

pvp *kraant*

4

Nieuwsbrief van
de Stichting PVP

**Dwang in zwang:
visies op dwang**

**(On)tevredenheid over
zorg huisarts in GGZ**

**De Stichting PVP
op reis**

**24 jaar pvp:
interview Paul Manni**

En verder

Uw rechten in de
psychiatrie

Column: senior in separeer

Gedragsregels pvp



16e jaargang nummer 4, winter 2006

"Ze kunnen je opsluiten, ze kunnen je al je kleren afpakken, maar ze mogen niet alles met je doen, ze mogen je lichaam niet schenden." Hoe ver gaan de mogelijkheden en onmogelijkheden van dwangtoepassing, en waarom lijkt er zo'n sterke toename van dwangtoepassingen te zijn? (p. 2-3)



pvp *kraant*

Beste lezer,

Houdt u van reizen? Vooraf het dromen over bestemmingen, maken van plannen, het regelen van de reis. En na afloop nagenieten van wat u heeft meegemaakt en ervaren? Er zijn veel redenen waarom mensen op reis gaan. Leuke, droevige, noodzakelijke. Maar altijd brengt reizen spanning en nieuwe ervaringen met zich mee. Daarom is het prettig om een paar vertrouwde dingen mee te nemen op reis.

Voor mij is het leven zelf ook een reis. Zo ben ik bijvoorbeeld ruim 6 jaar geleden van route veranderd door als pvp te gaan werken. Wat ik mee heb genomen op deze reisetappe is mijn geloof dat iedereen een stem heeft die het waard is om gehoord te worden. En dat ik in mijn rol van pvp mensen daarbij kan helpen. Patiëntenrechten zijn daarbij een goed hulpmiddel. Vaak merk ik dat mensen die opgenomen zijn in een situatie zijn terechtgekomen waarin ze de controle over hun even kwijt zijn. Om de vergelijking met het reizen te maken: op hun levensreis zijn ze in een draaikolk gekomen waarin ze vertrouwde dingen zijn kwijtgeraakt. En dan kan reizen angstig en bedreigend zijn. Verpleging en artsen zien dit ook

en grijpen in. Regelmatig doen zij dit door dwang te gebruiken. In het artikel *Psychiater en patiënt samen onder dwang*, pagina 2-3, wordt gesproken over de impact die zo'n dwangmaatregel kan hebben. Hoe belangrijk is het niet om deze ingreep met alle betrokkenen te evalueren. Zodat iedereen kan leren van deze ervaring en beter toegerust is om mogelijke nieuwe draaikolken het hoofd te bieden.

De Stichting PVP is recentelijk ook aan een reis begonnen: de reis naar een hernieuwde missie en visie. Directe aanleiding vormen bezinningsvragen van pvp'en (is onze missie en visie passend voor de toekomst?) en de veranderende omgeving van de stichting. Meer hierover leest u in *De Stichting PVP op reis* op pagina 8.

Verder vindt u in deze krant onze vaste rubrieken: *(on)gegrond* op pagina 9, *signalen* op pagina 10, *21 geboden* op pagina 11. In de column op pagina 4 worden de gebrekkige voorzieningen voor ouderen in de separeer bekritiseerd. Onze langst zittende pvp Paul Manni spreekt vanuit zijn recente pensionering tot u op pagina 8.



Ik wens u veel leesplezier toe met deze winterpvp-krant!

Met hartelijke groet,

Anda Verlinde, pvp in de regio Rijnmond

D W A N G I N Z W A N G

Conferentie belicht visies op dwang Maatschappij wil meer veiligheid

Veranderende maatschappelijke opvattingen is één van de verklaringen voor de toename van dwang, werd betoogd op de conferentie *Dwang in Zwang*, die in dit artikel wordt besproken. Daarnaast werd de dominante positie van de biopsychiatrie belicht: psychiatrische aandoeningen worden verklaard door defecte chemische processen in de hersens. Ook was er aandacht voor ethiek en, waar het uiteindelijk om draait, voor de mens die met dwang te maken krijgt. Want wat is de betekenis van dwang voor de patiënt zelf? En welke kant gaat de toepassing van dwang op in de (nabije) toekomst?

Er lijkt meer dan ooit dwang te worden toegepast in de geestelijke gezondheidszorg. Mensen worden gedwongen opgenomen of krijgen te maken met dwangbehandeling, en er hangen enkele wetswijzigingen in de lucht die de mogelijkheden tot dwang verruimen. Met andere woorden: dwang is

flink in zwang. Dat was dan ook het thema van een conferentie, georganiseerd door Stichting De Vluchthaven ter gelegenheid van haar vijftienvigjarig bestaan, in samenwerking met Stichting Pandora. Sprekers uit verschillende hoeken gaven hun interpretatie van en visie op dwang.

Wat is dwang?

Machtsuitoefening, waardoor men iemand tot iets dwingt of waardoor men tot iets gedwongen wordt, zo wordt dwang gedefinieerd in het woordenboek. De impact in de geestelijke gezondheidszorg is verstrekkend. Dwang is vrijheidsbeneming of aantasting van de lichamelijke integriteit. Dwang raakt fundamentele waarden én verworven rechten. In de definitie van het woordenboek is het niet meer dan een concept, waar je je al dan niet druk over kunt maken.

Voor de mensen die de dwang ondergaan betekent het echter meer. Mensen voelen zich bijvoorbeeld bedrogen en niet menswaardig behandeld. Of schamen zich. Door de politie opgepakt terwijl de buurt toekeek of hup, kleren uit en die spuit erin, om vervolgens met dubbele tong proberen te praten met je kind van veertien. Professor Abma (universiteit Maastricht) heeft onderzoek gedaan naar de ervaringen van mensen die dwang hebben ondergaan. Daaruit bleek dat dwang, vaak toegepast als reactie op crises en escalaties, wordt beleefd als straf of ordemaatregel. Ook ziet men dwang als een gevolg van enerzijds een gebrek aan aandacht en te weinig betrokkenheid, en anderzijds een tekort aan perspectief en een teveel aan verving op de afdeling. Daarbij is het nog steeds niet gebruikelijk in de psychiatrie om dwang met de betrokkene te evalueren, om op die manier wederzijds lering te trekken uit het voorval. Het blijft onbesproken en laat de patiënt met een onverwerkte, soms zelfs traumatische, ervaring achter.

Beschadigde behandelrelatie

Dit heeft natuurlijk gevolgen voor de behandelrelatie. Dwang zet de relatie met de arts onder druk. Het vertrouwen van de patiënt in nota bene de persoon die de hem moet helpen neemt af. Mevrouw Bos (filmer en beleidsmedewerker bij Stichting Pandora) verwoordde de consequenties daarvan voor de effectiviteit van de behandeling. Niet alleen blijkt trouw medicijngebruik af te hangen van een goede behandelrelatie, ook voor het bepalen van de juiste medicatie is de informatie van de patiënt onontbeerlijk. Wanneer de bijwerking van medicijnen ernstige vormen aanneemt moet een arts daarop kunnen inspelen en dat kan hij alleen als de patiënt hem in vertrouwen neemt en hem vertelt over, bijvoorbeeld, toegenomen angst of somatische klachten. Maar, benadrukte Bos, dwang heeft ook een eind, en wat blijft er over van de laagdrempeligheid die de zorg zou moeten



Dwang blijft vaak onbesproken en laat de patiënt met een onverwerkte, soms zelfs traumatische, ervaring achter

Dwang in Zwang

Dit is de titel van een conferentie die plaatsvond op 10 november jl., georganiseerd door Stichting Pandora en het Haags Wegloophuis 'De Vluchthaven' ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van het Wegloophuis.

De keus voor het onderwerp dwang werd ingegeven door de observatie van beide stichtingen dat er meer en meer wet- en regelgeving is die de verworven rechtspositie van de psychiatrische patiënt aantast. "Binnenkort discussieert de Tweede Kamer over verruiming van de mogelijkheden tot dwang, zowel bij opname als bij behandeling in de instelling. Wij proberen invloed uit te oefenen om deze verruiming tegen te gaan", zegt mr. Eva Huineman Lindt, advocaat en voorzitter van het bestuur van de Vluchthaven.

Er waren voor de conferentie sprekers gevraagd die dwangtoepassing in de psychiatrische zorg vanuit verschillende invalshoeken belichtten. Op deze manier wilden de organisatoren een zoektocht stimuleren naar nieuwe wegen en de psychiatrische zorg kwalitatief goed, maar vooral ook menselijk te houden.

Dr. Wouter Kusters (schrijver en ervaringsdeskundige) bekeek dwang vanuit het perspectief van de patiënt. Prof. dr. Trudy Dehue (universiteit Groningen) sprak over een veranderende moraal en de plicht het lot in eigen hand te nemen. Mr. Ada Blok (advocaat en voormalig pvp) belichtte de Wet Bopz en ontwikkelingen op het gebied van rechtspositie. Over de implicaties van dwangbehandeling en mogelijke andere oplossingen sprak Froukje Bos (filmer en beleidsmedewerker bij Stichting Pandora). Prof. dr. Tineke Abma (universiteit Maastricht) legde de aanwezigen uit welke ontwikkelingen de zorg doormaakt en hoe de maatschappelijke positie van de psychiatrische patiënt is. Dagvoorzitter mr. Rembrandt Zuiderhoudt (psychiater en jurist) leidde daarna een levendige forumdiscussie met het publiek. Het forum bestond uit de sprekers aangevuld met enkele politici. Het kritische publiek legde de forumleden flink het vuur aan de schenen.

U vindt een verslag van de conferentie op www.vluchthaven.denhaag.org en www.stichtingpandora.nl

WW

kenmerken? Zullen mensen na de gedwongen opname of behandeling zich nog vrij voelen contact te houden met of hulp te vragen aan de betrokken hulpverleners? Of is te verwachten dat mensen juist zorg gaan mijden?

