naar buiten. Ik moest de hele weg nog terug en
. nou ben ik zo gespannen dat ik direct naar de separeer wil. Nu snel of het
. gaat fout. Bel maar naar de afdeling dat ik er aan kom. Nu niks meer zeggen
. of er vallen klappen.'

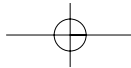
347

Een paar uur later was hij gekalmeerd en vertrok hij naar zijn HAT.

Het verhaal gewogen

Het verhaal van Arend werpt niet alleen een ander licht op zijn dwingende eis om levenslang een RM te hebben, maar ook op de vraag hoe aan de asielfunctie in zijn geval beter invulling kan worden gegeven, bijvoorbeeld door in het vervolg een slof sigaretten in de verpleegpost in voorraad te houden. Net als Arend hebben veel zogenaamde moeilijke cliënten ongebruikelijke wensen en behoeften die niet stroken met de gangbare hulpverlenersidealen. Zowel Peter als Arend hebben daar bovendien veel 'wisselgeld' voor over, namelijk een beknotting van hun vrijheid om te doen en laten wat zij willen. Anderzijds genieten zij alle bewegingsvrijheid om binnen hun mogelijkheden deel te nemen aan de maatschappij, mits zij anderen geen schade toebrengen. En ook daarover zijn door middel van een gezamenlijk overeengekomen signaleringsplan goede afspraken gemaakt, conform de drie toetsingscriteria van de Wet Bopz, namelijk de doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit van de toegepaste dwang (Van der Werf, 2000). Dat wil zeggen dat de inperking bij (dreigend) gevaar doelmatig dient te zijn om het gevaar af te wenden, de maatregel niet ingrijpender is dan nodig en dat er daartoe geen minder ingrijpende alternatieven voorhanden zijn. Daarin passen de dwangmedicatie en deze vorm van gebruik van de separeercel. In onze ogen is hier, behalve bij de dwangmedicatie, geen sprake van repressie.





VAN DER WERF & VAN TUIJN

Dit vraagt veel van hulpverleners, niet alleen om deze soms zeer lastige cliënten een vrijplaats te bieden, maar het vraagt evenzeer de bereidheid om de vigerende idealen van verzelfstandiging en vermaatschappelijking naar het tweede plan te verhuizen en altijd een slof sigaretten in de verpleegpost in voorraad te houden. Het vraagt ook om een omslag in denken, waarbij hulpverleners bereid zijn af te stappen van de gewoonte om HAT-eenheden vooral te bestemmen voor de meest zelfstandige cliënten ter voorbereiding op uitplaatsing en ontslag.

Asielfunctie alleen voor het APZ of voor de hele GGZ

Ons tweede bezwaar, namelijk dat de asielfunctie eenzijdig wordt toegekend aan het APZ, komt ook voort uit de verhalen van cliënten zelf. Daar waar het beschutte APZ-terrein voor Peter en Arend een vrijplaats betekent, staat dit voor sommige andere cliënten juist symbool voor repressie en stigmatisering, zoals bij Kees en Willem. Kees is 32 jaar en lijdt ook aan paranoïde schizofrenie. Hij stond bekend als een heel moeilijke patiënt die overal in de GGZ grote aanpassingsproblemen gaf. Na de zoveelste forse aanvaring met een verpleegkundige vroeg ik hem wat hem zo boos maakte. Kees antwoordde:

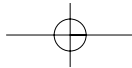
- . Op de opnameafdeling en op de voortgezette behandeling ben ik een
- . diagnose op pootjes; alles wat ik zeg of doe, alles wat ze met mij doen en
- . over mij beslissen, ja alles gaat over mijn ziekte schizofrenie. Op de
- . resocialisatieafdeling moet ik voortdurend iemand worden; ik moet doelen
- . hebben en werkpunten, ik moet aan mezelf werken en ik moet
- . gemotiveerd zijn. In Beschut Wonen en in de beschermende woonvorm
- . ben ik 'genormaliseerd'; ik heb als bewoner allerlei verplichtingen waaraan
- . ik vaak niet lang kan voldoen, maar ik mag niet zeuren. Ik moet normaal
- . met vier anderen in een normale woning kunnen wonen, koken voor mijn
- . huisgenoten die ik zelf niet heb uitgekozen en waar ik het maar mee moet
- . zien te rooien, ik moet zelf mijn kleren wassen, ik moet een zinnige dag-
- . besteding hebben, ik moet me voortdurend aan van alles aanpassen, aan
- . alles wat jullie thuis ook normaal vinden. Maar ik ben iemand met
- . schizofrenie en wil mezelf zijn. Ik denk dat ik dat uiteindelijk alleen kan
- . door op mezelf te gaan wonen. Ik pas niet in jullie systeem.

