

# PVP *kraant*

2

Nieuwsbrief van  
de Stichting PVP

**Outsider art:  
psychiatrische kunst?**

**Derde evaluatie Wet Bopz**

**Jaarverslag 2006:**

**Jaaroverzicht**

**Cliëntwaardering**

**Juridische ondersteuning**

**Werkgroep WESP**

**En verder**

**In de praktijk**

**Rechtspraak**



Anne Hoog Stoevenbeld, acryl op doek, 2006

17e jaargang nummer 2, zomer 2007

*"De medicijnen hadden een slechte uitwerking op mijn gedrag, op gevoelens en denkvermogen. Ik sloot mij af en had nergens plezier in. Ik kon mij niet concentreren en was snel aangebrand. De behandelaars zagen dit als deel van mijn problematiek. (...) Mijn behandelaar sprak toen over een permanent verblijf op het ziekenhuisterrein. Ik vroeg mijn vriend vaak: 'wat gebeurt er toch met mij? Wat zijn psychiatrische ziekten toch erg!'" (Verhaal cliënt, p. 8)*



# PVP *kraant*

## Geachte lezer,

De Stichting PVP brengt dit jaar voor het eerst een apart jaarverslag uit. Hierin geven we een totaalbeeld van de activiteiten van de stichting en leggen verantwoording af over ons werk. Graag willen wij ook u, onze lezer, informeren over de doelen en behaalde



resultaten van de Stichting PVP. Daarom vindt u in dit zomernummer van de pvp-krant een beknopte versie van dat jaarverslag: een overzicht van de activiteiten van de Stichting PVP het afgelopen jaar.

Voor de Stichting PVP is er in 2006 veel veranderd. Er trad een nieuwe directeur aan. Er hebben enkele bestuurlijke wijzigingen plaatsgevonden. Een missie-visietraject is in gang gezet om opnieuw te formuleren waar we voor staan en wat we willen met het vertrouwenswerk in de toekomst. De wereld, Nederland en de psychiatrie veranderen – hoe gaat de dienstverlening van vertrouwenswerk aan cliënten verder? In de recente pvp-kranten heeft u kunnen lezen hoe dit missie-visieproces tot nu toe verloopt. Ook in dit nummer houden wij u daarvan op de hoogte (p.6).

Belangrijk was tevens de start van ons jubileum. De Stichting PVP bestaat 25 jaar en dat gaan we dit najaar vieren met een groot congres.

In het jaarverslag-deel leest u verder ook over de

werkgroep WESP, vindt u de cijfermatige interpretatie van het vertrouwenswerk, en wordt inzage verschaft in de tevredenheid van onze cliënten over onze dienstverlening.

Maar deze krant behelst nog meer. U treft een uiteenzetting van de derde evaluatie van de Wet Bopz en bespreking van twee uitspraken van de Hoge Raad. Signalen en klachtzittingen komen aan bod. Op pagina 8 vertelt een cliënte in haar eigen woorden hoe zij zich ondanks jarenlange behandeling niet voelt geholpen.

Ik nodig u van harte uit tot lezen.

Welmoet Wels, eindredacteur pvp-krant

Wet Bopz op de schop?

## Andere regeling voor psychiatrische zorg en dwang gewenst

De Wet Bopz is voor de derde keer geëvalueerd. Een breed samengestelde commissie komt tot de conclusie dat de huidige wet niet toekomstbestendig is. De commissie geeft een aanzet voor een nieuwe regeling.

De Wet Bopz is nu dertien jaar oud. Recentelijk is de derde periodieke evaluatie van deze wet afgerond. Op 25 mei jongstleden hebben de ministers van VWS en Justitie het evaluatierapport mogen ontvangen. Voor de korte termijn oordeelt de evaluatiecommissie dat de wet op punten moet worden aangepast. Maar belangrijker is dat de commissie eigenlijk een geheel nieuwe regeling wil. De Wet Bopz is te ingewikkeld en primair gericht op opname en intramurale zorg. En verschillende "actoren" – zoals de officier van justitie en de inspectie – doen niet wat er van ze verwacht wordt.

### Uitgangspunten nieuwe regeling

De evaluatiecommissie formuleert in het rapport negentien uitgangspunten voor een toekomstbestendige regeling. Enkele belangrijke punten zijn de volgende:

*De nieuwe regeling biedt ruimte voor gedwongen zorg, variërend van kortdurende ambulante behandeling, gedwongen opname en behandeling tot langdurig verblijf met eventueel een hoog beveiligingsniveau.*



Eigen voorkeur patiënt zal wezenlijke rol moeten spelen

*De regeling biedt een adequaat niveau van rechtsbescherming, waarbij rechterlijke toetsing vooraf het uitgangspunt is bij ingrijpende beslissingen zoals gedwongen opname en dwangbehandeling.*

*Het gevaarscriterium blijft gehandhaafd als criterium voor gedwongen zorg. Het ultimatum-remedium-beginsel en de beginselen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit worden in de regeling verankerd.*

*De eigen voorkeur van de patiënt zal een wezenlijke rol moeten spelen.*

*Wilsbekwaam verzet tegen behandeling moet worden gehonoreerd.*

*De nieuwe regeling moet gebaseerd zijn op het principe van wederkerigheid. Dit houdt in dat aan het recht van de overheid om gedwongen zorg toe te passen ook een heldere reeks verplichtingen wordt gekoppeld voor hulpverlenende instanties en de overheid om goede nazorg te bieden.*

### Commissie psychiatrische zorg

Naast deze uitgangspunten brengt de evaluatiecommissie een nieuwe actor ten tonele: de commissie psychiatrische zorg. Deze commissie neemt voor een groot deel de huidige Bopz-taken over van de officier van justitie, de inspectie en de geneesheer-directeur. De commissie bestaat uit een psychiater, een jurist en iemand die vanuit patiënten-, familie- en maatschappelijk perspectief deskundig is. Deze nieuwe commissie zou een vijftal taken moeten krijgen:

- inhoudelijk en procedureel voorbereiden van de rechterlijke beslissing;
- toezicht houden op de toepassing van gedwongen zorg;
- beslissen over de beëindiging van gedwongen zorg;
- bewaken van de nazorg na beëindiging van de gedwongen zorg;
- advisering van het openbaar ministerie bij de keuze tussen straf en zorg.

### Enkele hoofdlijnen

De commissie psychiatrische zorg komt in beeld als behandeling op basis van vrijwilligheid niet mogelijk (b)lijkt. De commissie buigt zich dan over de vraag of gedwongen zorg nodig is. Luidt het oordeel bevestigend, dan wordt de rechter verzocht een machtiging te verlenen. Die machtiging heeft geen algemene werking, maar legitimeert met name genoemde interventies. De interventies

## Ondraaglijke hitte

**Tijdens de zomer van 2006 hield het zeer mooie en warme weer een aantal weken aan. Een groepje cliënten nam contact op met de pvp omdat de hitte hun behandeling op een negatieve manier doorkruiste. In de slaapkamers op de bovenste etage van het gebouw onder een plat dak bleef het ook 's nachts nog heel warm. De cliënten sliepen daardoor slecht en kwamen nachtrust tekort. De groepstherapieën werden afgelast omdat het in het therapiegebouw te warm was.**

**Een paar keer had de instelling de cliënten naar de bioscoop en het zwembad gestuurd, zodat ze even van de hitte in het gebouw verlost waren. De cliënten beklagden zich erover dat de accommodatie niet op dit soort weersomstandigheden was berekend; en hun behandeling daardoor in het honderd liep. Ze wilden een structurele oplossing voor de situatie.**

**De pvp nam contact op met het afdelingshoofd en de afdelingsmanager, die wel begrip hadden voor de situatie (het zweet parelde hen ook op het voorhoofd) maar geen structurele oplossing voor het probleem konden bieden. Ze hadden geprobeerd ventilatoren te krijgen. Maar door de aanhoudende de hitte was er een enorme run op die dingen. De leverancier had van de 40 bestelde ventilatoren er maar 25 kunnen leveren. Bovendien werden deze ventilatoren gebruikt door het kantoorpersoneel en de behandelaren. De pvp drong flink aan op ventilatoren voor de cliënten. Daarnaast suggereerde de pvp dat vooruitlopend op een extra levering de ventilatoren van de behandelaren na werktijd misschien door de cliënten gebruikt zouden kunnen worden. Het afdelingshoofd beloofde zijn best doen om het aantal ventilatoren aan te vullen dan wel de reeds aanwezige apparaten zo effectief mogelijk te gebruiken. Daarnaast, bedacht hij creatief, zou hij tijdens de hittegolf regelmatig het platte dak van de afdeling laten natspuiten. Alles bij elkaar werd het zo toch nog draaglijk.**

NdV

kunnen betrekking hebben op ondersteunende zorg die de patiënt moet gedogen (huishoudelijke hulp, activerende begeleiding), behandeling (medicatie, deelname aan therapieën) en beveiliging (controlemaatregelen, opneming). Als opneming niet onmiddellijk nodig is, kan de rechter aangeven of, en zo ja in welke situatie, de machtiging tevens tot opneming kan strekken.

### Bob Z

De Wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen, kortweg Wet Bopz, is inmiddels dertien jaar oud en redelijk ingeburgerd. Toch is de naam nog niet bij iedereen bekend. Bijvoorbeeld niet bij de heer King. Deze keurige heer belde de pvp. Hij had een brief gekregen dat hij opgenomen moest gaan worden wegens een geestesstoornis. Volkomen onzin. Of de pvp die persoon Bob even kon bellen dat het niet nodig was? 'Welke Bob?' vroeg de pvp. 'Wel', zei de heer King, "die Bob die de brief gestuurd heeft. Bob Z."

WW/RH

Duidelijk moet zijn welke interventies na opneming mogelijk zijn en de omstandigheden waaronder deze kunnen plaatsvinden. De commissie psychiatrische zorg beslist vervolgens over eventuele beëindiging van dwang en ziet daarbij toe op passende nazorg, waaronder begrepen het voorzien in woonruimte en middelen van bestaan.

### Hoe verder?

Een wet is niet zomaar gewijzigd. Het maken van een heel nieuwe regeling kost in de regel extra veel tijd. De Wet Bopz kende zelfs een parlementaire behandeling van ruim twintig jaar. Het zal dan ook nog wel even duren voordat er een nieuwe wet voor gedwongen zorg is. Een eerste stap in het lange traject is het formuleren van een kabinetsstandpunt op het evaluatierapport. De ministers van VWS en Justitie hebben aangegeven enige spoed te betrachten; het kabinetsstandpunt wordt in het najaar verwacht.

### Nadere informatie

Het evaluatierapport Voortschrijdende inzichten is te vinden op de website van het ministerie van VWS: <http://www.minvws.nl/rapporten/cz/2007/evaluatie-wet-bopz.asp>. De evaluatiecommissie heeft zich gebaseerd op onderzoeken die zijn uitgevoerd door een consortium van Prismant, de Vrije Universiteit Amsterdam en de Universiteit Maastricht. De onderzoeksrapportages zijn ook op de genoemde website te vinden.