Schending van de onschendbaarheid

Zoals gezegd raakt dwang fundamentele waarden en rechten. Terwijl de Bopz dwangopneming én -behandeling heeft mogelijk gemaakt roept de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) desalniettemin dat de huidige behandelmogelijkheden ontoereikend zijn. Politiek Den Haag gaat daarin mee: in artikel 38 is 'ernstig gevaar' vervangen door enkel 'gevaar' en de door de NVvP gewenste 'behandelwet' staat mogelijk op stapel. Beoogd wordt om dwangbehandeling eerder mogelijk te maken en bijvoorbeeld toe te passen in plaats van dwangopneming.

Wat gaat dat in concreto betekenen? Wouter Kusters, onder meer schrijver/filosof en ervaringsdeskundige, betoogde op de conferentie dat de psychiater almachtig wordt wanneer deze met zijn medicijnen kan beschikken over de lichamen van

de patiënten. De laatste strohalm van de gedwongen opgenomen patiënt, te weten de grondwettelijke onschendbaarheid van het lichaam, verdwijnt nog meer naar de achtergrond als de 'behandelwet' van kracht wordt. "Ze kunnen je opsluiten, ze kunnen je al je kleren afpakken, maar ze mogen niet alles met je doen, ze mogen je lichaam niet schenden." Hij vraagt zich bovendien af wat de NVvP bedoelt met hun opmerking dat behandelen thans te weinig behandelmogelijkheden tot hun beschikking hebben. Bestaat behandeling dan alleen uit het toedienen van medicatie? Of zijn er misschien toch ook alternatieven voor dwang denkbaar? Bijvoorbeeld dwangpreventie: meer investeren in leefbaarheid en dagbesteding, andersoortige therapieën, inzetten op communicatie en vertrouwen in de behandelrelatie. 'Verleiden' noemde een van de deelnemers aan de conferentie dat laatste treffend.



Bestaat behandeling dan alleen uit het toedienen van medicatie?

Maatschappelijke druk

Waarom vraagt de NVvP desondanks ons als samenleving het mandaat om dwang eerder te mogen toepassen? Een mogelijke verklaring is de dominante positie van de biologie in de psychiatrie: stoornissen worden gezien als ziekelijke tekorten in de werking van de hersenen, dus de genezing kan niet anders dan door middel van psychofarmaca worden bewerkstelligd. Misschien bestaat er een heilig geloof in genezen tegen iedere prijs en is zogeheten empowerment een gepasseerd station. Het kan ook zijn dat de ethiek en de beleving van de patiënt ondergeschoven kinderen zijn. 'Het grote risico bij de toepassing van vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking is de gewinning,' schrijft Jacques Lucieer, voormalig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg, in zijn proefschrift in 2006.

Het is ook mogelijk, werd gezegd, dat artsen lijden onder de toenemende druk van de politiek, die verantwoording verlangt en een steeds grotere veiligheid en efficiency eist –overigens ook maar opgejaagd door maatschappelijke onrust.

Biopsychiatrie, te weinig investeringen in andere behandelvormen, de maatschappelijke roep om veiligheid; allemaal zaken die wel eens de dwang zouden kunnen zijn waar de psychiater zelf slachtoffer van is: de dwang om dwang toe te passen. Maar daartegenover staan de meningen van ervaringsdeskundigen, onderzoeken over de gevolgen van dwang op het persoonlijk leven van patiënten en op het vervolg van hun behandeling, en de Grondwet die onaantastbaarheid van het lichaam voorstaat. Wat weegt zwaarder?

MVG

Klacht wordt oude koe: omgaan met dwang

Marjan is 23 jaar en opgenomen in een instelling in het westen van het land. Als zij de pvp belt voor een afspraak zit ze al tien dagen in de separeer. Ze is heel boos en wil twee klachten indienen bij de klachtencommissie. De eerste klacht is tegen haar psychiater. Ze heeft hem al een paar keer gezegd dat zij geen depot meer wil. Ze wil die medicijnen best nemen, maar dan wel in de vorm van pillen. Ze vindt het spuiten pijnlijk en ze wil niet steeds in haar onderbroek staan. Haar psychiater luistert niet naar haar en zegt koudweg dat depots nou eenmaal het beste zijn.

De tweede klacht gaat over het voorval van drie dagen geleden. Omdat ze protesteerde tegen de depotinjectie en boos was geworden, hadden vijf man haar op de grond gelegd en haar gespoten. En hardhandig ook nog.

Maar voordat de pvp met Marjan een klachtbrief kan opstellen, wordt Marjan ineens overgeplaatst naar een andere afdeling. Een paar dagen later vertelt Marjan aan de telefoon dat ze haar klachten wil intrekken. 'Mijn nieuwe behandelaar ging meteen akkoord met pillen in plaats van een spuit!' En ach, die hardhandige aanpak in de separeer. Dat was toen heel vervelend, maar nu al weer een tijdje geleden. Op de nieuwe afdeling was de verpleging best vriendelijk. 'Ik wil geen oude koeien uit de sloot halen.' Het leven gaat tenslotte door. Gelukkig.

HB

Over vijf jaar geen Wet Bopz meer

Ada Blok, advocaat en voormalig pvp:

In essentie is de Wet Bopz een goede wet, en het is maar akelig om te zien dat er zoveel van is afgekald. Persoonlijk denk ik dat de Wet Bopz het niet gaat redden: de Bopz heeft de tijdgeest tegen. Er heerst een zero-tolerance-gedachte in de maatschappij in het algemeen, en daar is de huidige kritiek op de Wet Bopz een uitvloeisel van. Ik geef hem nog hooguit vijf jaar. Maar ik vind dat erg: deze wet moet blijven. Twintig jaar stond men op de barricades vóór patiëntenrecht, en hop, in een paar jaar is het overboord. De fundamentele rechtsbescherming die erin zit is nog steeds goed. Natuurlijk moet ook deze wet met zijn tijd



'Belangrijkste verdienste van de Wet Bopz is het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt'

meegaan, maar dat doet hij; er is veel aan bijgewerkt in de loop der jaren.

De belangrijkste verdienste van de Wet Bopz is het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Ik vrees met grote vreze voor dat aspect in de nieuwe wetten. Ik denk dat het oude wijn in nieuwe zakken wordt: terug naar de jaren '70. Over vijf jaar vrees ik dat we een soort behandelwet hebben in plaats van de Bopz. Over twintig jaar zijn we weer terug bij af, helemaal terug naar vóór de Bopz. Het individu overgeleverd aan het machtige instituut van de psychiatrie. En je zult zien dat er dan weer stemmen opgaan dat de psychiatrische patiënt meer rechten moeten hebben. Want het is nodig om daar strakke rechtsbescherming tegenover te zetten.

De tijdgeest fluctueert; telkens staat een ander aspect centraal. Daar doe je weinig tegen. Ik vraag mezelf regelmatig af of het nog zin heeft om me er druk over te maken. Maar ik kan het niet helpen; ik doe dat toch. In de jaren '70 heb ik aan de wieg van de Wet Bopz gestaan. Het gaat me aan het hart dat dingen waar je voor gevochten hebt zomaar door de wc worden getrokken. Op de een of andere manier is er een duiveltje in mij dat zegt: dat laten we niet gebeuren. Ik wil proberen een tegengeluid te laten horen. Tegengas te geven. De Wet Bopz en de rechtsbescherming van de psychiatrische patiënt zijn een groot goed. Die moeten we juist koesteren, niet doortrekken.

WW



UW RECHTEN IN DE PSYCHIATRIE: DE GEDWONGEN OPNAME

In vijf brochures geeft de Stichting PVP uitleg over uw rechten als cliënt in de GGZ.

Brochure 1 gaat over *De gedwongen opname* en geeft informatie over de procedures en regels rond opnames met ibs of rm. Bijvoorbeeld:

Hoe lang duurt een IBS?

Zodra de rechter de IBS voortzet, duurt deze nog drie weken. De periode die voorafgaat aan de beslissing van de rechter kan ongeveer een week zijn. In totaal zal het gedwongen verblijf dus ongeveer vier weken duren. Vraagt men een RM aan terwijl de IBS nog loopt, dan blijft de IBS van kracht tot de rechter een beslissing neemt over de RM-aanvraag. De totale duur van de IBS kan dan uitlopen tot ongeveer zeven weken. Krijgt u inderdaad een RM opgelegd dan blijft u gedwongen opgenomen.

De burgemeester, de officier van justitie en de rechter zijn bij het volgen van de IBS-procedure gebonden aan precieze termijnen. Die termijnen zijn van belang omdat u anders niet weet waar u aan toe bent. Wanneer u denkt dat er termijnen overschreden worden, overleg dan met uw advocaat of met de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp).

Meer informatie over uw rechten, deze brochure en de andere brochures uit de serie zijn verkrijgbaar bij uw pvp.

Senior in separeer

Bestuurders in de politiek en gezondheidszorg toveren nogal eens graag prikkelende uitspraken, proefballonnetjes en stellingen hoe het anders en beter moet in dit land worden uit hun hoge hoed. Moeten we deze uitspraken serieus nemen?

Een aantal jaren geleden sprak de voorzitter van de Raad van Bestuur van Altrecht uit dat hij pas met pensioen zou gaan, als alle separeers in Altrecht buiten gebruik zouden zijn. Een uitspraak die veel (gespreks)stof deed opwaaien. Natuurlijk gaat deze voorzitter met pensioen te zijner tijd, en op dat moment zullen er waarschijnlijk echt nog wel separeers in gebruik zijn binnen Altrecht. Het was echter wel gelukt om de aandacht te vestigen op een hardnekkig fenomeen binnen de psychiatrie: het veelvuldige gebruik van separeers binnen de behandeling van psychiatrische patiënten. Het feit dat deze voorzitter hiervan af wil (op termijn) is mijns inziens op zijn minst hoopgevend te noemen.

Ook oudere patiënten, mensen boven de zestig jaar, belanden nog wel eens in de separeer. Er bestaat echter momenteel niet zoiets als een aangepaste separeer voor ouderen. Tenminste, ik heb er nog nooit iets over vernomen. Voor een ouder iemand kan het verblijf in de separeer een aanslag op de gezondheid zijn. Met stramme ledematen of een zwakke rug is het zitten en slapen op een matras op de grond geen pretje. Maar het ergste is nog wel het toiletgebruik. Ook ouderen moeten in de separeer hun behoefte zien te doen op de bekende kartonnen hoed. Dat is gezien de vaak geringe lenigheid behorende bij een hoge leeftijd een behoorlijk lastige opgave. In sommige situaties moeten patiënten speciale separeerkleding dragen en hebben zij slechts de beschikking over een separeerdeken. Vaak wordt er dan geklaagd over de kou in de separeer. Je zou zeggen dat met een verhoogd ouderentoilet en betere verwarming het verblijf in de separeer voor veel ouderen een stuk draaglijker is.