Kees behoort op grond van zijn verhaal tot de mensen die zich onderdrukt voelen door 'het GGZ-systeem'. De GGZ is een wereld waarin hij niet zichzelf kan zijn, waar hij zijn leven niet vorm kan geven. Maar ook nu hij met ontslag is, heeft hij met allerlei instanties te maken, wat hem maar moeizaam en soms helemaal niet lukt. Een RIBW-stijl van begeleiden zou daar in principe het beste bij passen, mits er met zijn voorwaarden rekening wordt gehouden, dat

wil zeggen dat hij niet hoeft te 'normaliseren'. Maar wonen op een APZ-terrein lijkt voor hem vooralsnog geen geschikt asiel.

En tot slot Willem: Willem is 42 jaar en werd in 1980 wegens een poging tot doodslag in hechtenis genomen. In het daarop volgende psychiatrisch onderzoek werd geconstateerd dat hij leed aan schizofrenie in combinatie met polidrugsgebruik. Men adviseerde langdurige gedwongen behandeling. De rechtbank volgde dit advies op en hij verbleef daarna tot 1988 in een TBS-inrichting. Bij zijn ontslag in 1988 stelde het behandelteam dat zelfstandige vestiging in de maatschappij niet meer tot de mogelijkheden zou behoren en dat hij blijvend geplaatst zou moeten worden in een APZ, waar een strakke aanpak met veel dagelijkse structuur blijvend noodzakelijk voor hem zou zijn. Voor Willem betekende dit advies een regelrechte ramp; hij had het gevoel op die manier niets meer van zijn leven te kunnen maken en leed onder het stigma van hopeloze criminele drugsgebruiker en psychiatrisch cliënt. Daarom probeerde hij, nu hij vrij was gekomen, zelfstandig te gaan wonen. Dit mislukte echter volkomen en hij zocht hulp. Willem werd aangenomen in de RIBW. In de loop van het eerste jaar bleek dat zijn drugsgebruik vooral als zelfmedicatie moest worden gezien. Het gebruik maakte de stemmen en horrorbeelden die hij voortdurend zag enigszins dragelijk. Verder bleek steeds meer dat hij zich snel op zijn huid gezeten voelde bij intensieve contacten in de woongroep. Daarom werd, in overleg met hem, geconcludeerd dat hij mogelijk beter af zou zijn in een HAT-woning, wat wel betekende dat hij een veel zelfstandiger bestaan zou leiden. Toen dit was besloten, bleek dat de regelmatige drugscontrole, het regelen van zijn financiën en het innemen van zijn medicijnen veel acceptabeler voor hem waren geworden. Willem ervoer het niet meer als vernederende controle maar als hulp en tevens als erkenning van zijn persoon.

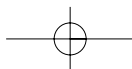
Kees en Willem vragen om erkenning van hun persoonlijke waardigheid; zij willen tegemoet getreden worden als een persoon met een stoornis en niet als gestoorde persoon. De vier beschreven personen hebben echter onderling zeer verschillende wensen en behoeften, die we alleen te weten kunnen komen door hen ernaar te vragen. Hun antwoorden verhelderden in alle vier gevallen de essentiële voorwaarden waaraan voor hen een veilig heenkomen en onderkomen dient te voldoen. Hiervoor is gedegen kennis nodig van de impact van ernstige psychiatrische stoornissen op de mogelijkheden en onmogelijkheden om een autonoom leven te leiden, zonder manipulatie en buitenproportionele dwang. Het vraagt bovendien om behandelaren die de wet goed kennen en bereid zijn die flexibel en meer naar de geest dan naar de letter toe te passen. Als de GGZ-instellingen aan die kwaliteitseisen voldoen, kunnen ze asiel bieden aan hen die daar rechtens aanspraak op kunnen maken.