WW

IN DE PRAKTIJK

## Angst voor de separeer

**Dwang houdt per definitie in dat men iets met je doet, wat je niet wil. Juist daarom is het zo ingrijpend. Max heeft dit al vele malen ervaren. Hij vertelt erover.**

**"Ik zit in de separeer. Waarom weet ik niet. Ineens waren ze er, die lui van de verpleging. Een heleboel tegelijk. Er is eigenlijk niet veel gebeurd. Ik liep wat te balen en te mopperen op de afdeling omdat ik gedwongen hier moet zijn. Ze hebben me van huis gehaald, met de ambulance. De hele buurt kon het zien. Toen ik hier kwam werd ik bang. Bang dat ik weer de separeer in zou moeten. Dat had ik al eens eerder meegemaakt. Ik was dat nooit vergeten. Angst. Toen kwam de verpleging. Ik werd agressief. Ik was bang, boos en wilde niet en zij waren met zoveel.**

**De ruimte is hard, het bed is hard, de kleding is hard, het laken is hard.... Wie laat me hier uit? Wanneer? Wat moet ik doen om hier weg te komen? Ik zie de klok, de bel, een schoolbord met krijtje, een kartonnen po. Ik voel me machteloos, afhankelijk van een behandelaar die ik niet ken en van de verpleging die me hierin smeet. Als ik bel, komen ze dan wel? Waarom word ik gestraft? En dan het depot. Elke twee weken een spuit in mijn bil. Schaamte om de spuit, schaamte om de plek. Boosheid om het prikken in mijn lijf. Ik had een goede baan in de maatschappij. Daar hoor ik niemand over. Ik voel alleen vernedering."**

LP

## Stand van zaken wetswijzigingen Bopz

### Zelfbinding, voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling

Enkele belangrijke wijzigingen van de Wet Bopz staan op stapel. Ten eerste de regeling van zelfbinding die inmiddels deel van de wet is, maar nog niet in werking is getreden. Waarschijnlijk gaat deze regeling dit najaar van start. (Zie voor meer over deze wetswijziging pvp-krant 1-2007, p. 2-3.)

Dan is er nog het wetsvoorstel tot wijziging van de regeling van de voorwaardelijke machtiging en de regeling van dwangbehandeling. Het wetsvoorstel is door de Tweede Kamer aanvaard en ligt momenteel bij Eerste Kamer. Of een wetsvoorstel de eindstreep haalt is nooit zeker, laat staan dat er al een indicatie is te geven over een datum van inwerkingtreding. (Zie voor meer over deze wetswijziging pvp-krant 2-2006, p. 9, en pvp-krant 1-2007, p. 6.)

## Stichting PVP publiceert twee wetenschappelijke onderzoeken

De eerste twee wetenschappelijke onderzoeken van de Stichting PVP zijn in artikelvorm gepubliceerd. Onderzocht is de mening van patiënten over dwangmiddelen. De twee onderzoeken zijn uitgevoerd met medewerking van 21 pvp'en die in 31 instellingen werkzaam zijn. Dit is de eerste keer dat de Stichting PVP wetenschappelijk onderzoek heeft verricht. De stichting wil hiermee bijdragen aan de maatschappelijke discussie over dwang vanuit patiëntenperspectief.

Het artikel is verschenen in het Maandblad Geestelijke volksgezondheid, juni 2007. Auteurs zijn drs. Femke Welles, hoofd patiëntenvertrouwenspersoon en mr. drs. Ton-Peter Widdershoven, senior jurist bij de Stichting PVP. Femke Welles verrichtte de onderzoeken onder begeleiding van dr. M. Appels, docent aan de Universiteit van Utrecht.

In het eerste onderzoek werd 313 patiënten gevraagd naar hun mening over de ingrijpendheid van dwangmiddelen. Patiënten die beide hadden meegemaakt, vonden dwangmedicatie vaker ingrijpender dan dwangseparatie.

Het tweede onderzoek ging dieper in op de beleving van patiënten van de dwang. Dwangmiddelen riepen veel dezelfde emotionele reacties op, zoals angst, woede en depressie. Veel patiënten gaven aan zeker geworden te zijn van de dwang. Ook bleek men tot jaren na de dwangtoepassing last te houden van de gevolgen.

## Website in nieuwe jas

De website van de Stichting PVP is in het nieuw gestoken. Het oude okergeel heeft plaatsgemaakt voor golvend zachtgroen. Daarnaast is ook de informatie aanzienlijk toegankelijker gemaakt. Op de website vindt u onder meer juridische informatie, cijfermatige gegevens over het vertrouwenswerk, de pvp-kranten en een jongerenpagina. Het webadres is [www.pvp.nl](http://www.pvp.nl).

## Nieuwe pvp'en in opleiding aangenomen

De Stichting PVP heeft acht nieuwe medewerkers aangenomen. Deze pvp'en in opleiding (pio's) beginnen in september met hun opleidingsjaar tot pvp. In dat jaar krijgen ze naast hun werk in de instellingen juridische scholing en diverse trainingen. Een ervaren pvp treedt op als mentor voor de pvp'en in opleiding. De nieuwe medewerkers worden ingezet in de regio's Rijnmond, Ermelo, Groningen, Zuid-Holland, Amsterdam en West- en Midden-Brabant. De laatste pio van het afgelopen opleidingsjaar is inmiddels pio-af en mag zich pvp noemen.

WW



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](mailto:helpdesk@pvp.nl)  
Voor meer informatie: [www.pvp.nl](http://www.pvp.nl)



PVP Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg

NIEUWS

## 'Outsider art' – kunst door niet-kunstenaars

Kunstenaars zonder officieel diploma van een kunstacademie, die zich niet laten inspireren door voorgangers of tijdgenoten. Die niet uit zijn op een effect bij de toeschouwer. Intuïtieve kunst. Geen stilistische trend of stroming. Een aparte vorm van kunst, zo anders van aard dat hij door sommigen niet eens als kunst wordt beschouwd.

Belangstelling voor de creatieve uitingen van verstandelijk gehandicapten en van psychiatrische patiënten ontstond in Europa in de 20ste eeuw. De Franse beeldend kunstenaar Dubuffet interesseerde zich voor werken van mensen die verbleven in psychiatrische ziekenhuizen en gebruikte voor hun werk de term 'art brut'. De in Nederland gebruikte term ervoor is het Engelse 'outsider art'. Outsider art is geen stilistische trend en vooral geen stroming zoals we die kennen bij de officiële kunst. De makers worden erbij ingedeeld op grond van hun sociologische en psychologische factoren. De zogeheten 'outsiders' staan, zeggen sommigen, buiten de officiële kunst. Zij maken geen zelfgeformuleerde uitgangspunten of manifesten. Overeenkomsten tussen hun werk berusten op toeval.

De vraag achter de vraag of outsider kunst échte kunst is, is wáár de creatieve bron bij de mens zit. Ontspringt hij uit de ziekte, of juist niet? Schildert de kunstenaar vanuit een stoornis, of maakt hij zijn werk ondanks de stoornis? Beïnvloed medicatiegebruik het aanboren van inspiratie, of is het alleen de concentratie die erdoor benadeeld wordt? Onoplosbare vragen, waar verschillende meningen over bestaan. Sommigen vinden outsiders geen kunstenaars; anderen beginnen musea voor outsider art of zijn verwoed verzamelaars.

Bron: Jannemiek Tukker,  
[www.jannemiektukker.nl](http://www.jannemiektukker.nl)



Anne Hoog Stoevenbeld bij één van haar werken

kunstacademie te gaan en werd zowel in Arnhem als Kampen aangenomen. Het werd Kampen. Ze had het prima naar haar zin en kreeg goede beoordelingen.

Na een klein jaar werd ze ziek. Ze werd opgenomen op de Paaz. Uiteindelijk resulteerde dat in een jarenlange opname in diverse psychiatrische instellingen; de opleiding heeft ze nooit af kunnen maken. Anne bevestigt dat medicijnen en ziekteverschijnselen grote invloed hebben op haar productiviteit. "Medicatie vlak je gevoelsleven af en veroorzaakt een gebrek aan concentratie. Vooral anti-psychotica en in mindere mate ook anti-depressiva. Maar daarnaast speelt mijn ziektebeeld een rol. Ik neig ernaar negatief te zijn over mijn werk en soms, zoals nu, heb ik last van de-realisatie. Ze zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, ziekte, medicatie en creativiteit. De afgelopen twee jaar heb ik daardoor weinig gemaakt. Mijn staat van zijn belemmert me om te schilderen of een cursus te volgen."

"Ik herken mezelf niet echt in de term 'outsiderkunst'. Een bedachte term. Stigmatiserend ook. Leuk hoor, psychiatrische patiënten die schilderen. Maar dat wordt niet serieus genomen. Ik heb wel geprobeerd contact te leggen met galerieën. Maar ze vragen, nog voor ze je werk hebben gezien, naar het diploma kunstacademie. Dat frustrert me wel. Ik zou mezelf wel beeldend kunstenaar willen noemen, maar dat kan niet. Dan zou ik aan de weg moeten timmeren, een diploma moeten halen, en dat zit er niet in". Het schilderij 'hoofd met schelp' van Anne op de voorpagina van deze pvp-krant is van recente datum. Het beeld is duidelijk: hersenen in de vorm van een fossiele schelp. "Het hoofd ontstond spontaan tijdens het schilderen van de schelp," aldus Anne.

Meer weten over Anne's werk? Stuur dan een e-mail naar: [annedeco@home.nl](mailto:annedeco@home.nl).

AdG



### Kunst met medicijnen – kan dat?

Anne Hoog Stoevenbeld (1967) tekent en schildert al zo'n beetje haar hele leven. Toch mag ze zich officieel geen kunstenaar noemen. Door haar borderline stoornis heeft ze de kunstacademie nooit afgemaakt. Ze besloot na de deco-vakschool in Almelo naar de

## Klimaatverandering

Wanneer een pvp in een instelling een structurele tekortkoming aantreft, kan de pvp hierover een signaal afgeven. Dit middel blijkt veelal effectief en zorgt ervoor dat tekortkomingen die (grote) groepen patiënten treffen deels of geheel worden weggenomen.

### Achter glas word je niet bruin

Nu het zomerweer volop aanwezig is en de temperaturen omhoog schieten, verdient de positie van patiënten op gesloten units de zorg van de pvp. Regelmatig komt het voor dat de pvp aandacht vraagt voor de geringe mogelijkheid om buiten te kunnen zitten. De afdeling is gesloten en patiënten mogen slechts onder verpleegkundige begeleiding in de afgeschermden tuin komen, als die er al is.

Soms mogen patiënten niet naar buiten tijdens therapietijden, ook als zij niet aan de therapie mee (willen) doen.

Dan is er nog de hitte. Niet elke afdeling kent goede zonwering. Airco op de afdeling is vrijwel nergens aanwezig; soms alleen op het verpleegkantoor. Ook zijn er afdelingen waarbij de ramen niet helemaal of helemaal niet open kunnen, omdat de ligging zo hoog in een gebouw is dat dit als gevaarlijk wordt gezien.

Een signaal kan de situatie op de afdeling op klimatologisch punt meestal niet drastisch veranderen, maar brengt de positie van de patiënt nadrukkelijk onder de aandacht van de medewerkers en zorgt in die zin indirect voor verbetering van de positie van de patiënt. De verpleging let er daarna op of mensen wel de kans krijgen naar buiten te gaan, vraagt de technische dienst zonwerende folie op

de ramen aan te brengen, dat soort dingen. Kleine oplossingen maar een groot verschil.