Maar veel liever nog zie ik, met de voorzitter van Altrecht, dat de separeers helemaal verdwijnen, en dat er binnen de psychiatrie haast wordt gemaakt met het creëren van speciale kleine leefgebieden voor patiënten die normaliter in de separeer zouden belanden. Intensief begeleid door personeel hoeven zij dan niet grote gedeelten van de dag alleen te zijn, maar kunnen te midden van bekwaam personeel zo snel mogelijk herstellen van de crisis waar ze zich in bevinden. Voor veel patiënten zou dit een uitkomst zijn. De angst voor de separeer is vaak levensgroot. Ik pleit ervoor pleiten om dit zo snel mogelijk te realiseren, en dan met één van de meest kwetsbare groepen te beginnen: de ouderen.

Ronald de Koster, pvp in regio Noord-Midden



'Met alleen de wet in de hand kom je er niet'

Paul Manni, wie kent hem niet? Na precies 24 jaar nam één van de markantste medewerkers en pioniers van de Stichting PVP, afscheid van cliënten en collega's. Paul heeft de jaren des onderscheids bereikt en zet een punt achter zijn lange loopbaan als pvp. Een loopbaan die van 1982 in het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort, tot 2006 in diverse GGZ-instellingen te Amsterdam liep.

Een loopbaan waarin hij als pvp van het eerste uur, maar ook daarna, heeft helpen bouwen aan de Stichting PVP. Dit deed hij op flegmatieke wijze. Kritisch-constructief volgens sommigen, eigen-gereid volgens anderen. Een loopbaan die zich in ieder geval in de meest brede zin van het woord kenmerkte door engagement met patiëntenrechten en -belangen. Paul liet zowel door de daden in zijn pvp-werk als door woorden blijken hoe begaan hij was met dit onderwerp.

Hij schreef veel, over allerhande thema's: misstanden in de zorg, het rookverbod in de GGZ, over de dilemma's in de psychiatrie, de zwijgplicht van hulpverleners en de schrale zorg van de inspectie, enzovoorts. Publicaties van micro- tot macroniveau, sommige doorwrocht met pittige conclusies en discussie uitlokkend, andere luchtig, relativerend, op een bijna gemoedelijke Carmiggelt-achtige toon.

Hoe bevalt je nieuwe vrijheid?

"Het is met name een groot genoegen voor me dat ik 's ochtends niet meer door een wekker word gewekt."

Wat zijn je plannen voor de toekomst?

"Niets concreets, maar ik heb voldoende te doen. Ik ben lid van een klachtencommissie van RIBW's en van de landelijke geschillencommissie LPR en GGZ Nederland. Bij die laatste commissie is het aardig om te zien dat partijen die op het oog een vastgelopen conflict hebben, aan tafel toch redelijk vaak tot een oplossing komen. Het zijn dan blijkbaar de vreemde ogen die dwingen."

pvp Paul Manni in steekwoorden

Pijp – lekker rustig!

Marktwerking in de zorg – riskant voor het individu
Mooiste land – Jemen. Lang gesloten geweest voor het Westen. Prachtige lemen huizen van zeven verdiepingen

Inspectie – maakt mooie woorden niet waar

Muziek – cellosonates van Bach

Huidige regering – zorgelijk voor de gezondheidszorg

Grote ergernis – hard praten in mobieltjes in de trein

Boek – Nagieb Mahfoez (Egyptische schrijver en Nobelprijswinnaar literatuur)

pvp Paul Manni in stellingen

'De GGZ kan goed functioneren zonder pvp'

Nee, dat kan ze niet. De pvp is namelijk anders dan andere klachtenfunctionarissen. Hij is makkelijker bereikbaar, hij is een regelmatige gast van het ziekenhuis, hij kent de afdelingen beter. De pvp moet naar mijn smaak voor alle patiënten toegankelijk blijven. Niet alleen voor Bopz-klachten, maar ook voor mensen die met onzekerheid, boosheid en verdriet kampen. Weliswaar moeilijker te kwantificeren rubrieken, maar voor de mensen in instellingen dagelijkse realiteit.

'Zonder dwang kan de psychiatrie niet haar werk doen'

Helaas zal dwang nooit helemaal uit te sluiten zijn. Er zullen altijd situaties zijn dat er geen andere keus is. Er zijn echter wel heel veel methoden waardoor dwang verminderd kan worden, of minder ingrijpend kan worden toegepast. Een blokje om kan soms ook helpen. Het bestaan van een dwangmiddel als de separeer blijkt in veel gevallen het denken te stoppen. Er wordt niet meer gezocht naar alternatieven; men vindt dat vaak te arbeidsintensief.

Terug naar het verleden. Hoe is je betrokkenheid met patiëntenbelangen ontstaan?

"Dat gaat terug tot vóór mijn pvp-werk, toen ik als dienstweigeraar kwam te werken als een soort verpleeghulp in Eindhoven. Ik draaide daar in mijn eentje nachtdienst op een afdeling met chronische patiënten. De toenmalige directeur die dat goedkeurde, werd overigens later hoofdinspecteur van de Inspectie. Bijzonder, nietwaar? Na deze periode werkte ik als vormingswerker in Zuidlaren. In dat ziekenhuis werd een cliëntenraad opgericht en werd er vanuit de Groningse rechtswinkel een spreekuur geregeld voor patiënten. Bij beide initiatieven was ik betrokken. Dit experiment was niet een lang leven beschoren. Toch was het kenmerkend voor de jaren '70, waarin er veel gesproken werd over patiëntenrechten, wat leidde tot onrust en veranderingen in de ziekenhuizen. En ja, ik vond ook dat patiënten rechten hadden."

Hoe anders is het pvp-werk nu vergeleken met 24 jaar geleden?

"In het begin was er nog wel eens een boze behandelaar die vond dat de pvp zich teveel identificeerde met de klager. De sfeer was over het algemeen vijandiger, waardoor je vaker scherp moest reageren. Het was prettig dat we daarna gedragsregels kregen. Hoewel er weinig nieuws in stond – net zoals in de WGBO – werd onze rol er wel duidelijker door en konden we er naar verwijzen. Persoonlijk heb ik altijd het meest



'Paul Manni kan terugkijken op 24 jaar actieve inzet voor patiëntenrechten'

geloofd in het 'onderhandelingsmodel'. Ik beschouwde het als winst als de klacht op laagdrempelige, informele wijze was opgelost en beide partijen met elkaar door konden. Natuurlijk lukte dit niet altijd."

Hoe zou jij de ideale pvp van nu willen omschrijven?

"Voor mij is het belangrijk dat een pvp goed bereikbaar is en laagdrempelig werkt. De pvp moet ook de taal van cliënten goed begrijpen en weten wat er leeft. Voor ons pvp'en uit de begintijd was het normaal dat we onze 'voeding' uit de cliëntenbeweging en -raden haalden. Voor de huidige generatie pvp'en is dit minder vanzelfsprekend. Tot slot: wet- en regelgeving zijn weliswaar belangrijke handvatten, maar als pvp red je het niet met de wet alleen."

Hoe is het beeld van jou binnen de Stichting geweest, denk je?

"Ik denk dat sommigen mij als een apart type hebben gezien, misschien ook wel een lastpak met stellige uitspraken. Daarnaast zag men denk ik ook wel mijn inhoudelijke kwaliteiten, want ik ben ook een tijd beleidsmedewerker geweest."

Wat betreft de toekomst van de Stichting PVP: wat zijn jouw zorgen en wensen?

"Een grote zorg van mij is dat door de deconcentratie van de ziekenhuizen de laagdrempeligheid en bereikbaarheid van de individuele pvp afneemt. Het is een vraagstuk waar goed over nagedacht moet worden.

Een wens van mij is dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar het bereik van de pvp onder de allochtone cliënten. Zestien procent van het totale aantal cliënten in Nederland is van allochtone komaf, en jaarlijks groeit dit aantal met één procent. Het zou goed zijn om te weten of de pvp bij deze groep voldoende bekend is en hoeveel mensen binnen deze groep beroep doet op een pvp."



UW RECHTEN IN DE PSYCHIATRIE: UW RECHTEN

In vijf brochures geeft de Stichting PVP uitleg over uw rechten als cliënt in de GGZ. Brochure 2 heet *Uw rechten* en gaat in op zaken als behandelplan, informatie en dossierinzage, toestemmingsvereiste, etc. Bijvoorbeeld:

Mag ik de afdeling verlaten als ik dat wil?

U heeft recht op bewegingsvrijheid. Als u vrijwillig bent opgenomen, mag u de afdeling en het ziekenhuis verlaten als u dat wilt. Maar wanneer u zo vaak weg bent dat behandeling niet meer mogelijk is, kan de opname worden beëindigd.

Bij een gedwongen opname mag u het ziekenhuis niet verlaten, tenzij u verlof heeft. U heeft wel het recht op bewegingsvrijheid binnen het terrein van het ziekenhuis, dus heeft u het recht de afdeling te verlaten. Men kan u tegen uw wil op de afdeling houden om een van de volgende drie redenen.

1. Men maakt zich zorgen over uw gezondheid. Bijvoorbeeld, men heeft het vermoeden dat u buiten zelfmoord zou kunnen plegen.
2. Om strafbare feiten te voorkomen. Zoals het gebruik maken van vrij wandelen om drugs te verhandelen.
3. Om de orde in het ziekenhuis te bewaren, bijvoorbeeld wanneer u zich buiten de afdeling agressief gedraagt.

Meer informatie over uw rechten, deze brochure en de andere brochures uit de serie zijn verkrijgbaar bij uw pvp.