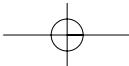


VAN DER WERF & VAN TUIJN

Wie neemt de maat?

We kunnen de betrokken cliënten wel horen, maar de vraag is vervolgens bij wie deze cliënten terecht kunnen om dit recht op asiel te doen gelden. Voor politiek asielzoekers is dat bij wet geregeld. De rechter betreft dan bij zijn oordeel zowel het verhaal van de vluchteling als de situatie in het land van herkomst. Vergelijkenderwijs betekent voor Arend het vredige dorp Bennebroek een bedreigende omgeving waarin iedereen het op hem gemunt heeft. Met de invoering van het IOG-model voor indicatiestelling lijken cliënten die zeer complexe of intensieve zorg vereisen, een geschikt loket te hebben gekregen voor hun vraag om verstrekking van langdurige zorg. Maar dit model biedt volgens ons onvoldoende ruimte voor mensen als Peter en Arend. Want zolang de eenzijdig door professionals ingeschatte complexiteit en intensiteit van zorg de kernfactoren voor de beoordeling zijn, is het de vraag hoe dit wordt afgewogen tegen hun verhalen. Zowel Peter als Arend vraagt niet zozeer om intensieve zorg of behandeltechnische hoogstandjes die slechts in het APZ kunnen worden geboden. Zij voldoen dus maar in beperkte mate aan de vigerende maatvoering: intensiteit en complexiteit van zorg. Bovendien vergt een goede asielplek voor hen, met hun ongebruikelijke behoeften, een zeer op hun persoonlijke maat gesneden zorgplan dat moeilijk in een model te passen valt. Als we hun verhalen serieus nemen, gaat het niet meer alleen om de vraag of zij recht hebben op een asielplek, maar om een plek die is toegesneden op hun individuele behoefte aan veiligheid. Luisteren is niet vrijblijvend: als het niet leidt tot daden is het bedrog.





Literatuur

- Borgesius, E., & W. Brunenberg (1999). *Behoeftte aan asiel? Woon- en zorgbehoefsten van 'achterblijvers' in de psychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Fransen, H., & A. Hondius (2000). Van Asiel naar Oase. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 433-444.
- Werf, B. van der (2000). Waarom cliënten separeren? Een reactie. *PsychoPraxis*, 2, 5, 210-213.

351

Summary

Van der Werf, L.J., & A.P.B.M. van Tuijn
'Psychiatric asylum and the right to be heard'
In this essay, the authors make a plea for the right of clients to be heard in terms of their wishes and needs, in respect of safe accommodation, i.e. a place of refuge. The discussion on the question of asylum usually takes place between professionals and they tend to speak mostly about those 'at the back of the queue', i.e. clients requiring care that, apparently, is too intensive or too complex to qualify them for outside accommodation. The stories of the clients themselves, however, throw a completely different light on the matter, and also provide useful clues as to the best way of solving the accommodation problem.

Personalia

Dr L.J. van der Werf (1952), is klinisch psycholoog en onderzoeker in IGG De Geestgronden. Hij promoveerde op de ontwikkeling van de ZAS en ZVS.
Adres: Postbus 5, 2120BA Bennebroek. E-mail: b.vd.werf@geestgronden.nl

A.P.B.M. van Tuijn (1952), is directeur van de RIBW-Midden-Brabant en verbonden aan de leergang sociale- en rehabilitatiepsychiatrie van het RINO Zuid-Nederland te Maastricht. Hij publiceerde onder meer: 'Rehabilitatie in levende lijve', interviews met Douglas Bennet, Marianne Farkass en Robert Liberman (Rehabilitatie 92, 1995) en samen met drs G. van der Burg 'Management, kritische succesfactor voor zorgvernieuwing'(MGv 97-6).