### Teveel buitenlucht is ook niet ideaal

In een bepaalde instelling voor verslavingszorg worden regelmatig goede resultaten bereikt door de cliënten. Er komt pas een probleem om de hoek kijken als ze zodanig zijn hersteld dat ontslag een logische stap zou zijn. Door gebrek aan woonruimte betekent ontslag feitelijk een terugkeer naar het leven op de straat – inclusief alle verleidingen van middelengebruik en risico's van terugval. Cliënten proberen via de pvp hun opname te verlengen, ook al is men feitelijk klaar met de behandeling. Het valt de pvp op dat diverse cliënten bij hem komen met dezelfde klacht: ontslag, maar geen onderdak en daarmee groter risico op terugval. De pvp kaart de kwestie aan bij de leiding van de instelling en verzoekt hen tevens te kijken of er een passende verblijfplaats voor deze cliënten kan worden gecreëerd, waarin middelengebruik in de gaten kan worden gehouden. De leiding van de instelling onderschrijft het probleem en is op dit moment bezig te onderzoeken of dit verzoek te realiseren valt.

RdK



## Twee uitspraken Hoge Raad

In deze rubriek komen twee uitspraken van de Hoge Raad aan bod. In de eerste uitspraak wordt op grond van Europese normering het wettelijk bereik van de observatiemachtiging ingeperkt. De tweede uitspraak specificeert de aard van het Bopz-klachtrecht in de fase voor de rechter, ex art. 41a van genoemde wet.

### Voldoende zekerheid over aanwezigheid geestesstoornis vereist voor observatiemachtiging

Een mevrouw gaat in cassatieberoep tegen een ten aanzien van haarzelf verleende observatiemachtiging. Betoogd wordt dat het wettelijk criterium van art. 14h lid 1 van de Wet Bopz in strijd is met art. 5 (lid 1 aanhef en onder e) van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Volgens het genoemde criterium van de Wet Bopz kan een observatiemachtiging verleend worden "indien het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken". Volgens deze wettekst, die spreekt van "vermoeden", hoeft dus noch het bestaan van de stoornis, noch het gevaar voor betrokkene, noch het oorzakelijk verband tussen beide met zekerheid vast te staan. De opneming op grond van een observatiemachtiging is juist mede bedoeld om te onderzoeken of van een dergelijke stoornis sprake is. In het EVRM is echter een striktere norm te vinden: afgezien van spoedeisende situaties of gevallen waarin betrokkene wegens diens gewelddadige gedrag is gedetineerd, zou art. 5 EVRM detentie slechts toelaten van hen die daadwerkelijk geestesziek zijn. Voortbouwend op rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens oordeelt de Hoge Raad dat vrijheidsbeneming van geesteszieken in beginsel alleen toelaatbaar is wanneer daaraan voorafgaand op deugdelijke wijze is aangetoond dat de betrokkene geestesziek is. Dit betekent dat uit de overgelegde geneeskundige verklaring met voldoende zekerheid moet kunnen worden opgemaakt dat de patiënt lijdt aan een stoornis van de geestvermogens. Wat betreft de omstandigheid dat deze stoornis de betrokkene gevaar doet veroorzaken, volstaat wel een ernstig vermoeden. In het voorliggende geval voldoet de geneeskundige verklaring over mevrouw aan bedoeld vereiste: daarin blijkt dat er sprake is van een paranoïde waanstoornis in het kader van schizofrenie. Het gevoerde betoog kan haar daarom niet baten (HR 15-12-2006, <<BJ>> 2007/2, m.nt. W. Dijkers). Dijkers merkt in zijn annotatie op dat de Hoge Raad met deze beschikking het toepassingsgebied van de observatiemachtiging zeer aanzienlijk heeft beperkt. Bij onzekerheid over het bestaan van een stoornis is onvrijwillige observatie niet aan de orde. Een "ernstig vermoeden" is enkel voldoende ten aanzien van gevaar en het causaal verband. De annotator ziet wel ruimte voor een observatiemachtiging als reeds vaststaat dat er een geestesstoornis is, maar de vraag welke het betreft, nog beantwoord moet worden. Men kan zich afvragen of zekerheid over de aanwezigheid van een geestesstoornis denkbaar is zonder kennis van de aard daarvan. Overigens besteedt Dijkers ook aandacht aan het (niet-)horen van betrokkene, dat in de beschikking eveneens een rol speelt.

**Kort** De Hoge Raad oordeelt dat er voor het verlenen van een observatiemachtiging voldoende zekerheid moet zijn dat de betrokken patiënt een geestesstoornis heeft. Alleen een vermoeden van een dergelijke stoornis is niet genoeg.

### Onderwerp van toetsing door rechtbank in procedure ex art. 41 e.v. Wet Bopz

Een patiënt verblijft onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis en wordt daar geconfronteerd met een besluit tot dwangbehandeling. Op de dag dat deze dwangbehandeling begint, dient betrokkene ex art. 41 Wet Bopz een klacht in bij de klachtencommissie.

De commissie verklaart de klacht ongegrond, waarna betrokkene op grond van art. 41a Bopz aan de rechtbank verzoekt de klacht alsnog gegrond te verklaren. De rechtbank vraagt zich af wat ze precies moet toetsen, te weten 1) de beslissing tot toepassing van dwangbehandeling, genomen door de voor de behandeling verantwoordelijke persoon, 2) de klacht die bij de klachtencommissie is ingediend, 3) de beslissing van de klachtencommissie, of 4) de rechtmatigheid van de dwangbehandeling (zie <<BJ>> 2006/41). Ofschoon de rechtbank zelf zou kiezen voor dat eerste, meent zij haar beoordeling toch te moeten richten op de rechtmatigheid van het toepassen der dwangbehandeling op het moment van haar beslissing. Dit standpunt baseert de rechtbank op rechtspraak die de Hoge Raad heeft ontwikkeld ten aanzien van verzoek tot ontslag en conversie van een voorwaardelijke machtiging. Aangezien de rechtbank gevaar aanwezig acht dat de dwangbehandeling rechtvaardigt, wijst ook zij het verzoek af.

Hierop legt betrokkene de zaak voor aan de Hoge Raad. Deze oordeelt, anders dan de rechtbank, ten eerste dat het gaat om de in volle omvang te onderzoeken vraag of, beoordeeld naar de ten tijde van de beslissing tot dwangbehandeling geldende omstandigheden ("ex tunc"), die behandeling volstrekt noodzakelijk was. Verder dient volgens de Hoge Raad de rechtbank eventueel, als de patiënt kenbaar maakt bezwaar te hebben tegen de voortzetting van de dwangbehandeling, tevens in volle omvang te onderzoeken in hoeverre deze voortzetting in het licht van de actuele omstandigheden ("ex nunc") nog noodzakelijk is. Dat

laatste geldt alleen indien in de toetsing ex tunc wordt geconcludeerd tot rechtmatigheid (HR 16-3-2007, <<BJ>> 2007/14, m.nt. H.E. Bröring).

In zijn noot wijst Bröring erop dat een ongelukkige consequentie van de beschikking der rechtbank was dat de aansluiting met een schadevergoedingsverzoek ex art. 41b Bopz werd doorbroken. Zo'n verzoek vergt immers een toetsing ex tunc van de beslissing van de voor de behandeling verantwoordelijke persoon. Nu de Hoge Raad het voorwerp van geschil bij de klachtrechtelijke procedure voor de rechtbank in de hierboven beschreven ruime zin heeft bepaald, is de bedoelde aansluiting hersteld. Wel blijft het onduidelijk waarom de Hoge Raad met betrekking tot dwangbehandeling opteert voor een combinatie van ex tunc-en ex nunc-toetsing, terwijl hij in ontslag-en conversiezaken uitsluitend het ex nunc-spoor bewandelt.

**Kort** De Hoge Raad oordeelt dat een rechtbank bij een klacht tegen een dwangbehandeling de volgende zaken moet toetsen: ten eerste, of oorspronkelijk terecht tot dwangbehandeling was beslist; en -zo ja- ten tweede, of ten tijde van de rechtszitting voortzetting van de dwangbehandeling nog noodzakelijk is. Er dient derhalve door de rechtbank gekeken te worden naar de vroegere én eventueel naar de huidige situatie.

SW

## Ton Stoop verlaat Stichting PVP

Beste Ton,

Na 23 jaar heb je besloten de Stichting PVP te verlaten. Begonnen als pvp, vervolgens pvp-begeleider geworden, toen werkbegeleider, en geëindigd als leidinggevende van de pvp'en in regio Noord.

De laatste weken bij de Stichting was je bezig om je werkplek letterlijk te ontmantelen.

In je computer zat nog de informatie van de eerste directeur. In je dossierkast zaten nog de verslagen van de eerste vergaderdagen van de eerste pvp'en.

Je was een leidinggevende met een grote kennis van alles wat met de Stichting PVP samenhangt.

Het 'lopend archief' werd je soms genoemd. Uiterst efficiënt pakte je bepaalde werkzaamheden op om vervolgens vasthoudend en vastberaden iedereen mee te nemen door ingewikkelde processen.

Tijdens het missie/visietraject ontloopte jij je als iemand die heel objectief kan kijken naar een enorme veelheid aan informatie. Je was erg enthousiast over het proces en zeer punctueel waar het gaat om het nakomen van afspraken.

En nu ga je weg. Je wilt je verdiepen in een nieuwe uitdaging. Als onderzoeker wil je je vastbijten in thema's die dicht liggen bij de werkzaamheden van de Stichting PVP. Je passie voor het patiëntenperspectief kun je ook daar aanwenden, maar nu vanuit een nieuwe positie. Je zult regelmatig gemist worden bij de Stichting PVP - vanwege alles hierboven, maar ook vanwege je relativeringsvermogen en kritische blik op het functioneren van de stichting als geheel.

Van harte gunt de Stichting PVP je nieuwe uitdagingen in je nieuwe baan.

Nannie Flim, directeur/bestuurder



## De verschillende functies van de pvp

Vorig jaar zomer sloten een drietal oude, gehorige afdelingen. De cliënten verhuisden naar prachtige ruime nieuwbouw. Veel eenpersoons HAT-woningen kwamen voor de oude afdelingen in de plaats. De bewoners kregen een slaapkamer ("groter dan de hele ruimte die ik hiervoor had", zei een tevreden cliënt), een woonkamer met keuken, een fonkelnieuwe eigen badkamer: kortom, het was geweldig. Voorheen hadden deze mensen veel gemopperd bij de pvp over de oude afdelingen, en nu wilden ze graag hun mooie behuizing laten zien. Meteen na de zomervakantie werd de pvp bij verschillende cliënten uitgenodigd om te komen kijken. Trots waren ze, blij, onwennig met de grote ruimte (de één had meer talent om er iets gezelligs van te maken dan de ander). Later sloeg bij een enkeling ook wel de eenzaamheid toe. En die belde dan soms ook weer de pvp. Zo zie je maar. Waar je als pvp allemaal niet goed voor kunt zijn. Gemopper aanhoren, ondersteunen bij klachten, meedelen in vreugde en oplossingen verzinnen tegen eenzaamheid.

CN

AFSCHIED  
TON STOOP

IN DE PRAKTIJK

## De toekomst van de Stichting PVP

### De vraag

Is er in de toekomst nog behoefte aan het werk van een patiëntenvertrouwenspersoon binnen de geestelijke gezondheidszorg en andere zorgsectoren? Zo ja, zijn er dan aanpassingen gewenst? Zo nee, hoe borg je dan het deskundig verlenen van bijstand en advies aan patiënten?