Huisarts vaak slecht bereikbaar voor psychiatrische patiënt

Bijna de helft van de cliënten mag niet zelf een afspraak maken

'De kloof tussen algemene geneeskunde en psychiatrie kost levens', kopte het tijdschrift *Psy* afgelopen september. Somatische zorg bij GGZ-instellingen wordt vaak in eerste instantie verleend door huisartsen. Wij vroegen 40 cliënten naar hun ervaringen met de huisarts in de psychiatrie.

De helft van de ondervraagde cliënten is tevreden over de huisarts. Elf cliënten geven aan dat ze over hun huisarts ontevreden zijn. Cliënten willen graag dat de huisarts vaker beschikbaar is. Ook wil men zelf een afspraak kunnen maken in plaats van alleen via de verpleging. De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateerde dat de kwaliteit van de somatische zorg in GGZ-instellingen de afgelopen jaren wel verbeterd is, maar dat het verschilt per instelling.

Tevredenheid over de huisarts

Twintig cliënten geven aan dat ze tevreden zijn over de huisarts, negen cliënten staan neutraal tegenover de huisarts. Cliënten die tevreden zijn over de huisarts voelen zich serieus genomen. Een cliënt was vooral tevreden over de huisarts, omdat deze goed persoonlijk contact maakt en weet waarover hij praat. Een andere cliënt is vooral tevreden omdat de dokter alles registreert, zodat hij een volgende keer meteen weet waar het over gaat. Het goed luisteren naar de wens van de cliënt wordt ook erg belangrijk gevonden. Zo schrijft een cliënt: "Toen ik een onderzoek niet wilde, vond de huisarts meteen een alternatief. Het is mijn lijf." Niet alle cliënten zijn tevreden over de huisartsenzorg. Elf cliënten zijn (helemaal) niet tevreden. Zij vinden dat de huisarts hun klachten niet serieus neemt. Gebrek aan tijd lijkt hier een rol bij te spelen. Dat blijkt ook uit de volgende reacties:

De huisarts (en psychiater) kijken alleen maar naar hun eigen mening en nemen mijn mening niet serieus.

De huisarts gaat teveel af op wat de verpleging zegt. Hij is te streng.

Ze hebben altijd haast zodat ze te weinig tijd hebben om naar je te luisteren.

Keuze van huisarts

Cliënten die kortdurend zijn opgenomen, blijven vaak gebruik maken van de diensten van hun eigen

huisarts. Deze huisarts hebben ze zelf kunnen kiezen. Voor cliënten die langdurig zijn opgenomen (langer dan een jaar), is de situatie anders. Na een jaar valt de zorg van de huisarts onder de AWBZ en zijn ze dus aangewezen op de huisarts van de instelling. De helft van de bevroegde cliënten geeft aan dat ze geen andere huisarts willen. Zes cliënten willen wel graag een andere arts en elf cliënten geven de voorkeur aan een huisarts buiten de instelling. Enkele reacties:

Doordat de huisarts aan de instelling verbonden is, lijkt hij minder open te staan voor kritiek ten aanzien van medisch handelen van de instelling. Dit vind ik lastig.

Zij neemt wat ik zeg niet serieus en gaat alleen maar af op wat de verpleging zegt. Soms onderzoekt ze me niet eens.

Beschikbaarheid somatische zorg

Veertig procent van de cliënten vindt dat de huisarts niet vaak genoeg aanwezig is. Zo merken cliënten op dat de huisarts er niet de hele week is. Ook in het weekend is er vaak geen huisarts. Een cliënt merkt op dat de huisarts slechts één keer per week in de instelling is en als hij een keer uitvalt, is er geen vervanging. Een andere cliënt merkt op, dat ze het te lang vindt duren als ze een week op een afspraak moet wachten. Volgens een cliënt is er binnen een instelling het verloop van artsen groot. In die instelling worden vaak buitenlandse artsen aangesteld, die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen. En als men dan een afspraak heeft met de huisarts, dan heeft de huisarts vaak niet genoeg tijd, vindt een cliënt.

Zelf een afspraak maken

Bijna de helft van de cliënten mag niet zelf een afspraak maken met de huisarts. Zij kunnen alleen via verpleegkundigen of behandelaar een afspraak maken met de huisarts. Ze geven aan dat ze dit niet goed vinden. Ze willen zelf direct met de huisarts een afspraak kunnen maken. Enkele reacties:

Ik vind het vernederend om altijd eerst aan de verpleging te moeten vertellen wat mijn kwaal is.

Er wordt door de psychiater/verpleging altijd moeilijk gedaan om afspraak te krijgen, wat mijn klacht dan ook is.

GGZ Nederland en indicatoren voor goede somatische zorg.

Dat er meer aandacht gaat naar de somatische zorg in de psychiatrie blijkt ook uit de prestatie-indicatoren die GGZ Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 30 november 2006 overhandigden aan staatssecretaris Ross-Van Dorp (VWS). Twee indicatoren gaan specifiek over de somatische gezondheid van patiënten in de GGZ. Het doel is dat in ieder geval cliënten in (dag)klinische zorg routinematig somatisch gescreend worden. Dit zou bij alle cliënten bij aanvang van de opname moeten gebeuren. Bij cliënten die langer dan een jaar zijn opgenomen, zou dit jaarlijks moeten gebeuren.

Ik voel me dan van de verpleging afhankelijk - wat nou als ze vergeten te bellen of ze wachten te lang zodat ik pas op een andere dag terecht kan?

Stel dat die verpleging denkt dat het niks is... dan mag ik helemaal niet naar de huisarts. Wat als het dan wèl ernstig is?

Slechts vier cliënten geven aan dat ze het goed vinden dat ze via de verpleging een afspraak moeten maken. Zij vinden dat de verpleging goed kan inschatten of een bezoek aan de huisarts nodig is.

Kloof somatische zorg en psychiatrie

Enkele cliënten ervaren een kloof tussen de psychiatrie en somatische zorg. Zo meldt een cliënt dat de huisarts niet weet wat hij met de psychiatrische zorg aan moet. Andere cliënten zeggen hierover het volgende:

De huisarts denkt steeds dat het psychisch is en daar is hij dan ook niet meer van af te brengen. Wat als er nu echt eens iets is?

De huisarts zegt dat hij er alleen voor zijn eigen cliënten is en niet voor de GGZ. En dan stuurt hij me weer naar de psychiater. Ik word dus van het kastje naar de muur gestuurd.

Eén van de cliënten vertelt dat er in de instelling geen aparte huisarts is, maar dat de psychiatrische behandelaar ook de somatische zorg doet. Deze heeft, volgens de cliënt niet veel verstand van somatische klachten:

Hij heeft helemaal geen ervaring. Bovendien vind ik het niet fijn dat ik hem mijn aambeien moet laten zien.

Speciale teams

Over de kloof tussen somatische zorg en psychiatrie wordt de laatste tijd in de media steeds vaker gesproken. *Psy* schreef in september 2006 dat de kloof tussen algemene geneeskunde en psychiatrie levens kost. Er is, aldus het artikel, geen land in Europa waar de somatische en psychisch-medische zorg zo rigoureuus gescheiden wordt door wetten, financiële systemen, gebouwen en opleidingen, als in Nederland. In het tv programma *Netwerk* van 24 oktober 2006, stelt professor Loonen (bijzonder hoogleraar Farmacotherapie bij psychiatrische patiënten) dat veel psychiatrische patiënten ook aan fysieke problemen lijden die niet serieus genoeg worden genomen door de



Veel cliënten mogen niet zelf een afspraak maken met de huisarts



Sommige cliënten ervaren een kloof tussen psychiatrie en somatische zorg

Een cliënte met flinke buikpijnklachten verblijft langdurig in de instelling. De pijnklachten worden afgedaan als psychisch. Pas na drie jaar aanhoudende pijn constateert de gynaecoloog grote cysten in haar baarmoeder. Na verwijdering is de vrouw pijnvrij.

Een cliënt heeft last van haar voet. De huisarts weigert hem echter door te verwijzen. Neem maar rust! Pas na drie weken wordt de cliënt doorgestuurd om een foto te laten maken. De voet blijkt gebroken te zijn. Cliënt heeft veel extra pijn geleden door de late beslissing.

Pvp'en behandelen regelmatig klachten over de bejegening door de huisarts en het gebrek aan tijd. Eén pvp schrijft dat de huisarts erg boos reageert jegens patiënten als die bij

instellingen in het algemeen beter, maar schiet met name de somatische zorg in de separeerkamers te kort. De Inspectie constateert ook grote verschillen tussen instellingen. Zo bestaan er nog instellingen die geen visie op de somatische zorg hebben vastgelegd. Wat betreft de huisartszorg schrijft de inspectie dat het in sommige delen van het land stroef loopt, mede door een tekort aan huisartsen. De inspectie signaleert ook dat de oproeptermijn waarbinnen de somatische arts bij de patiënt is, verschilt tussen instellingen. De tijd waarbinnen een arts na oproep ter plaatse is, varieert van 10 tot 30 minuten. Soms duurt het nog langer voordat een arts ter plekke is.

Instellingen geven aan dat het garanderen van medische zorg in geconcentreerde voorzieningen steeds moeilijker wordt. Dit komt mede door het tekort aan huisartsen in sommige delen van het land. De Inspectie prijst in dit rapport de instelling die protocollen heeft waarin is vastgelegd bij welke situaties in ieder geval de dienstdoende somatisch arts gewaarschuwd moet worden.

Integrale zorg

Een belangrijke eis bij de opleiding tot psychiater is dat de arts-assistent integrale zorg aan de patiënt moet verlenen, dat wil zeggen zowel de psychiatrische als de somatisch-medische zorg. Dit werd, volgens de Inspectie, echter lange tijd verwaarloosd. De Inspectie concludeert in 2004 dat de belangstelling binnen de psychiatrie voor somatische aspecten is toegenomen. Er zijn bijvoorbeeld steeds meer instellingen met een specialistisch verpleegkundig team. Deze verpleegkundigen verlenen consultatie aan collega's bij somatische problematiek, nemen soms een deel van de zorg over, doen voorbehouden handelingen en zijn betrokken bij bij- en nascholing.