Deze vragen heeft de Stichting PVP voorgelegd aan cliënten en cliëntenorganisaties, aan zorgaanbieders uit de geestelijke gezondheidszorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de verpleeg- en verzorgingshuis sector, aan de inspectie, aan de Nederlandse zorgautoriteit en aan een aantal deskundigen.

### Het antwoord

In de vorige krant lieten we al weten wat het antwoord is: ja, er is in de toekomst behoefte aan patiëntenvertrouwenspersonen binnen de geestelijke gezondheidszorg en ook binnen andere zorgsectoren. De onafhankelijke positie van de patiëntenvertrouwenspersoon wordt daarbij belangrijk gevonden, alsook de keus om aan de kant van de patiënt te staan, zeker wanneer het om dwang & drang gaat. Hierover zijn alle partijen het eens.

Wel moet er meer samengewerkt worden met cliëntenorganisaties en cliëntenraden en moet kennis die voortkomt uit het vertrouwenswerk

meer gedeeld worden met zorgaanbieders en cliëntenorganisaties. Kennis over structurele tekortkomingen van instellingen, maar ook over verbeteringen in de zorg. Voor andere zorgsectoren dan de GGZ geldt dat een methodiek op maat nodig is, omdat de positie van de cliënt en zijn familieleden daar anders is.

### Vervolg

Sinds we u in de vorige krant berichtten over onze zoektocht is er veel werk verzet. De medewerkers van de stichting hebben zich gebogen over verschillende mogelijke scenario's voor het vertrouwenswerk en de vragen die daaraan ten grondslag liggen. Welke aanbieders zijn er voor andere zorgsectoren? Hoe kunnen we tegemoetkomen aan algemene ontwikkelingen in de samenleving? Hoe aan ontwikkelingen op het gebied van de zorg en het patiëntenrecht? Op welke manier kunnen we hierin het vertrouwenswerk voor de toekomst borgen?

### Stand van zaken

Op dit moment zit de stichting midden in het besluitvormingsproces om te komen tot een toekomstige koers voor het vertrouwenswerk. Deze keuze zal consequenties hebben voor de Stichting PVP. Niet voor de kern van het werk dat we doen, maar mogelijk wel voor eventuele uitbreiding of verdere specialisatie.

### Lustrumcongres

Het resultaat van deze afweging zal bekend worden gemaakt op 21 november aanstaande. Die dag vieren we met een groot congres het 25-jarig bestaan van de Stichting PVP. 25 jaar patiëntenrecht met lief en leed. Een belangrijk moment voor de Stichting PVP, waarbij niet alleen gekeken wordt naar het verleden; met de bekendmaking van onze nieuwe missie & visie richten we onze blik op een nieuwe toekomst voor het vertrouwenswerk.

Nannie Flim, directeur/bestuurder



### LUSTRUMCONGRES

## Vijfentwintig jaar pvp: een goed recht

Een professioneel patiëntenperspectief in de zorg

Op 21 november organiseert de Stichting PVP een congres ter ere van haar 25-jarige bestaan.

**De rechten van de patiënt zijn niet meer weg te denken uit de zorg. De Stichting PVP heeft daar haar bijdrage aan geleverd. Ze wil dat in de toekomst ook blijven doen. Maar moet dat op dezelfde manier of vragen andere tijden om een andere benadering? En moet dat alleen in de GGZ of is daarbuiten ook behoefte aan dit soort expertise?**

### Blik vooruit

De stichting wil met het congres niet alleen terugblikken, maar ook vooruit kijken. Met deze jubileumbijeenkomst willen wij het volgende bereiken:

- Het verstevigen van de positie van de zorgconsument.
- Het bieden van zicht op ervaringen van cliënten in de zorg.
- Het geven van vernieuwende en verbredende impulsen aan vertrouwenswerk en klachtenmanagement in de zorgsector.
- Het presenteren van de toekomstvisie van de Stichting PVP.

### Meer weten?

De kosten voor deelname aan het congres bedragen € 95,-. Meer informatie is te vinden op de website van de Stichting PVP: [www.pvp.nl](http://www.pvp.nl). Daar treft u ook een inschrijfformulier. U kunt natuurlijk ook bellen: 030-2718353.

## Zandkorreltjes

Een zacht zingende man loopt langs mijn kantoor. Omdat het zo warm is heb ik de deur opengelaten, zodat een incidenteel zuchtje wind mij een illusie van koelte brengt. Ik herken zijn liedje gelijk. De melodie en de woorden brengen mij terug naar 1984. Ik had gitaarles en die avond diende ik mijn vorderingen ten gehore te brengen aan de groep medeleerlingen en de gitaardocent. Op verzoek van de docent zouden we niet alleen de gitaarpartij voor onze rekening nemen, maar er ook zelf bij zingen. Ik had nog steeds geen definitieve keuze gemaakt welk lied het zou gaan worden. Ik wilde iets doen waar ik zangtechnisch niet helemaal zeker van was. Op goede dagen ging het goed, op minder goede dagen was het net iets te hoog gegrepen. Dit leek een goede dag. Een half uur voor aanvang besloot ik om erop te vertrouwen dat het goed zou gaan.

"Look at me I'm a speck of sand  
And I'm building dreams in a stranger's land  
Tell me why do I care  
Tell me why do I care...."

De man pauzeert even. Hij wordt gebeld op zijn mobiele telefoon. Na een poosje vertelt hij dat het geen goed moment is voor een dergelijke telefonische interruptie en pakt hij de draad weer op van zijn lied. Ik vind het wel mooi dat iemand omdat hij aan het zingen is even niet gestoord wil worden. Maar waarom beantwoordde hij dan toch het telefoontje? Nieuwsgierigheid? Benieuwd wie

het zou zijn omdat er geen nummer werd weergegeven? Of hoopte hij dat de beller iets anders te melden had en beviel de inhoud hem niet? Wachtte hij wellicht ergens op?

Ik vraag me af wat ik er bij dacht toen ik er voor koos om het die avond te zingen. Het had iets droevigs en dat vond ik wel mooi, geloof ik. Het muzikaalste meisje met de mooiste stem vroeg gretig na afloop wat het was, mijn lied. Ze had het zó mooi gevonden. In mijn oneindige zucht naar erkenning vroeg ik me toen gelijk af wat ze precies bedoelde, het lied, mijn uitvoering ervan, beide? Natuurlijk vroeg ik het niet, daar was ik dan weer te bescheiden voor. Of zoiets. "Zullen we het een keer samen gaan instuderen?" vroeg ze. Dat wilde ik best.

"Just as long as there's two of us  
We'll carry on"

De man staat in mijn deuropening, uitgezongen. We kijken elkaar aan. Ik glimlach, ook bij hem breekt er één door. "We gaan morgen naar huis" kondigt hij aan.

"Bent u er klaar voor?" check ik voorzichtig. Dat is hij. Ik heb geen idee wie er nog meer naar huis



gaat en besluit hier niet verder naar te vragen. Ik wens hem alle goeds.

"Keep up the good work!" zegt de man hartelijk. "We'll carry on" reageer ik. Hij kijkt me aan, zijn blik doordringender dan ik ooit eerder gezien heb. Hij opent zijn portemonnaie en trekt er een kleine foto uit. Een foto van een jonge man en een jonge vrouw. Ze kijken niet naar de fotograaf maar naar elkaar. Ze lijken heel gelukkig.

"Me and my girl" zegt hij zachtjes. Ik knik en geef hem de foto terug.

"Specks of sand" denk ik. Hij zegt het.

Marianne Peters, pvp in de regio West-Noord

# Klachtencommissie

Gegrond, ongegrond, deels gegrond. Dit zijn de drie mogelijke uitspraken van een klachtencommissie. Hieronder worden twee (werkelijk gevoerde, geanonimiseerde) klachtzaken besproken. Wat was het oordeel van de commissie bij deze zaken, en hoe kwam ze tot deze beslissing?

## Niet serieus nemen

Cliënte heeft met haar behandelaar de afspraak dat ze kan bellen met de verpleging als het niet goed met haar gaat. Samen met de verpleging kan ze dan overleggen wat te doen. Op een avond belt ze omdat ze bang is dat ze 'gekke dingen' gaat doen. Ze wil graag voor een aantal dagen opgenomen worden. Het gesprek met de verpleegkundige verloopt erg vervelend. Zelfs zo vervelend dat cliënte besluit over de bejegening van de verpleegkundige een klacht in te dienen bij de klachtencommissie.

Bij de zitting van de commissie is de verpleegkundige zelf niet aanwezig. Wel is zijn leidinggevende aanwezig en heeft hij een verweerschrift gemaakt.

Tijdens de zitting vertelt cliënte dat zij zich niet serieus genomen voelde door de verpleegkundige. Als voorbeeld noemt ze een opmerking die hij maakte tijdens het begin van het gesprek. Hij heeft volgens haar al snel gezegd dat er geen bed voor haar beschikbaar was op de afdeling, 'en ook niet in de rest van Nederland'. Ook vertelt ze dat zij boos het gesprek beëindigd heeft, nadat hij haar had gevraagd: 'zit je soms in de kroeg?' Ze vond dat een stomme en kwetsende vraag. Ze vertelt de commissie verder dat ze eerder vergelijkbare ervaringen heeft gehad met de verpleegkundige. De leidinggevende van de verpleegkundige vertelt dat de verpleegkundige de problemen niet als ernstig inschatte. Ook meldt ze dat cliënte tot drie maal toe gebeld heeft en dat de verpleegkundige steeds geprobeerd heeft het gesprek met haar gaande te houden, maar dat cliënte het gesprek steeds beëindigde.

De klachtencommissie oordeelt dat niet is gebleken dat de verpleegkundige voldoende heeft geïnventariseerd wat er aan de hand was, voordat hij oordeelde dat een opname niet nodig was. Verder behoort volgens de commissie een verpleegkundige neutraal te communiceren wanneer hij een gesprek voert met een cliënte die aangeeft dat het niet goed met haar gaat. De commissie vindt de vraag of cliënte in een kroeg of horecagelegenheid was onvoldoende neutraal gesteld. Zij verklaart de klacht **gegrond**.



## Kamer mag persoonlijk ingericht

Bij een verhuizing naar een nieuwe afdeling wil cliënte een vitrinekast en een stoel die ze op medische indicatie heeft gekregen meenemen naar haar nieuwe kamer. Volgens de sectormanager is dat niet mogelijk. Hij heeft haar wel toestemming gegeven voor het meeverhuizen van een tv en een tv-meubel. Het meebrengen van nog meer meubels vindt hij onverantwoord. Er zou dan een gevaarlijke situatie kunnen ontstaan, omdat de zogenoemde vrije ruimte in de kamer te krap wordt. Cliënte is het daarmee oneens en dient een klacht in bij de klachtencommissie.

Cliënte verblijft al langere tijd bij de instelling. De verwachting is dat ze daar nog langere tijd zal verblijven. De commissie vindt het om die reden begrijpelijk dat ze haar kamer persoonlijk wil maken en in wil richten met eigen spullen. De regel dat persoonlijke inventaris niet verhuisd mag worden, doet naar het oordeel van de commissie onvoldoende recht aan de reële behoeften van

cliënten die langdurig binnen de instelling verblijven. De commissie wijst daarbij op artikel 2 van de Kwaliteitswet dat zorginstellingen verplicht tot het leveren van verantwoorde zorg. Daarmee wordt onder meer bedoeld: zorg die is toegesneden op reële behoeften van cliënten.

De commissie gaat verder in op het argument van de verweerder dat er een gevaarlijke situatie kan ontstaan. In het kader van de veiligheid kan een instelling namelijk wel beperkingen opleggen in de wijze waarop cliënten hun kamer wensen in te richten. Het is de commissie bij deze verhuizing niet duidelijk waar dat gevaar dan uit zou bestaan. Cliënte had de stoel en de kast toch ook al op haar oude kamer. Die kamer was kleiner, en volgens de commissie kan het niet zo zijn dat het plaatsen van twee meubelstukken van geringe omvang op de nieuwe kamer ineens onverantwoord of gevaarlijk is. Zij verklaart de klacht **gegrond**.

AdM

## Dierenopvang

*In pvp-krant 1-2007 vertelt de heer Kortenhof hoe heerlijk het is dat Cavia tijdens zijn opname in het dierenpension in de instelling kan blijven. Zo kan hij Cavia houden en hem zelf blijven verzorgen. Een groot goed voor patiënten met een huisdier.*

Ook bij Altrecht hebben de cliënten de mogelijkheid om tijdens een opname hun huisdier onder te brengen. Voorlopig is dit bij een bestaand pension in Groenekan. Op termijn zal Altrecht een eigen opvang creëren op haar terrein in Den Dolder.

Voor meer informatie verwijst ik naar de trekker van dit project: Anton Jansen, Tel. 06-5177873.

Rinie Blauw – Griffioen

Altrecht, ondersteuner van de cliëntenraden in Nieuwegein en Woerden

## Verhaal cliënt

*In een open brief aan verpleegkundigen verhaalt mevrouw Van Nooijen in pvp-krant 1-2007 hoe vreselijk het is in haar ervaring als verpleging al te star vasthoudt aan regeltjes.*

Beste Loes,

Bedankt voor je verhaal in de pvp krant. Het verhaal deed me wat. Ik werk zelf op een open afdeling als verpleegkundige. Persoonlijk ben ik ook wel van de regels, alleen er zitten grenzen aan. Soms moet je ook dingen anders kunnen doen. Ik snap dat sommige verpleegkundigen zich boos zullen voelen na dit verhaal; ik vond het vooral zielig. Mensen die krampachtig vasthouden aan regels en proberen op die manier rust en structuur te scheppen, zijn bezig met het omgekeerde. Een te strak regime zorgt voor ontevredenheid en onbegrip. In mijn werk probeer ik de mensen uit te leggen waarom bepaalde regels er zijn – dit werkt beter dan te zeggen "regels zijn regels". Verder ben ik het helemaal eens dat positieve waardering meer doet dan negatieve aandacht. Treed er hospitalisatie op dan praat je daar over met de patiënt/ cliënt. Moedig om dit verhaal op te schrijven! Het ga je goed.

Martine de Vries, verpleegkundige, Emmen

## Colofon

De pvp-krant is een uitgave van de Stichting PVP. De Stichting PVP geeft cliënten van de GGZ advies, informatie en ondersteuning bij de handhaving van hun rechten.

De pvp-krant wil cliënten en geïnteresseerden informeren over het werk van de Stichting PVP, over (juridische) ontwikkelingen op het gebied van patiëntenrechten in de GGZ, en belichten hoe patiëntenrechten in de praktijk al dan niet vorm krijgen. De pvp-krant verschijnt vier keer per jaar.

Voor informatie over de Stichting PVP: Stichting PVP, F.C. Dondersstraat 9, 3572 JA Utrecht, tel 030-2718353, fax 030-2716256

Voor vragen en klachten over de GGZ: Helpdesk PVP, tel 0900-4448888

Deze pvp-krant werd geschreven door:

André de Mol	Arienne de Geus
Carla Andringa	Christa Noordam
Femke Welles	Hanneke Bernsen
Linda Paay	Marianne Peters
Nannie Flim	Noëlle de Vries
Ronald de Koster	Sander Welie
Theo van Veldhuizen	Ton-Peter Widdershoven
Welmoet Wels	

Foto's: Arienne de Geus, stockfoto's

Eindredactie: Welmoet Wels

druk: TGO ontwerp reclame drukwerk, Uden

Oplage: 7600; ISSN 1380-1996

Het beknopte jaarverslag is samengesteld door Nannie Flim en Aartjan ter Haar

Overname van artikelen en illustraties is uitsluitend toegestaan met bronvermelding.

Reacties en ingezonden brieven zijn van harte welkom bij de redactie via [redactie@pvp.nl](mailto:redactie@pvp.nl). We kunnen uw brief weigeren, aanpassen of inkorten. Maar laat dat u er niet van weerhouden ons uw mening te geven.

## Van de wal in de sloot

Ik was 20 en student toen mijn verleden ging spoken. De studieadviseur raadde mij therapie aan en een studiepauze. Dat werden negen jaren en in die jaren ben ik vooral zeker geworden of ... gemaakt?

Ik startte met individuele gesprekken en bijna meteen met medicijnen. Toen deze niet werkten zoals verwacht kreeg ik een sterkere variant en daarna weer andere enz. Wisselingen van soorten medicatie, open afbouwen, nieuwe erbij, oude eraf, toch weer die ene proberen in combinatie met... Ik heb in mijn 'psychiatrische carrière' minstens twintig soorten pillen gehad, dubbel zo vaak is de dosis aangepast en een aantal keer is de oude medicatie opnieuw voorgeschreven. Hoe kan iemand hiervan opknappen?

Ook overschreed ik ongewild het advies voor de gebruiksduur van medicijnen. Zo heb ik vier jaar een slaapmiddel voorgeschreven gekregen, terwijl de bijsluiter hooguit twee weken adviseert en bij dagelijks gebruik zou het effect na enkele weken weg zijn. Met dat soort pillen moet je voorzichtig zijn vind ik, zeker bij iemand met verslavingsproblematiek. Ik rookte namelijk in die jaren veel sigaretten, marihuana en gebruikte dagelijks speed. Maar van mijn behandelaar kreeg ik vele soorten 'pammetjes' voorgeschreven, van Oxazepam tot Nitrazepam, allemaal verslavend. Zou er een verband kunnen zijn tussen het slikken van verslavende medicatie en drugsgebruik?

De medicijnen hadden een slechte uitwerking op mijn gedrag, op gevoelens en denkvermogen. Ik sloot mij af en had nergens plezier in. Ik kon mij niet concentreren en was snel aangebrand. De behandelaars zagen dit als deel van mijn problematiek. Ik had zelf ook niet in de gaten dat de pillen juist averechts werkten! Ik ging ik ervan uit dat de artsen de bijwerkingen kenden. Het is ten slotte hun vak. Ik dacht: zij helpen mij en het is mijn schuld dat ik niet normaal kan doen. Ik haatte mezelf hierom.

Mijn toestand verslechterde en ik ontwikkelde anorexia. Op het hoogtepunt gebruikte ik dagelijks 75 laxeerpillen en zes verschillende drankjes. Ik fietste dagelijks 100 km en skeelerde er 20. Ik moest dat allemaal doen, of ik wilde of niet. Ik werd bang om de dag te beginnen en weer te 'moeten'. Soms ontplofte ik na een voorvalletje van niets. Dan wilde ik knock-out en nam ik extra 'pammetjes'. De anorexia was voor mij een wanhopige poging om mezelf onder controle te krijgen en te straffen om wie ik was geworden. Ik was niet meer in staat normaal te functioneren. Mijn behandelaar sprak toen over een permanent verblijf op het ziekenhuisterrein. Ik vroeg mijn vriend vaak: 'wat gebeurt er toch met mij? Wat zijn psychiatrische ziekten toch erg!'

Door het extreme sporten en mijzelf uithongeren raakte ik uitgeput en lag ik overdag veel op bed. Ik vroeg mijn behandelaar of dit vaker voorkwam maar hij zag geen verband tussen anorexia en extreme vermoeidheid. Toen ik opknapte was ik opgelucht en dacht dat ik herstelde. Helaas sloop na een paar maanden de vermoeidheid er weer in, maar nu heviger. Naar de wc gaan was al een klus. Uit wanhoop probeerde ik speed. Even leek ik meer energie te krijgen, maar al snel had het nog nauwelijks effect. Het moest van mij werken en ik bleef het dagelijks gebruiken, ook toen ik weer op bed belandde. Ik was vaak misselijk, duizelig, zweette erg, sliep slecht en het licht was verblindend. Wanneer ik dit besprak met mijn behandelaar ging hij hier niet op in; hij stelde alleen een crisisopname voor. Dit maakte mij juist bang. Maar mijn zorgen over mijn slechte conditie maakten mij ook wakker: ik moest wat doen. Langzaam groeide het idee dat de psychiatrie een slechte invloed op me had. Maar hier stond ik alleen in.

Toen ik besloot te stoppen met mijn behandeling en met alle drugs en medicijnen werd het mijn vriend te veel. Hij werd opgenomen. Ik kon niet alleen thuis en stemde daarom in met een opname. Dat bleek



geen goede beslissing. Mijn vriend zette ons contact op een laag pitje op advies van het ziekenhuis en ik was ook nog aan het afkicken van drugs en medicatie. Het behandelteam besloot dat mijn lichamelijke conditie geen gespreksonderwerp was. Nu vermoed ik dat ze niet in de gaten hadden dat ik aan het afkicken was. Ik voelde mij miskend. Dit kende ik van vroeger en ik ging mij agressief gedragen; ik was angstig en erg verward.

De laatste opname was na een suïcidepoging. Ik zag er geen gat meer in. Ik probeerde krampachtig hulp te vinden bij allerlei instanties. Maar dit werkte averechts. Ik werd bang in mijn eigen huis en zo eenzaam en machteloos dat ik maar een ontsnapping zag: het leven stoppen. En zo belandde ik opnieuw op de crisisafdeling. Het team pakte de draad van de behandeling weer op. Die maanden heb ik ervaren als de ergste maanden van mijn leven. En dat zegt wat!

Inmiddels is het ruim een jaar geleden dat ik mijn behandeling bij de GGZ heb gestopt. Mijn leven is totaal veranderd. Mijn vriend en ik hebben helaas onze relatie beëindigd. Het was beter om als vrienden verder te gaan. De relatie was te zeer beschadigd en we pasten niet meer bij elkaar. Ook heb ik het contact met mijn familie verbroken omdat het niets goeds voor mij opleverde.

Maar ik geniet van het herontdekken van mijzelf en de wereld. Ik leef bewust en gezond. Ik ben fysiek weer in goede conditie, gebruik geen drugs en medicijnen, en rook niet meer. Verder ben ik achter mijn reïntegratie aangegaan en heb ontdekt dat ik, na het volgen van een verkorte opleiding, goede kansen maak op de arbeidsmarkt.

Kortom: ik kan weer genieten van het leven, ondanks dat er nog veel moeilijke dingen spelen!

Wel kan ik nog moeilijk bevatten dat het allemaal zo heeft kunnen lopen. En als ik terug kijk op mijn behandeling bij de GGZ dan vind ik het een knap staaltje ondeskundigheid.

Elise Kleef

HB

Het jubileumnummer van de pvp-krant verschijnt in oktober 2007.