Alertheid

Is de somatische zorg zo slecht dat het levens kost? Zulke verregaande conclusies kunnen we niet trekken uit onze kleine enquête. Wel lijkt duidelijk dat er aan de huisartsenzorg in GGZ-instellingen diverse haken en ogen zitten, en dat het niet altijd zo goed verloopt als cliënt én instelling willen. Kernpunten voor verbetering zijn verhoogde alertheid op somatische klachten, goede bereikbaarheid van de huisarts, serieus nemen van de cliënt en goede afstemming met de psychiatrische zorg. En, zoals bij bijna alles: goed communiceren met de cliënt.

CvdB/FW

behandelende instantie. Hij pleit voor speciale teams in psychiatrische ziekenhuizen die patiënten op fysieke klachten onderzoeken.

Klachten

In 2005 hebben pvp'en 434 klachten over de somatische zorg in behandeling gehad. Wij hebben 24 pvp'en gevraagd naar hun ervaringen. Dertien van hen geven aan klachten te hebben ontvangen waaruit blijkt dat de kloof tussen psychiatrie en somatiek bestaat. Klachten ontstaan vaak als somatische klachten (aanvankelijk) voor psychische klachten worden aangezien. Eén pvp geeft aan dat de somatische artsen te weinig kennis hebben van psychiatrische ziektebeelden, terwijl de psychiatrische behandelaren teveel op het 'psychiatrie-eilandje' zitten. Hierdoor kan het zijn dat huisartsen terughoudend zijn met doorverwijzen naar een specialist. Schrijnende voorbeelden zijn er ook:

Iedereen op de afdeling beschouwt een cliënte als teatraal en hypochonder. Men stapt over haar heen als zij van de pijn op de grond ligt. Dan blijkt ze plotseling terminaal kankerpatiënt te zijn.

hem komen in verband met zelfbeschadiging. Een patiënt vertelt dat de huisarts tegen haar zei:

Jou hoef ik niet te verdoven hè, als ik je arm ga hechten, jij houdt wel van een beetje pijn!

Inspectierapport

De Inspectie schrijft in 2004 een rapport over de somatische zorg in de Geestelijke Gezondheidszorg. Volgens dit rapport wordt de somatische zorg in de

Vragenlijst over huisartsenzorg

In totaal werd aan 40 cliënten een vragenlijst voorgelegd. Deze cliënten verbleven in 20 verschillende GGZ-instellingen verspreid over heel Nederland. De vragen gingen over of men zich serieus genomen voelde door de huisarts, de algehele tevredenheid over de huisarts, of men zelf mocht beslissen om naar de huisarts te gaan en of men liever een andere huisarts wilde hebben. Daarnaast was er ruimte om zelf nog onderwerpen toe te voegen.



UW RECHTEN IN DE PSYCHIATRIE: KLACHTEN

In vijf brochures geeft de Stichting PVP uitleg over uw rechten als cliënt in de GGZ. Brochure 3 heet *Klachten* en legt uit wat u kunt doen en bij wie u terecht kunt om zaken die met uw behandeling of verblijf te maken hebben en waar u niet tevreden over bent, te verbeteren. Bijvoorbeeld:

De patiëntenvertrouwenspersoon

In ieder psychiatrisch ziekenhuis werkt een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). De pvp is niet in dienst van het ziekenhuis, maar van een onafhankelijke, landelijke stichting. De pvp stelt zich partijdig op aan uw kant. De bijstand van de pvp is gratis.

Wat kan een pvp voor mij doen?

De pvp geeft u informatie over uw rechten. Als u een klacht heeft, zal de pvp u adviseren wat u ermee kunt doen. Hij kan ook namens u naar de betrokken ziekenhuismedewerker toestappen. Hij kan samen met u een gesprek voeren, of een brief schrijven over uw klacht.

Verder kan de pvp u helpen bij het voorleggen van uw klacht aan de klachtencommissie. Mocht u een advocaat nodig hebben, dan kan de pvp u daar eveneens bij helpen. De pvp doet alleen iets wanneer u daar opdracht toe geeft. U mag de pvp altijd spreken, ook als u gesepareerd bent. De pvp heeft een geheimhoudingsplicht. Wat u aan hem toevertrouwt vertelt hij aan niemand anders zonder uw toestemming.

Meer informatie over uw rechten, deze brochure en de andere brochures uit de serie zijn verkrijgbaar bij uw pvp.

De Stichting PVP op reis

De Stichting PVP beraadt zich op haar missie. De positie van de patiënt is in de afgelopen decennia flink verbeterd. In plaats van vastgebonden en monddood, is de patiënt nu gesprekspartner. In essentie is de missie van de pvp nog steeds dezelfde: opkomen voor de belangen van de patiënt zoals die dat zelf ziet. Maar de tijden veranderen, en moet de Stichting PVP niet meeveranderen? Tijd voor bezinning.



Medewerkers van de Stichting PVP buigen zich tijdens studiedagen over de toekomst van de Stichting PVP

Toen 25 jaar geleden het vertrouwenswerk begon, was er veel mis in de psychiatrie. Patiënten werden vastgezet, vastgebonden, opgesloten en mochten nergens over meepraten. Veel patiënten voelden zich vogelvrij. De pvp kwam op voor de belangen van de patiënt zoals die ze zelf zag. Anno 2006 doet de pvp dat nog steeds. Gelukkig ziet de GGZ er tegenwoordig wel heel anders uit. Over regels en wetten wordt steeds beter nagedacht. Is het nog wel nodig om patiënten te ondersteunen bij het handhaven van hun rechten? Zouden cliënten in de verstandelijk-gehandicaptenzorg of in verpleeghuizen die ondersteuning ook kunnen gebruiken? Blijft de Stichting PVP op oude voet doorgaan?

Op reis

De Stichting PVP heeft met alle medewerkers het startschot gegeven voor een strategische toekomstverkenning. Op 16 november 2006 begon de stichting met het gezamenlijk uitzetten van de koers voor de komende tien jaar. De Stichting PVP ziet deze verkenning als een reis, waarvan de eindbestemming nog niet vaststaat. Adviseurs van Twynstra Gudde ondersteunen de stichting bij haar toekomstverkenning.

Waarom deze reis?

De Stichting PVP reist naar onbekende bestemming om zowel interne als externe redenen. Binnen de Stichting PVP leven al langere tijd vragen over aspecten die de kern van onze organisatie raken. Deze vragen willen we onderzoeken en met elkaar beantwoorden. Bijvoorbeeld:

Is de missie van nu dekkend voor de toekomst van de stichting?

Is de expertise van de stichting gewenst binnen andere terreinen van de zorg, bijvoorbeeld de psychogeriatric of de verstandelijk gehandicaptenzorg?

Zijn mediation en onpartijdige klachtondersteuning geëigende middelen voor de stichting? Met welk doel en in welke situaties?

Wat verwachten belanghebbenden (cliënten, zorginstellingen, Ministerie en financier) in de toekomst van de stichting?

Wat is de meest geëigende organisatievorm voor het uitvoeren van de activiteiten van patiëntenvertrouwenspersonen?

Met welke organisaties kunnen we samenwerken? Zijn er concurrenten?

We willen beter worden in ons werk, om nog beter onze maatschappelijke opdracht te kunnen vervullen. We willen belanghebbenden goed duidelijk maken wat men van ons kan verwachten. We willen nieuwe kansen verkennen. We willen pro-actief reageren op ontwikkelingen die zich voordoen in onze omgeving.

Maar naast onze eigen behoefte om als organisatie te groeien en te ontwikkelen spelen ook externe factoren een rol bij de beslissing om op reis te gaan. Door marktwerking in de zorg verandert er veel in de omgeving van de Stichting PVP en andere aanbieders van het vertrouwenswerk dienen zich aan. De financiering van het werk van de stichting staat ter discussie. Onze omgeving vraagt om een duidelijker profiel van de PVP en een meer uniforme werkwijze in de uitvoering van ons werk. Vanuit andere zorgsectoren is er interesse voor onze expertise. De vraag van zorginstellingen verandert

door fusies van zorginstellingen over de grenzen van de huidige zorgsectoren heen. De Stichting PVP wil met dit missie- en visietraject vaststellen op welke wijze zij zich wil verhouden tot bovenstaande ontwikkelingen.

Doelstelling van de reis

Verkrijgen van een eenduidig, ambitieus, inspirerend en door belanghebbenden gedragen beeld van de borging van het vertrouwenswerk in de toekomst. Dit beeld wordt gepresenteerd op het jubileumcongres in oktober 2007 waarmee de Stichting PVP het 25-jarig bestaan viert.

Reisadvies

Zoals uit de doelstelling al blijkt, is men bij de Stichting PVP zich ervan bewust dat het van groot belang is dat belanghebbenden zich kunnen vinden in de koers die de stichting kiest. Met het kiezen van een koers kan de stichting haar maatschappelijke opdracht zo optimaal mogelijk vervullen en rekening houden met de wensen, het 'reisadvies', van belanghebbenden.

Reisplan

Eerst inventariseert de stichting intern welke trends, ontwikkelingen, kansen en bedreigingen gezien worden. Deze inventarisatie wordt gemaakt op basis van vier thema's: huidige en verwachte wet- en regelgeving, het vertrouwenswerk (wanneer is een pvp succesvol?), huidige en toekomstige financieringsvormen en marktwerking/marktverkenning. De resultaten van deze inventarisaties worden voorgelegd aan externe belanghebbenden van de Stichting PVP. Op basis van de resultaten hiervan worden mogelijke scenario's voor de toekomst van de stichting geschreven. Het scenario waarvoor gekozen wordt zal gepresenteerd worden tijdens het jubileumcongres van de stichting.

Reisberichten

We houden u, lezer van de pvp-krant, op de hoogte van de voortgang van de toekomstverkenning. In elke krant zullen we berichten over de vorderingen op onze reis en de verdere route.

Meereizen?

De Stichting PVP nodigt u van harte uit om uw mening te geven over haar huidige en toekomstige dienstverlening. Uw mening of advies over de toekomstige koers van de Stichting PVP is van harte welkom. U kunt dit advies mailen naar redactiekrant@pvp.nl

NF/FW



Klachtzaken

Gegrond of ongegrond: zo luiden beslissingen van een klachtencommissie. In deze rubriek worden klachten besproken die aan klachtencommissies zijn voorgelegd. Wat besliste de commissie, en wat was de redenering daarbij?