Hierin o.a.: - 25 jaar Stichting PVP, een goed recht  
- Jubileumcongres Stichting PVP



## Inleiding

De Stichting PVP is in 2006 begonnen met het kiezen van een nieuwe koers. In 2006 zijn diverse veranderingen in gang gezet bij de Stichting PVP. Onder leiding van een nieuwe directeur/bestuurder is de stichting met interne en externe belanghebbenden de discussie over de toekomst van het vertrouwenswerk en de klachtovang aangegaan. Met dit missie-visietraject wil de stichting in 2007 komen tot een strategie die leidt tot een toekomstbestendige organisatie in een snel veranderende omgeving.

Ook op andere terreinen is de stichting voortgegaan met het verder professionaliseren van de organisatie. Het bestaande bestuur van de Stichting PVP is overgegaan in een Raad van Toezicht. Een belangrijke stap van de Raad van Toezicht was het vaststellen van een meerjaren-beleidsplan.

Verder is de stichting begonnen met de voorbereiding van het jubileum. De Stichting PVP bestaat in 2007 immers vijftienvijf jaar. De stichting wil dit onder meer vieren met een lustrumcongres. Daar zal zij haar nieuwe missie en visie presenteren.

Alle medewerkers van de Stichting PVP hebben zich ook in 2006 met grote toewijding ingezet ten behoeve van het vertrouwenswerk in de GGZ. Er is veel gepresteerd. Soms zichtbaar, maar vaak ook onzichtbaar voor de buitenwereld. Met deze beknopte weergave van het jaarverslag hopen we u het een en ander te kunnen laten zien. De volledige tekst van het jaarverslag is vanaf medio augustus op te vragen bij de Stichting PVP.

### Doelstelling: advies en bijstand bij handhaving rechten

De Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg (Stichting PVP) heeft als doel om patiënten die onder behandeling zijn bij instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, advies en bijstand te verlenen bij de handhaving van hun rechten. Volgens de statuten van de stichting tracht zij dat doel te bereiken door het in dienst nemen van vertrouwenspersonen. Deze patiëntenvertrouwenspersonen worden op verzoek van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, in die instellingen te werk gesteld. De stichting verzorgt ook de opleiding van de patiëntenvertrouwenspersonen. Er zijn meer dan 50 pvp'en verspreid over Nederland werkzaam. Zij zijn in dienst van de Stichting PVP. De pvp besteedt het merendeel van zijn of haar tijd aan het helpen van individuele patiënten bij het vinden van een oplossing voor hun klachten en vragen. De pvp werkt onafhankelijk van de instelling en hoeft geen verantwoording aan deze instelling af te leggen. Wel wordt jaarlijks een rapportage opgesteld met de belangrijkste kerncijfers over het vertrouwenswerk in die instelling.

## Jaaroverzicht

In 2006 hebben ruim 11.000 cliënten contact gehad met een pvp. Uit de cijfers komt naar voren dat Stichting PVP dienstverlening biedt aan cliënten met steeds complexere problemen. De meeste klachten kan de cliënt met ondersteuning van de pvp oplossen met de direct betrokkenen. Lukt dit niet, of wil de cliënt het niet, dan kan er een formele procedure worden gestart bij de klachtencommissie. In 2006 zijn er met ondersteuning van de pvp 400 klaagschriften ingediend met in totaal 676 klachten. De Stichting PVP registreert de productie van alle pvp'en. De definitie van vragen en klachten en van de werkwijze van de pvp komen overeen met de Klachtenrichtlijn gezondheidszorg. Uitgebreide informatie en gedetailleerde jaarcijfers zijn te vinden op de website van de Stichting PVP ([www.pvp.nl](http://www.pvp.nl)).

### Cliënten

In 2006 hebben 9.482 cliënten persoonlijk een vraag of klacht voorgelegd aan een pvp. Daarnaast hebben 1.603 cliënten in groepsverband een beroep op de pvp gedaan. Meer dan driekwart van de cliënten is tussen de 25 en 64 jaar. Nog geen 5% van de cliënten is minderjarig.

Na een jarenlange stijging is het aantal cliënten in 2006 voor het eerst iets gedaald. De trend dat relatief meer mannen en meer onvrijwillig opgenomen cliënten zich tot de pvp wenden blijft doorgaan.

We zien dat het totaal aantal cliënten in grote lijnen stabiel blijft, terwijl de klinische capaciteit van de GGZ-instellingen de laatste jaren is afgenomen.

Tabel 1. Cliënten en cliëntkenmerken

Cliënten	2006	2005
Aantal individuele cliënten	9.482	9.622
Aantal cliënten betrokken bij groepsklachten	1.603	1.815
Vrouw	45,1%	45,9%
Man	54,9%	54,1%
Vrijwillig	53,6%	54,0%
Onvrijwillig	46,4%	46,0%

### Onderwerpen

Het totaal aantal vragen en klachten dat door cliënten aan een pvp wordt voorgelegd, is de afgelopen jaren gegroeid tot 24.428 in 2006. De onderwerpen waarover wordt geklaagd verschuiven elk jaar licht. Het meest opvallend is echter de stabiliteit van de aantallen door de jaren heen. In 2006 benaderen cliënten de pvp vooral over behandeling en zorg, over hun juridische status en over bejegeningaspecten.

Tabel 2. Onderwerp van vragen en klachten

Onderwerp	2006	2005
Behandeling	23,2%	22,1%
Juridische titel / wenst ontslag/overplaatsing	15,6%	16,3%
- Juridische titel		6,4%
- Wenst ontslag of overplaatsing		6,4%
Bejegening	10,8%	10,1%
Hotelfunctie	8,1%	9,8%
Klacht tegen ontslag of overplaatsing	6,9%	7,6%
Vrijheidsbeperking (art 40 Bopz)	6,5%	6,7%
Dossier en informatie	5,8%	6,3%
Dwangtoepassing (art 38 en 39 Bopz)	5,1%	6,2%
Geldbeheer en algemeen rechten	4,6%	5,0%
Overige dwang	1,4%	1,5%
Overige zaken	12,0%	9,5%
<b>Totaal aantal vragen en klachten</b>	<b>24.428</b>	<b>24.068</b>

### Wat willen cliënten

Cliënten kunnen de hulp inroepen van een pvp met een vraag of een klacht. Bij vragen hoeft er geen sprake van een bezwaar van de cliënt te zijn, bij klachten altijd. De vragen van cliënten gaan vooral over behandeling, over hun juridische status en dossierzaken. Klachten hebben vaak te maken met behandeling, juridische status en bejegening.

Tabel 3. Wens per cliënt per onderwerp

Onderwerp	2006		Vragen	2005	
	Vragen	Klachten		Klachten aanpassing	erkenning
Behandeling	17,0%	25,4%	16,9%	24,6%	20,4%
Juridische titel / wenst ontslag/overpl.	19,6%	14,2%			
- Juridische titel			20,0%	16,9%	5,5%
- Wenst ontslag / overplaatsing			5,5%	8,1%	2,1%
Bejegening	4,9%	12,9%	5,5%	7,6%	35,1%
Hotelfunctie	4,7%	9,3%	4,8%	10,2%	6,8%
Klacht tegen ontslag of overplaatsing	3,7%	8,1%	3,9%	9,7%	5,4%
Vrijheidsbeperking	1,7%	8,3%	1,7%	9,7%	1,8%
Dossier en informatie	9,7%	4,3%	13,2%	3,7%	5,4%
Dwangtoepassing	2,0%	6,3%	2,3%	7,6%	6,9%
Geldbeheer en algemeen rechten	5,8%	4,2%	6,6%	4,8%	2,6%
Overige dwang	0,7%	1,7%	1,0%	1,7%	1,4%
Overige zaken	30,3%	5,3%	24,2%	3,5%	8,7%
<b>Totaal aantal vragen en klachten</b>	<b>6.536</b>	<b>17.892</b>	<b>6.181</b>	<b>14.872</b>	<b>3.015</b>

### Resultaten

Voor pvp-clieuten zijn verschillende klachtenregelingen relevant: in het bijzonder de algemene regeling van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) en de bijzondere regeling van art. 41 e.v. Wet Bopz. Het aantal klachtencommissieprocedures waarbij de pvp de cliënt ondersteunt is in 2006 voor het eerst afgenomen na enkele jaren van stijging. In 2006 zijn 400 klaagschriften ingediend met in totaal 676 klachten. De verhouding tussen gegronde en ongegronde klachten is door de jaren vrij constant: bijna de helft van de klachten wordt gehonoreerd. De meeste klachten gaan over dwangtoepassing.

Constaert een pvp een tekortkoming in de structuur en het functioneren van de instelling, dan kan de pvp daarover een signaal afgeven aan de Raad van Bestuur van die instelling.

In 2006 zijn 183 signalen ingediend, een groot deel daarvan leidde tot de oplossing van de gesignaleerde tekortkoming (124) of een gedeeltelijke oplossing (37).

## Helpdesk PVP wendt bajes af

**Afgelopen maandag belde Tinus de Helpdesk PVP. Hij was uit De Boei, een instelling voor verslavingszorg, gezet of weggelopen en wilde weer terug. Dit werd geweigerd. De consequenties voor Tinus waren enorm, want hij was vanuit de reclassering in die instelling geplaatst. Vrijdag moest hij voorkomen. Als hij niet voldeed aan de voorwaarden van de reclassering zou Tinus voor een jaar de bak in draaien! Hij wilde dus dol- en dolgraag vóór vrijdag een heropname. Met veel moeite en de nodige druk is het gelukt dezelfde middag nog contact te hebben met de regiomanager. Terugkeer naar de Boei was uitgesloten, zei deze, want Tinus was daar geen lieverdje geweest, maar men wilde wel meedenken of er een andere geschikte plek voor hem was.**

**Dinsdag belde de manager op dat dit waarschijnlijk zou gaan lukken. Woensdag om 08.00 uur kwam het verlossende woord dat Tinus donderdag een intake had bij De Brits, een gelieerde instelling, en dat alle informatie al naar de advocaat van Tinus was gefaxt. Die kon vrijdag ter zitting de rechter laten zien dat Tinus zich aan de voorwaarden van de reclassering houdt en opgenomen is voor zijn verslavingsproblematiek.**

**Zo hebben een paar telefoontjes van de Helpdesk PVP Tinus toch maar mooi een jaartje nor bespaard.**

RdK

## Reacties van instellingsmedewerkers

Als een cliënt een pvp benadert, kan deze informeren, adviseren of bijstand verlenen. Neemt een pvp contact op met andere personen of instanties binnen de instelling, dan noemen we dat 'bijstand'.

Bij de helft van het aantal vragen en klachten neemt de pvp contact op met een derde, bijvoorbeeld een instellingsmedewerker (11.681 klachten). Konden de pvp'en in het verleden vragen en klachten vaker afhandelen door informatie en advies te geven, nu is te zien dat pvp'en vaker bijstand verlenen.

In ongeveer een derde van de gevallen voldoet de medewerker geheel aan de wens van de cliënt en in een derde van de gevallen deels of anders dan de oorspronkelijke wens. In een derde van de gevallen wordt de wens niet gehonoreerd, is de reactie van de derde niet bekend of is de klacht ingetrokken.

## Instellingsjaarrapporten

In 2006 is de stichting begonnen met het presenteren van de jaarcijfers van de pvp aan de instellingen. Er zijn 108 jaarrapporten gemaakt en besproken met Raden van Bestuur en cliëntenraden. Deze overzichten kunnen aanleiding zijn om aandachtspunten en aanbevelingen te formuleren voor de verbetering van de zorg.

Tabel 4. Werkwijze van pvp naar onderwerp

Onderwerp	Info/advies	Bijstand	Aspecten klaagschrift	Onderwerpen signaal
Behandeling	21,5%	25,0%	12	19
Juridische titel / wens ontslag/overpl.	17,1%	14,0%	28	6
Bejegening	9,6%	12,0%	33	45
Hotelfunctie	6,3%	10,1%	130	77
Klacht tegen ontslag/overpl.	5,4%	8,5%	28	9
Vrijheidsbeperking	4,0%	9,3%	45	3
Dossier en informatie	7,5%	3,8%	116	50
Dwangtoepassing	3,6%	6,8%	199	24
Geldbeheer en algemene rechten	4,9%	4,3%	60	3
Overige dwang	1,2%	1,7%	14	1
Overige zaken	19,0%	4,4%	5	24
<b>Totaal</b>	<b>12.747</b>	<b>11.681</b>	<b>676</b>	<b>261</b>

## Cliëntwaardering

In 2006 hebben ruim 750 cliënten meegewerkt aan een cliëntwaarderingsonderzoek van de Stichting PVP. Het oordeel van de cliënt over de patiëntenvertrouwenspersoon is bijzonder positief. Het blijkt dat cliënten de pvp soms waarderen als belangenbehartiger en soms als vertrouwenspersoon, twee duidelijk onderscheiden rollen. Opvallend is dat juist cliënten met klachten over dwang of vrijheden de pvp waarderen als hij als een warm persoon overkomt, als hij zich als vertrouwenspersoon opstelt.

### Bereikbaarheid

De wijze waarop cliënten horen of lezen over de pvp verschilt per instelling. Het merendeel van de cliënten zag de poster (42%) of de vouwfolder (25%). In veel gevallen hoorde men van de pvp doordat deze persoonlijk kennis kwam maken (32%). Bijna driekwart van de cliënten die aan het onderzoek deelnamen is (enigszins) positief over de telefonische bereikbaarheid van de pvp (74%).

### De veelzijdige pvp

Niet alleen de belangenbehartiging, maar ook de ervaren sociale steun is voor de cliënten van groot belang.

Uit het cliëntwaarderingsonderzoek blijkt dat in situaties waarin cliënten zich bedreigd of gekwetst voelen, zij vooral behoefte hebben aan een pvp die hen steunt. Behalve kennis van wet- en regelgeving, zijn ook sociale vaardigheden van groot belang. De hoge tevredenheid van de cliënten laat zien dat de pvp'en in staat zijn om op individuele wijze met de wensen en verwachtingen van de cliënt om te gaan.

### Wensen van cliënten

De wensen van de cliënt hangen samen met de situatie waarin deze zich bevindt. Cliënten die bijstand willen bij vragen of klachten, verwachten dat de pvp rekening houdt met hun belangen. Cliënten die informatie of advies vragen, verwachten een vertrouwenspersoon. Cliënten die erkenning willen, verwachten een warm persoon. De wensen van cliënten lopen daarmee uiteen van face-to-face gesprekken, meer voorlichting, tot meer emotionele steun of juist meer instrumentele steun.

Slechts een klein deel van de cliënten die aan het onderzoek meewerken, geeft suggesties over het verbeteren van de werkwijze van de pvp. De algemene reactie is: de pvp moet bij nieuwe cliënten eerder of vaker de afdeling bezoeken en meer uitleg over zijn functie geven (7%) en hij moet meer tijd op de afdeling besteden of zorgen voor een vervanger (7%). Een belangrijk deel van de respondenten geeft overigens aan de Helpdesk PVP niet te kennen (11%).

## Juridische ondersteuning

De juridische afdeling verzorgt de juridische opleiding en scholing van patiëntenvertrouwenspersonen en biedt juridische ondersteuning bij concrete casuïstiek. Daarnaast heeft de afdeling een adviesfunctie richting het MT en de directeur/bestuurder. De afdeling onderhoudt contacten met relevante derden, waaronder het Ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de wetenschappelijke gezondheidsrechtelijke wereld.

### Opleiding, bijscholing en kwaliteitsbewaking

De Stichting PVP kent patiëntvertrouwenspersonen (pvp'en) en patiëntvertrouwenspersonen in opleiding (pio's). In 2006 is een pio-opleiding afgesloten

en een nieuwe pio-opleiding gestart. De pio-opleiding heeft een relatief zware juridische component. Na afronding wordt de pio geacht zelfstandig de patiënt van advies en bijstand te kunnen voorzien. De ontwikkeling en verfijning van de opleiding is een blijvende activiteit, evenals het bewerken en actueel houden van het scholingsmateriaal. Het psychiatrisch patiëntenrecht is de laatste jaren nadrukkelijk in beweging, zowel op niveau van de wetgeving als op het niveau van de jurisprudentie. In 2006 is bijvoorbeeld sprake geweest van de introductie van de observatiemachtiging en van enkele belangrijke wijzigingen in het klachtrecht. De zittende pvp'en hebben (bij)scholing gekregen over deze onderwerpen. In het kader van de kwaliteitsbewaking van de juridische vaardigheden van de pvp'en zijn tevens schriftelijke producties van de pvp'en beoordeeld.

### Juridische consultatie

Het verlenen van juridische ondersteuning aan pvp'en bij concrete casuïstiek is, naast de algemene juridische scholing en de activiteiten met het oog op de kwaliteitsbewaking, een belangrijke taak. De afdeling fungeert hier als vraagbaak en meedenker bij uiteenlopende specifieke onderwerpen. Soms gaat het om problematiek waar een pasklaar juridisch antwoord ontbreekt of minder eenvoudig is. Soms betreft het kwesties die buiten de eigenlijke taak van de pvp vallen (zoals problemen met justitie, eigen bijdrage enz.). Deze individuele advisering betreft overigens ook het schrijven door pvp'en van 'signalen' en het opstellen van pleitnotities voor klachtprocedures.

### Beleidsbeïnvloeding

In 2006 is er vanuit de juridische afdeling ook op andere manieren gereageerd op ontwikkelingen in het psychiatrisch patiëntenrecht. Zo is er richting de politiek commentaar geleverd op het wetsvoorstel over de aanpassing van de voorwaardelijke machtiging en de nieuwe regeling op het gebied van dwangbehandeling. Ook zijn vanuit de juridische afdeling activiteiten ontplooid in het kader van de derde evaluatie van de Wet Bopz.

## Een beetje lef

**Meneer De Kei voelt zich wat geïsoleerd op de etage van de beschermde woonvorm waar hij woont. Hij voelt zich niet veilig bij z'n persoonlijk begeleider; die schreeuwt altijd maar wat tegen hem. Het liefst heeft hij maar helemaal geen contact meer met iedereen, zegt meneer De Kei tegen de pvp, en zit dag in dag uit in z'n eentje op z'n kamer te roken. Maar omdat hij het idee heeft dat er misschien toch wel wat te verbeteren valt, heeft hij de pvp toch maar gevraagd eens langs te komen; wellicht heeft die nog een suggestie.**

**Nadat de man z'n situatie uit de doeken heeft gedaan, heeft de pvp inderdaad een idee: "laten we gewoon eens met uw pb'er gaan praten!" Na wat aandringen en goed voorbespreken van zo'n gesprek, belt de pvp de pb'er. Die blijkt meteen 's middags tijd te hebben. In het gesprek durft de heer De Kei na wat aanzetjes van de pvp uiteindelijk toch z'n mond open te doen, en moppert wat af. Langzamerhand komen al z'n problemen op tafel. De pb'er steekt vrijwel meteen de hand in eigen boezem: "ik praat inderdaad vaak veel te hard, maar dat komt omdat hier veel oude, dove mensen wonen, en de plafonds zo vreselijk hoog zijn. Moet je tegen me blijven zeggen! En je hebt me de laatste tijd veel te weinig gezien, dat klopt! Ik weet dat je een binnenvetter bent, en je erg terugtrekt." Het duurt niet lang of beiden zitten plannen te maken om samen wat aan zijn vervelende, teruggetrokken situatie te doen.**

**En dit is wat de pvp bijna dagelijks zit te doen: contact helpen herstellen, hobbels in de communicatie gladstrijken, en cliënten helpen een beetje lef te hebben om zelf te zeggen waar ze mee zitten.**

## Werkgroep WESP

Signalen over blijvende of terugkerende knelpunten in de zorg zijn dikwijls instellingsoverstijgend. De Werkgroep Externe Signalering Pvp (WESP), bestaande uit pvp'en en andere medewerkers van de stichting, bekijkt deze thema's en brengt ze voor het voetlicht. De werkgroep benoemt in 2006 vijf maal een tekortkoming binnen de wereld van de geestelijke gezondheidszorg. De Wesp heeft aandacht voor deze tekortkomingen gevraagd via berichten in de pvp-krant. Niet zelden reageren media en organisaties in de GGZ op deze signalen.

### Patiënt amper inspraak type dwangmiddel

Voorjaar 2006 onderzoekt de WESP in welke mate patiënten inspraak hebben in de keuze voor een bepaald dwangmiddel. Gaat de patiënt de separeercel in of krijgt hij een spuit? Beide manieren worden in de GGZ toegepast om gevaar voor de patiënt of anderen te voorkomen. Volgens de Wet Bopz behoort de behandelaar te kiezen voor het dwangmiddel dat het minst ingrijpend is. De mening van de patiënt zou hierbij een rol moeten spelen. De Wesp ondervraagt 14 patiënten die ervaring hadden met beide vormen van dwang. 'Houdt uw behandelaar er rekening mee wat u erger vindt, dwangseparatie of dwangmedicatie?' luidt de vraag die aan de patiënten is voorgelegd. Slechts twee patiënten geven aan dat hun behandelaar inderdaad rekening hield met hun wensen.

### Risico's aanklagen in forensische psychiatrie

Forensische patiënten gaan vaker naar de pvp dan 'gewone' patiënten. Zij klagen vooral over vrijheidsbeperking, separatie en dwangmedicatie. Maar niet alle forensische patiënten durven naar de pvp te stappen. Dit uit angst voor negatieve gevolgen. Ook kan de pvp niet altijd iets voor hen doen. Dat komt omdat naast behandelaars, Justitie over bepaalde beslissingen gaat. Ongeveer de helft van de pvp'en rapporteert dat patiënten soms bang zijn voor de gevolgen van het klagen. Zo heeft in een forensische kliniek het contact van de patiënt met de pvp soms negatieve consequenties voor de risicotaxatie. Een risicotaxatie is een vragenlijst die wordt ingevuld om in te schatten of een patiënt bijvoorbeeld naar buiten kan.

### Piketadvocaten: zucht of zegen?

Clënten die gedwongen worden opgenomen, krijgen tijdens de rechtzitting een gratis advocaat toegewezen. De Wesp vraagt 44 cliënten naar hun ervaringen met deze advocaten. Negentien cliënten geven aan niet tevreden te zijn met hun advocaat. De belangrijkste reden is gebrek aan inzet en gebrek aan tijd. Positieve verhalen zijn er gelukkig ook. Patiënten zijn tevreden met hun advocaat als deze zich goed voorbereidt, goed luistert en na de zitting ook bereikbaar is. Inmiddels voert de branche zelf een diepgaand onderzoek uit naar het functioneren van psychiatrisch piketadvocaten.