Aanstootgevende kleding

Op een jeugdafdeling gelden kledingvoorschriften. Jongeren mogen geen aanstootgevende kleding dragen. Om die reden is het niet toegestaan kleding van het merk Lonsdale te dragen. Volgens de afdelingsleiding wordt dit merk te veel met racisme geassocieerd. Het werkt daardoor provocerend. Een tweetal cliënten is het niet eens met het verbod. Ze vinden dat de afdeling geen kledingregels mag opleggen. Op andere afdelingen zijn er namelijk ook geen kledingregels en hun ouders vinden het goed dat zij de kleding dragen. Tegen het verbod gaan ze in bezwaar bij de klachtencommissie.



'Aanstootgevend? Die kleding zit gewoon lekker'

Tijdens de zitting vertellen ze dat ze de kleding niet dragen om te provoceren. Ze vinden de kleding gewoon mooi en het zit lekker. Verder vragen zij zich af waarom er wel kleding van het merk Pitbull gedragen mag worden. Die kleding kan toch ook als provocerend opgevat worden?

Volgens de klachtencommissie heeft de afdeling de

bevoegdheid om regels te stellen. Ook mag de afdeling kledingvoorschriften opstellen. De bewuste kledingregel is echter bedoeld als richtlijn en van een richtlijn kan men in voorkomende gevallen afwijken. De commissie vindt dat het dragen van Lonsdale-kleding provocerend kan werken, maar ze vindt ook dat niet aangetoond is dat de jongeren uit zijn op provocatie. Zij verklaart de klacht **gegrond**. Daarnaast doet zij de aanbeveling om de toepassing van de kledingvoorschriften te individualiseren. Wanneer daar aanleiding voor is kan daarover iets opgenomen worden in het behandelplan. Daarmee heeft de afdelingsleiding de mogelijkheid om zonnodig in te grijpen. Het geeft jongeren de mogelijkheid te dragen wat ze willen, zolang ze maar niet uit zijn op provoceren en de teksten op de kleding in hun aard niet provocerend zijn.

Voorwaarden voor ontslag

Een cliënt met een rechtelijke machtiging mag met voorwaardelijk ontslag. Hij mag naar huis, maar dan moet hij wel akkoord gaan met een tweetal voorwaarden: hij dient de voorgeschreven medicatie te gebruiken en hij dient wekelijks een medewerker van de instelling thuis te ontvangen. De cliënt vindt dit niet het stellen van voorwaarden, maar het onterecht toepassen van dwang.

Met de inhoud van de voorwaarden is hij het oneens. Omdat het goed met hem gaat vindt hij het niet nodig medicatie te gebruiken. Daarbij heeft hij veel last van vervelende bijwerkingen. Huisbezoek door een medewerker van de instelling ziet hij ook niet zitten. Hij is wel bereid wekelijks naar de instelling komen. Hij besluit te klagen bij de klachtencommissie over dwangtoepassing en de inhoud van de gestelde voorwaarden.

Tijdens de zitting van de commissie stelt de behandelaar dat gebleken is dat de cliënt medicatie nodig heeft. Het team heeft een aantal keren met hem onderhandeld over de hoeveelheid medicatie. Ook is er een second opinion uitgevoerd. Daaruit kwam volgens de behandelaar het advies



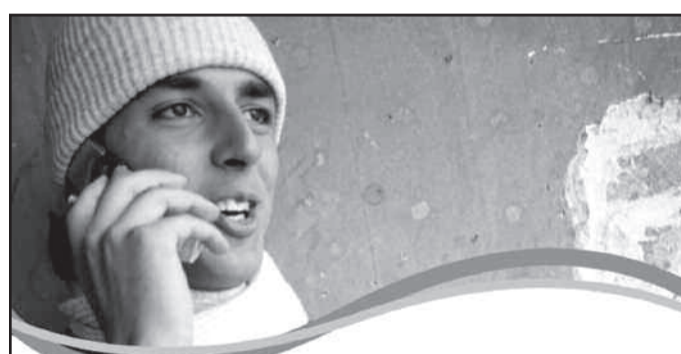
Voorwaarde ontslag: Huisbezoek door een medewerker van de instelling accepteren

medicatie te gebruiken. De behandelaar is bereid om samen met de cliënt en het behandelteam opnieuw naar de medicatie te kijken.

De commissie oordeelt dat er geen sprake is van dwangbehandeling. De cliënt kan ervoor kiezen de behandeling te weigeren. Verder concludeert de commissie dat de gestelde diagnose door andere deskundigen dan de behandelaar is bevestigd en dat er regelmatig met de cliënt is onderhandeld over de medicatie. Bij het stellen van de diagnose en bij de keuze van de medicatie heeft de behandelaar volgens de commissie dan ook niet klachtwaardig gehandeld. Zij verklaart de klacht **ongegrond**.

Over de voorwaarde van het thuis moeten ontvangen van bezoek doet de commissie geen uitspraak. Is zij dat vergeten?

AdM



Vragen en klachten
over de ggz?

Bel de Helpdesk PVP
0900 444 88 88

(10 cent per minuut)

U kunt de Helpdesk PVP bellen op:
Maandag t/m vrijdag: 10:00-16:00
Woensdagavond: 19:00-21:00
Zaterdagmiddag: 13:00-16:00

Of mail naar: helpdesk@pvp.nl

Voor meer informatie: www.pvp.nl



PVP Stichting Patiëntenvertrouwenpersoon Geestelijke Gezondheidszorg



UW RECHTEN IN DE PSYCHIATRIE: ONTSLAG EN VERLOF

In vijf brochures geeft de Stichting PVP uitleg over uw rechten als cliënt in de GGZ. Brochure 4, *Ontslag en verlof*, geeft antwoord op rechtsvragen over ontslag- en verlofmogelijkheden bij zowel vrijwillige als gedwongen opname. Bijvoorbeeld:

Wanneer mag ik niet gedwongen worden ontslagen?

Wanneer u al jaren in het psychiatrisch ziekenhuis woont is een gedwongen ontslag vrijwel ondenkbaar. U bent waarschijnlijk volledig aangewezen op de zorg van het ziekenhuis. Overplaatsing naar een andere afdeling of een andere instelling ligt dan meer voor de hand.

Ook is het nagenoeg ondenkbaar dat u gedwongen wordt ontslagen wegens gedrag dat voortkomt uit de psychische stoornis waarvoor u nou net was opgenomen.

Voorbeeld

U bent opgenomen omdat u in een psychotische toestand verkeert. U hoort stemmen. Die houden u 's nachts uit de slaap en onder invloed van de stemmen schreeuwt u, bent u dreigend en bonkt u op de muren van de kamer. De medepatiënten worden bang van u en ze kunnen niet meer slapen. Dan zijn er bepaalde maatregelen mogelijk, bijvoorbeeld overplaatsing, maar een gedwongen ontslag is niet gerechtvaardigd.

Meer informatie over uw rechten, deze brochure en de andere brochures uit de serie zijn verkrijgbaar bij uw pvp.

Gebrekkige opbergvoorzieningen verbeterd

Pvp'en werken voor individuele cliënten en hun klachten. Als een pvp daarbij een structurele tekortkoming van een instelling op het spoor komt, stelt hij die kwestie aan de orde bij de instelling met een zogeheten *signaal*.

Veiligheid is voor opgenomen cliënten altijd een belangrijke kwestie. En niet alleen hun eigen veiligheid, nee, ook die van hun spullen. En terecht. In een opname heb je al zo weinig bij je, dat wil je niet ook nog eens kwijtraken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg schreef over de veiligheid van bezittingen van cliënten in 1988 een nota. Lang geleden, maar hij heeft nog steeds geldingskracht. Er staat in dat cliënten 'tenminste de beschikking moeten hebben over een afsluitbare hang- en legkast ten behoeve van het opbergen van persoonlijke bezittingen.'*

Borg

In een instelling waren er weliswaar dergelijke kasten voor cliënten, maar kregen zij slechts een sleutel als ze daarvoor borg betaalden. Want, zo redeneerde de instelling: die sleutels zijn erg duur en we willen voorkomen dat ze kwijtraken. Voor sommige cliënten betekende deze regel groot ongemak. Niet iedereen kon bij binnenkomst de borg voldoen en kreeg dan geen sleutel om zijn kast af te kunnen sluiten. De pvp schreef er een signaal over, verwijzend naar de nota van de Inspectie. De pvp wees er bovendien op dat uit die nota voortvloeit dat als cliënten geen mogelijkheid krijgen hun spullen achter slot en grendel op te bergen, de instelling daarmee aansprakelijk is voor diefstal en vermissing. Daarop werd afgesproken dat cliënten

direct bij opname een sleutel van hun kast krijgen, of ze de borg nu kunnen voldoen of niet.

Letter en geest

Ook bij een andere instelling bleek het onder de aandacht brengen van de inspectienota vruchten af te werpen. Diefstal was daar al regelmatig voorgekomen. Ook had een cliënt bij de pvp gemeld dat bij gebrek aan veilige opbergmogelijkheid zijn toiletspullen door een medecliënt waren gebruikt. Een signaal van de pvp was het gevolg, verwijzend naar de nota. De reactie was positief: 'binnen twee weken komen er kasten!'

Toen de pvp ging kijken bleek dat de kasten in kwestie in feite kleine kluisjes waren, die bovendien in een gemeenschappelijke hal werden geplaatst. Iedere cliënt had zo wel een mogelijkheid om wat spullen op te bergen, maar veel was het niet. De pvp krom nogmaals in de pen, wederom de nota erbij halend. Met succes betoogde hij dat er weliswaar niet *letterlijk* staat dat de kast ook op de kamer van de cliënt moet staan, maar dat dat wel duidelijk de *strekking* van de regel is. De instelling gaf gehoor aan de oproep van de pvp en schafte voor iedere slaapkamer een afsluitbare hang- en legkast aan.

Zo zie je maar. Een oude nota kan nog heel nuttig zijn. En niet alleen de letterlijke tekst van wet- en



regelgeving geldt: de bedoeling van Inspectie of wetgever staat ook *tussen* de regels. Het is de kunst dat op goede en effectieve wijze naar voren te brengen als een instelling daarin iets heeft gemist. En dat kan een groot verschil maken voor het dagelijks welbevinden van opgenomen cliënten. En voor de veiligheid van hun spullen.

* Inspectie voor de GGZ, nota 'Rechtspositie van cliënten in psychiatrische ziekenhuizen', p. 21-22, art. 13.1

WW

Herziene uitgave brochures patiëntenrechten



De brochures over patiëntenrechten die de Stichting PVP uitgeeft, zijn in herziene druk verschenen. Reden voor de herziening waren een aantal wijzigingen in de wet- en regelgeving. De brochures zijn nu weer volledig actueel. Er zijn vijf brochures:

1. De gedwongen opname
2. Uw rechten
3. Klachten
4. Ontslag en Verlof
5. De voorwaardelijke machtiging

De belangrijkste wijzigingen staan in brochures 3 en 5. De brochures zijn voor cliënten te krijgen bij hun pvp of aan te vragen via de Helpdesk PVP: 0900-444 8888 of: helpdesk@pvp.nl
Instellingen kunnen de brochures bestellen bij TGO Uden: 0413-265554 of: info@tgo-uden.nl

WW

Wetsvoorstel zelfbinding aangenomen

Het wetsvoorstel zelfbinding (28 283) is door de Eerste Kamer – na eerder uitstel – “zonder stemming” aangenomen op 7 november jl. Een wetgevingstraject dat uiteindelijk meer dan vier jaar heeft geduurd, is hiermee afgerond. Bedoelde wetgeving introduceert in de Wet Bopz twee typen van zelfbinding. Eén vorm van zelfbinding heeft betrekking op opname, verblijf en behandeling. De andere variant betreft behandeling na voorafgaande gedwongen opname (krachtens een voorlopige machtiging of inbewaringstelling). Beide typen zijn gebaseerd op een zogeheten zelfbindingsverklaring. Deze verklaring beoogt om –kort gezegd– de patiënt in staat te stellen om te bewerkstelligen dat hij onder bepaalde, door hemzelf in wilsbekwame toestand te specificeren omstandigheden, in wilsonbekwame toestand onder dwang wordt opgenomen en/of behandeld, ook als dit (nog) niet noodzakelijk is om gevaar te voorkomen. In de volgende Pvp-krant zal nadere aandacht aan het onderwerp worden besteed, o.a. aan de rol van psychiaters en rechter, aan geldigheidsduren (van zelfbindingsverklaring c.q.-machtiging) en andere procedurele kwesties, en aan de mogelijke interne rechtsposities van personen met een zelfbindingsverklaring.



In vijf brochures geeft de Stichting PVP uitleg over uw rechten als cliënt in de GGZ. Brochure 5 heet *De voorwaardelijke machtiging* en zet de regels over deze relatief jonge machtiging overzichtelijk op een rij. Bijvoorbeeld:

Kan ik een voorwaardelijke machtiging beëindigen?

Nee, wél kunt u de behandelaar vragen een schriftelijke verklaring af te geven dat u niet langer lijdt aan een psychische stoornis of een gevaar vormt voor uzelf of uw omgeving. Met deze verklaring kan de voorwaardelijke machtiging niet langer tot een gedwongen opname leiden. Weigert uw behandelaar een dergelijke verklaring te geven, dan kunt u via de officier van justitie de rechter vragen hierover een beslissing te nemen.

Na de voorwaardelijke machtiging.

Wanneer de periode van de voorwaardelijke machtiging ten einde loopt – en het gaat beter met u – gebeurt er waarschijnlijk niets. De voorwaardelijke machtiging loopt gewoon af: u hoeft zich niet meer aan de voorwaarden te houden. U krijgt daarover een brief van uw behandelaar. De inspecteur voor de gezondheidszorg en de officier van justitie ontvangen een kopie van die brief.

Meer informatie over uw rechten, deze brochure en de andere brochures uit de serie zijn verkrijgbaar bij uw pvp.

21 Geboden

Wat doet een pvp wel, en wat niet? Hoe moet een pvp-in-functie zich gedragen? De taak en rol van de pvp staan nauwgezet beschreven in 21 weloverwogen bepalingen: de Gedragsregels PVP. In deze rubriek worden deze gedragsregels toegelicht en onder het vergrootglas van de praktijk gelegd.

De pvp en vertegenwoordigers

Gedragsregel 20 (III C 1): *De pvp benadert vertegenwoordigers van cliënten met respect. In beginsel treedt hij slechts na toestemming van de betreffende cliënt met hen in contact.*

Aan de eerste zin van deze regel hoef ik weinig woorden vuil te maken. Met wie een pvp ook spreekt, hij dient dat met respect te doen. Die tweede zin, daar gaat het om als pvp: de vertrouwelijkheid. Cliënten van de pvp moeten er altijd op kunnen vertrouwen dat de pvp echt vertrouwelijk werkt. Zonder toestemming geeft hij geen informatie aan instellingsmedewerkers, maar ook niet aan familieleden of andere vertegenwoordigers.

Moeder

Ik moet als ik deze regel lees denken aan de moeder die het niet eens is met de wijze waarop haar dochter van zeventien wordt behandeld en mij boos belt: "niemand besteedt aandacht aan haar. Ze ligt de hele dag angstig op bed. Daar moeten ze toch wat aan doen?" Ze vraagt mijn hulp bij deze klacht. Ze wil graag dat ik met haar meega naar de behandelaar om erover te praten. Maar ik moet haar, de gedragsregel indachtig, teleurstellen. Een klacht van een familielid mag ik niet in behandeling nemen. Ik kan wel naar haar verhaal luisteren. Welwillend en met respect. Maar ik kan pas wat gaan ondernemen wanneer haar dochter, de cliënt, dat zelf wil.

Dochter

Die middag spreek ik met de dochter. Zij blijkt geen problemen met de behandeling te hebben. "Een klacht, hoezo? Alles gaat prima," is haar reactie. "Mijn moeder moet zich niet overal mee bemoeien!" Mijn vraag of ik haar moeder hierover terug mag bellen, beantwoordt ze met "u moet maar doen wat u niet laten kan." Moeder is duidelijk teleurgesteld en spreekt haar twijfel uit over het nut van de pvp. Ik vertel haar dat ze wel zelf een gesprek met de behandelaar aan kan vragen. Daarbij vertel ik ook dat het niet zeker is dat hij wel met haar gaat spreken zonder toestemming van de dochter.

Vader

Ik vind het niet leuk om die moeder teleur te stellen. Toch vind ik het goed dat ik niet aan de slag ga met de klacht zonder toestemming van haar dochter. Ik kan met de gedragsregel goed uit de voeten. Nou ja, meestal dan. Het wordt lastig wanneer een dochter namens haar dementerende vader een klacht heeft over zijn verzorging. Volgens de gedragsregel moet ik eerst haar vader om zijn mening vragen. Maar de dochter zegt dat vader toch niet begrijpt wie ik ben en wat ik van hem wil. De gedragsregel biedt geen ruimte om met de klacht aan de slag te gaan. Strikt genomen kan ik dochter alleen maar doorverwijzen. Ik doe toch wat meer. Ik help met het opstellen van een klaagschrift. Ik ga niet zover dat ik ook meega naar de klachtencommissie. Maar ik zou het wel willen, in dit geval.

André de Mol, pvp-ervanger

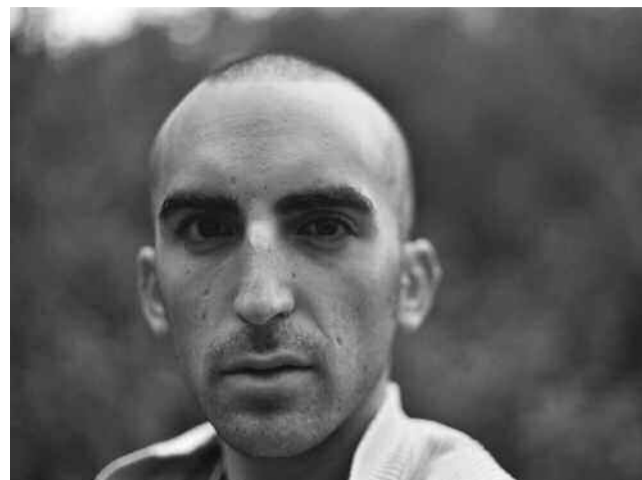
De pvp en instellingsmedewerkers

Gedragsregel 21 (III D 1): *De PVP benadert de instellingsmedewerkers met respect. Hij neemt in contacten met hen zijn onafhankelijkheidspositie in acht.*

Zo op het eerste gezicht lijkt hier sprake te zijn van twee regels: enerzijds dient de pvp de ziekenhuismedewerkers met respect tegemoet te treden, anderzijds dient hij altijd zijn onafhankelijkheid te waarborgen. Wat hiervan ook zij, ze zijn in ieder geval niet in tegenspraak met elkaar. Hoewel...juist deze ogenschijnlijke vanzelfsprekendheid kan tot onbewaakte ogenblikken leiden. En dat kan fnuikend zijn, zeg ik u.

Schuimbekken

Een cliënt heeft een klacht over het gedrag van een verpleegkundige. Hij legt deze klacht uiteindelijk voor aan de klachtencommissie en wordt volledig in het gelijk gesteld. Tot zover niets bijzonders. Een half jaar later doet zich op de afdeling een verjaardag voor en mijn cliënt wil samen met de verpleging iets leuks voor de jarige organiseren. Vervolgens krijgt hij van het team de boodschap dat ze "geen ruimte voelen" om dat



Cliënt probeert gesprek tussen pvp en teamleider te redden.

samen met hem te doen, omdat ze nog boos zijn vanwege die klacht. Boos en verdrietig.