### Huisarts vaak slecht bereikbaar voor psychiatrische patiënt

Somatische zorg in de psychiatrie wordt meestal in eerste instantie verleend door huisartsen. De Wesp vroeg 40 patiënten naar hun ervaringen. Elf patiënten geven aan dat ze ontevreden zijn, negen patiënten staan neutraal tegenover hun huisarts en twintig mensen zijn wel tevreden. Deze laatste groep voelt zich door de huisarts serieus genomen. Bijna de helft van de patiënten mag niet zelf een afspraak maken met de huisarts; dat kan alleen via de verpleging. Patiënten geven verder aan dat de bereikbaarheid van de huisarts onvoldoende is en dat er een kloof is tussen de somatische zorg en de psychiatrie.

### Rechterlijke toetsing kost patiënten veel geld

Het kan de patiënt geld kosten als hij een oordeel van de rechter wil hebben over de rechtmatigheid van dwang en vrijheidsbeperking. Slechts een beperkte groep psychiatrische patiënten beschikt over ruime financiële middelen. Patiënten die het geld niet hebben voor een rechterlijke toetsing, blijven afhankelijk van de psychiater en de psychiatrische instelling. Er kan dan geen

rechterlijke toetsing plaatsvinden voor ingrijpende inbreuken op grondrechten. De Wesp wijst erop dat mensen die worden verdacht van een strafbaar feit wel kosteloze rechtsbijstand en een gratis procedure krijgen, maar iemand die ziek is en om die ziekte behandeld wordt tegen zijn wil, zelf de griffie- en advocaatkosten moet betalen. Dit kan variëren van 48 tot 241 euro.

NF/AtH

## Doorstuderen blijkt toch mogelijk

**Peter wordt regelmatig opgenomen omdat het soms even niet meer gaat. Een opname duurt dan enkele weken tot enkele maanden. Tussen deze opnames door gaat het hem soms vele maanden goed, met de nodige zorg aan huis en medicatie. Al zo'n drie jaar is Peter in staat, ondanks de opnames, om een studie filosofie te doen. Hij bezoekt de colleges en werkgroepen en studeert verder thuis. Met de uitkeringsinstantie heeft hij hier goede afspraken over. Tijdens een opname pakt hij de draad weer op zodra hij weer helder wordt en zijn vrijheden krijgt. Hij haalt regelmatig tentamens en vordert gestaag.**

**In een gesprek tijdens zijn laatste opname vertelt een behandelend arts-assistent hem heel dringend dat het toch echt beter zou zijn wanneer hij deze studie zou beëindigen en daarvoor in de plaats enkele dagen in de week naar een DAC zou gaan. Peter is hiervan erg ontdaan en gaat praten met de pvp. Hij vertelt dat de studie hem juist op de been houdt, zijn leven zin geeft. Hij wil daar absoluut mee doorgaan. Maar nu zegt de behandelaar dat hij ermee moet stoppen!**

**De pvp stelt voor om samen met de betreffende behandelaar te gaan praten. In het gesprek wordt duidelijk dat de behandelaar niet in de gaten had hoe belangrijk de studie voor Peter is. Het gesprek gaat uiteindelijk over het plezier dat Peter in de studie heeft en de alleszins acceptabele resultaten. De behandelaar gaat overstag en zegt in overleg met het team er alles aan te zullen om Peter in staat te stellen zo snel mogelijk weer zijn studie op te pakken. Tevreden lopen hij met de pvp naar zijn kamer en drinken ze nog een kop smakeloze koffie uit de automaat. Maar het smaakte Peter als champagne!**

TvV



## Personalia

Onderstaande personalia betreft de situatie op 31 december 2006. Voor een actueel overzicht verwijzen wij u naar onze website.

### Leden Raad van Toezicht

Dhr. drs. J.G. van Nuland, *algemeen directeur van Brabant Water (voorzitter)*  
Dhr. D. Braldis  
Dhr. E.E. de Jong, *bedrijfsvoerend manager bij Dialysecentrum 't Gooi*  
Mw. mr.dr. C.J. van de Klippe, *wetenschappelijk stafmedewerker bij Gezondheidsraad*  
Dhr. L. van Leersum, *voorzitter van de Raad van Bestuur van Emergis, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg*  
Mw. drs. D.R.M. Maas, *directeur zorgontwikkeling bij Amsterdam Thuiszorg Vacature*

### Leden Raad van Bestuur

Mw. H.H.J. Flim (*directeur/bestuurder*)

### Landelijk bureau

Mw. Y. Anbeek - van der Graaf, *secretaresse*  
Mw. J. van den Brink, *personeel & organisatie*

Dhr. P.T. ten Cate, *hoofd patiëntenvertrouwenspersoon*  
Dhr. A.A.V.M. Deenen, *medewerker onderzoek & registratie*  
Dhr. W.B. Hart, *ambtelijk secretaris ondernemingsraad*  
Mw. G.A. Koelewijn, *medewerker juristen*  
Mw. O.M. Peperkamp, *medewerker secretariaat*  
Dhr. H.C. Sipermann, *financieel administrateur*  
Dhr. A.A.M. Stoop, *hoofd patiëntenvertrouwenspersoon*  
Mw. F.E. Welles, *hoofd patiëntenvertrouwenspersoon*  
Dhr. S.P.K. Welie, *jurist*  
Dhr. T.P.J.C. Widdershoven, *senior jurist*

### Klachtencommissie Patiëntenvertrouwenspersonen

Dhr. mr. P.O.H. Gevaerts (*voorzitter*)  
Dhr. H. Beijers  
Mw. S.H. Hartmann - Faber, *psychiater*  
Dhr. R.E. Offerhaus, *psychiater*  
Dhr. E. Dekker

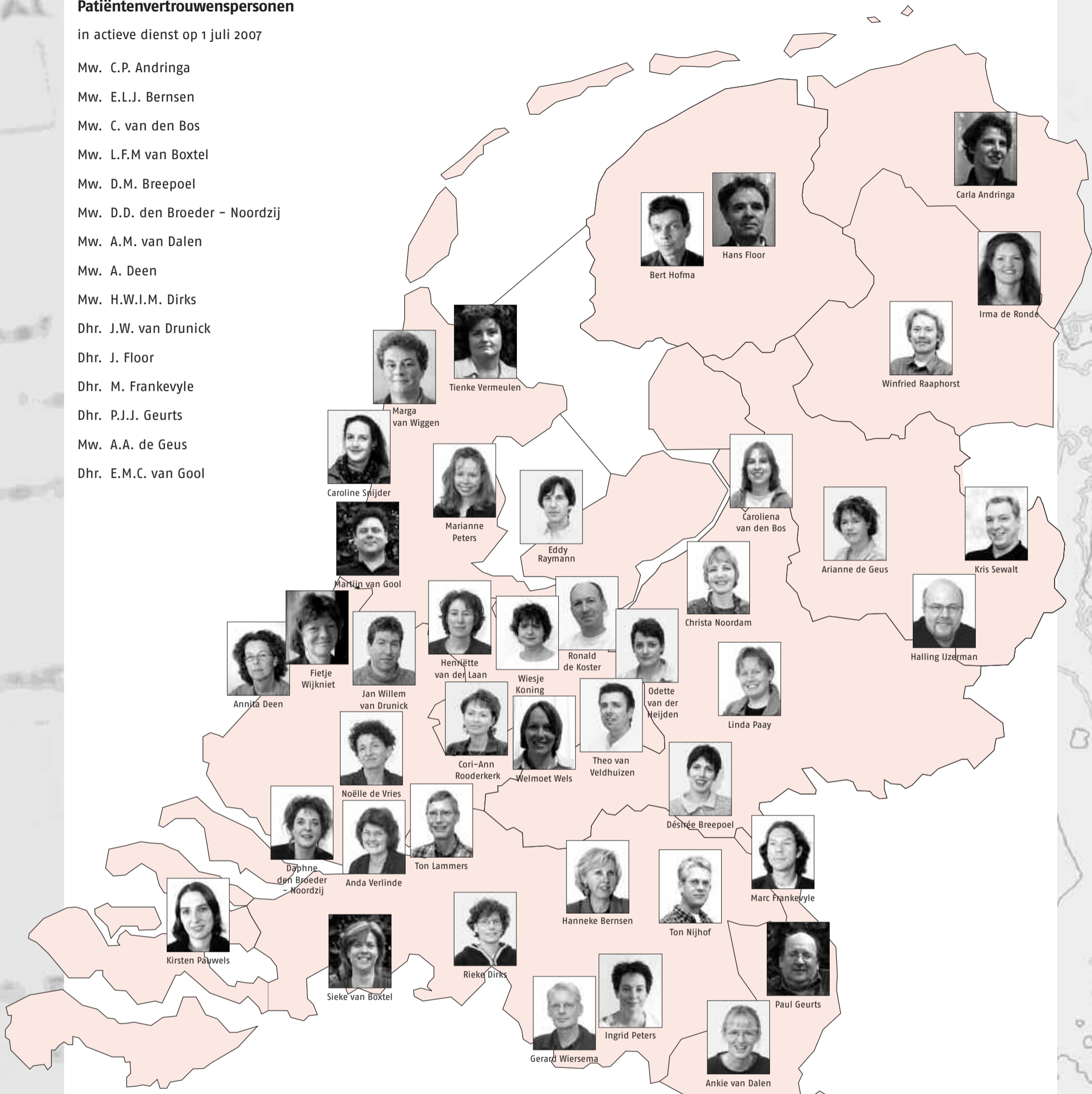
IN DE PRAKTIJK

PERSONALIA

**Patiëntenvertrouwenspersonen**

in actieve dienst op 1 juli 2007

- Mw. C.P. Andringa
- Mw. E.L.J. Bernsen
- Mw. C. van den Bos
- Mw. L.F.M van Boxtel
- Mw. D.M. Breepoel
- Mw. D.D. den Broeder - Noordzij
- Mw. A.M. van Dalen
- Mw. A. Deen
- Mw. H.W.I.M. Dirks
- Dhr. J.W. van Drunick
- Dhr. J. Floor
- Dhr. M. Frankevyle
- Dhr. P.J.J. Geurts
- Mw. A.A. de Geus
- Dhr. E.M.C. van Gool



- Mw. O.G. van der Heijden
- Dhr. B. Hofma
- Mw. M.E.A. Koning
- Dhr. R.H. de Koster
- Mw. H. van der Laan
- Dhr. A.G. Lammers
- Mw. J.A. van der Leij
- Dhr. A.A. de Mol
- Mw. C.F.M. Noordam
- Dhr. A.T.H.M. Nijhof
- Mw. L. Paay

- Mw. K. Pauwels
- Mw. I.P. Peters
- Mw. M.F.T.G. Peters
- Dhr. W.T.D.M. Raaphorst
- Dhr. E.M.F.M. Raymann
- Mw. I.L. de Ronde
- Mw. C.A. Rooderkerk-Troost
- Dhr. C.E. Sewalt
- Mw. C.E.T. Snijder
- Dhr. J.T. van Veldhuizen
- Mw. A. Verlinde

- Mw. T. Vermeulen
- Mw. N. de Vries
- Mw. W. Wels
- Dhr. G.W. Wiersema
- Mw. M.M. van Wiggen
- Mw. A.S. Wijkniet
- Dhr. H. IJerman

**Pvp-*vervangers***

- Mw. L. van Bemmelen
- Dhr. G.B.H. Brunsveld
- Dhr. H.H.J. Hiltmann
- Dhr. R.C.J. Hofstee
- Dhr. A.H. van der Meer de Walcheren
- Dhr. A.A. de Mol
- Mw. C. van Muijen

**Pvp-*vervangers***