Bij mij gebeuren er dan een paar dingen tegelijk: mijn broek zakt af, mijn nekharen gaan overeind staan en mijn klompen breken. Ik weet dat het op dat moment niet aan mij is om de telefoon te pakken en de eerste de beste medewerker te onderhouden over dit stuitende gebrek aan professionaliteit en respect. Al was het maar omdat ik al schuimbekkend toch niet te verstaan zou zijn. Beter is het om deze kwestie in alle rust te bespreken met het afdelingshoofd. Per slot is hij toch als cultuurdrager van de afdeling de aangewezen persoon om deze pietluttigheid bij zijn medewerkers met wortel en tak uit te roeien.

"Met u praat ik niet"

Het gesprek zou plaatsvinden op mijn kamer. Koffie en thee stonden klaar en volkomen ontspannen wachtten mijn cliënt en ik op de komst van het afdelingshoofd. Mocht er al een begin van spanning bij mijn cliënt voelbaar zijn, dan werd dat al bij voorbaat de kop ingedrukt door een ferm "dit wordt een eitje!" mijnerzijds.

Vanaf het eerste moment ging het mis. Het hoofd kwam binnen, ging zitten met zijn armen over elkaar en zei, mij strak aankijkend: "met u praat ik niet." Vanaf dat moment raakte ik verzeild in een van de meest bizarre driegesprekken die ik in mijn op dat punt toch rijkgeschakeerde loopbaan heb meegemaakt. Er ontspan zich tussen ons een onverkwikkelijk debat waarin wel of niet met de pvp praten en de inhoud van de klacht om de voorrang streden. Het zal u niet verbazen dat de moed mijn cliënt zienderogen in zijn schoenen zonk.

"O, maar dit wil ik niet. Jullie moeten niet boos zijn op elkaar. Hier kan ik echt niet tegen", riep hij tussen ons gekibbel door, en hij probeerde manmoedig te bemiddelen. De wereld op zijn kop: de cliënt probeert de ziekenhuismedewerker en de pvp 'on speaking terms' te krijgen.

Toen mij dat begon te dagen en het hoofd voor de zoveelste keer herhaalde dat hij niet met mij in gesprek wilde stond ik op en zei: "dan is daar het gat van de deur."

Zo.

Van die zin heb ik spijt. Maar van het beëindigen van het gesprek niet. We hebben het bijgelegd en ik troost me nu met de gedachte dat in ieder geval mijn onafhankelijkheid weer is opgepoetst!

Halling IJzerman, pvp in de regio Noord-Midden

De gedragsregels en toelichting daarop kunt u vinden op www.pvp.nl.

Colofon

Deze krant is een uitgave van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg. De Stichting PVP geeft advies, informatie en ondersteuning aan cliënten van de GGZ bij de handhaving van hun rechten.

Voor informatie over de Stichting PVP: Stichting PVP
F.C. Dondersstraat 9, 3572 JA Utrecht
tel 030-271 8353 fax 030-271 6256

Voor vragen en klachten over de GGZ: Helpdesk PVP 0900-444 8888
De pvp-krant verschijnt vier keer per jaar.

Oplage: 7800

Ontwerp en druk: TGO Uden

Aan deze krant werkten mee: Anda Verlinde André de Mol Caroliena van den Bos
Femke Welles Halling IJzerman Hanneke Bernsen
Jan-Willem van Drunick Martijn van Gool Nannie Flim
Ronald de Koster Sander Welie

Foto's: Arianne de Geus
Caroliena van den Bos
Mark de Vos
stockfoto's

Beeldredactie: Arianne de Geus

Eindredactie: Welmoet Wels

Tenzij anders vermeld, zijn namen van cliënten in deze krant gefingeerd.

Overname van artikelen en illustraties is uitsluitend toegestaan met bronvermelding.

ISSN 1380-1996

Reacties of ingezonden brieven kunt u sturen naar Stichting PVP, t.n.v. redactie pvp-krant, of naar redactiekrant@pvp.nl.

Stiekem bellen

Je kunt het je nauwelijks voorstellen, maar er is een tijd geweest dat e-mail en internet niet bestonden. Althans geen gemeengoed waren voor ons, gewone stervelingen. Vandaag de dag zijn deze verworvenheden zelfs in de binnenwereld van het bastion dat psychiatrie heet doorgedrongen. Een instituut dat toch lange tijd zijn identiteit en bestaansrecht deels ontleende aan het buiten houden van de boze buitenwereld met al zijn oncontroleerbare nieuwerwetsigheden.

Dit verhaal stamt nog uit die eerste tijd, toen mobieltjes nog niet bestonden en de telefoon voor menig patiënt de enige elektronische lijn naar die buitenwereld was. Vooropgesteld dat je toestemming had om van zo'n telefoon gebruik te maken natuurlijk. Want dat was geen vanzelfsprekendheid en een 'kamer met telefoon' behoorde niet tot de standaard verstrekkingen, in welke klasse je ook verpleegd werd.

In die binnenwereld moest Jonathan zich staande weten te houden. Een intellectueel gevoelsmens met bijpassende hobby's: muziek, literatuur, talen, wandelen en postzegels. Postzegels? Ja, postzegels. Dat waren zijn miniatuurvensters op de buitenwereld. Met een panoramisch uitzicht overigens, met de ganse aardbol als zijn domein. Al die gezichten en vergezichten op die luttele vierkante centimeters vertegenwoordigden een werkelijkheid waar Jonathan naar smachtte, maar die hij ook vreesde. Dat kan als je schizofreen bent. Ook als je dat niet bent trouwens.

Het verzamelen zelf was een hobby op zich. Om niet te zeggen een obsessie. Maar wel een prettige. De verzamelaars onder ons weten dat de begeerde objecten van onze verzamelwoede ons niet als gebraden duiven in de mond vliegen. Daar moet je wat voor doen. En het kost geld. Vaak veel geld. Jonathan had niet veel geld, maar hij was wel slim. Het geld ligt op straat, wist hij. Je hoeft alleen maar goed te zoeken. En dus zag je hem altijd licht voorovergebogen zijn gang gaan door de kliniek. In de centrale hal liep hij stevast naar de daar aanwezige automaat. Niet voor een blik cola, maar om in het wisselgeldbakje te speuren naar een achtergelaten munt. Om vervolgens hetzelfde ritueel te herhalen bij de telefooncel. Het was een reflex geworden.

Maar wat heb je aan geld als je niet naar buiten mag om het te besteden? Want hoewel hij geen vlieg kwaad deed, mocht Jonathan niet zomaar naar buiten. Dat werd streng gereguleerd, anders zou hij maar van alles gaan bestellen... Dus zocht hij zijn heil maar zo veel mogelijk binnen de kliniek. Mogelijkheden genoeg, maar je moet ze weten te vinden. Geduld moet je hebben. En een zekere charme.

"Goeiemiddag, hoe is het met u?" Om de hoek van mijn deur verschijnt het vriendelijk glimlachende gezicht van Jonathan. "Mag ik even binnen

komen?" Zijn glimlach verbreedt tot een van deemoed en ondeugd doortrokken grijns. Of hij even een belletje mag plegen. "Tuurlijk", roep ik joviaal. Het zal eigenlijk wel niet mogen, maar het is altijd fijn om iemand van dienst te zijn, vooral als je daarvoor de gedragsregels een beetje moet bijbuigen. Het nummer dat hij intoetst is nogal lang. Vervolgens hoor ik hoe Jonathan in vlekkeloos Engels een serie postzegels bestelt. "...Of the harbour of Shanghai...", vang ik op.

Goh, wat leuk.

Nadat we hebben afgesproken dat dit telefoontje valt onder de categorie 'eens maar nooit weer', gaat Jonathan blijgemoed en tevreden zijns weegs.

Maanden later belde hij me op en vroeg of ik langs kon komen. Jonathan mocht niet van de afdeling af. De kliniek was opgeschrikt door een merkwaardige stijging van de telefoonkosten. Al gauw wezen de vingers beschuldigend naar Jonathan. Hij ontkende in alle toonaarden. Hoe hij het flikte wist niemand, maar het stond voor iedereen vast dat hij de dader was. Al was het maar omdat aan de stijging abrupt een einde kwam vanaf het moment dat zijn vrijheid was ingetrokken. Bovendien had Jonathan in die periode post ontvangen van over de hele wereld. Juridisch natuurlijk een zwak verhaal, maar daar maalde men in die tijd nog niet om.

Na met de nodige *Sturm und Drang* hemel en aarde bewogen te hebben, mocht hij weer van de afdeling af. Zijn schulden werden ingelost en hij mocht zijn nieuw verworven verzameling behouden. Ziekenhuismedewerkers die betrappt werden op het open laten van hun deur werden naar ik meen zonder vorm van proces voorgedragen voor ontslag op staande voet. Ook dat was juridisch een zwak verhaal, maar daar ging ik niet over. Tot op de dag van vandaag heeft Jonathan zijn geheim hoe hij het toch 'flikte' om telkens postzegels te bestellen niet prijsgegeven. Hij zou het nu best kunnen doen. Het is toch verjaard. Ik zeg niks. Mijn geheimhouding kent geen verjaringstermijn.

We zijn nu jaren verder. Allebei, zoals je dat in het Engels zo mooi zegt, *sadder and wiser*. Maar rond elke jaarwisseling belt hij me thuis nog op, of hij stuurt een kaartje. Om me een goed Nieuwjaar te wensen en me nog eens te bedanken. Ook zijn dankbaarheid verjaart blijkbaar niet. Wie kan dat van zichzelf zeggen?

Als hij belt praat hij met zachte stem. Altijd vraag ik bezorgd of ik niet beter terug kan bellen, vanwege de kosten en zo. Dat kan niet, maar het hoeft ook niet. Hij belt toch gratis.

HIJ



In de volgende pvp-krant:

Juridisch:
uitbreiding Wet Bopz met zelfbinding

Werkgroep WESP:
top tien van meest gesignaleerde tekortomingen in instellingen, en hoe deze zaken het leven van alledag voor cliënten beïnvloeden

21 Geboden:
de pvp komt op voor de belangen van de cliënt zoals de cliënt die zelf ziet. Hoe werkt dit in de praktijk?

Missie & Visie:
de eerste etappe van de reis

En als gewoonlijk:
Signalen
(On)gegrond
Column

Het lentenummer van de pvp-krant verschijnt 19 maart 2007.