



Nieuwe wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg

Hier tekst oHier tekst Hier tekst Hier tekst Hier tekst Hier tekst
Hier tekst Hier tekst Hier tekst Hier tekst Hier tekst Hier tekst
Hier tekst Hier tekst Hier tekst Hier tekst Hier tekst Hier tekst

Geachte lezer,

Voor u ligt de eerste pvp-krant van 2009. Een nieuw jaar geeft vaak een gevoel van nieuwe kansen, soms gekoppeld aan goede voornemens. Dit jaar staat de start van het nieuwe jaar in het teken van de wereldwijde financiële crisis die niemand van ons onberoerd zal laten. Toch heeft de Stichting PVP voor 2009 weer een aantal goede voornemens geformuleerd om het bijstaan van cliënten binnen de zorg in de handhaving van hun rechten, te waarborgen. Met name het bereiken van onze cliënten krijgt daarbij aandacht.



Wilt u weten of vrouwen over andere zaken klagen dan mannen, lees dan het artikel hierover op pagina 5 van deze krant. Laat u verrassen door de uitkomsten van een inventarisatie die de stichting daarover heeft gemaakt.

Een ander fenomeen dat door de stichting is opgemerkt en waaraan in deze krant aandacht wordt besteed is dat er

binnen de ggz in toenemende mate een beroep gedaan wordt op de politie. In sommige politieregio's wordt twee tot drie keer per week een beroep gedaan op de politie. De stichting inventariseerde de ervaringen bij haar vertrouwenspersonen.

Wellicht is u bekend dat er een nieuwe wet in ontwikkeling is als opvolger van de Wet Bopz. Het Ministerie van Justitie wil deze zomer een wetsvoorstel in de Tweede Kamer brengen. De stichting is van mening dat deze wet een meer uitgebalanceerde besluitvorming over toepassing van dwang biedt, dan onder de huidige wetgeving het geval is. Toch is zij van mening dat er in de nieuwe wet meer aandacht geschonken moet worden aan het toezicht op de toepassing van dwang. De reactie van de stichting op de concept wettekst is te lezen op onze website: www.pvp.nl. Verderop in deze krant leest u meer over deze nieuwe wet.

In haar poging om alle cliënten van de ggz optimaal te bereiken en bedienen is in 2008 gestart met de ontwikkeling van de website PVP-Online. Deze digitale pvp is vanaf 1 april beschikbaar. Op pagina .. leest u meer hierover.

Ik wens u veel leesplezier toe en wil u uitnodigen om te reageren op de diverse onderwerpen in deze krant bij de redactie: redactie@pvp.nl.

Nannie Flim, directeur/bestuurder Stichting PVP

Nieuwe wet gedwongen zorg komt, Bopz gaat

De koning is dood, leve de koning?

Het kabinet presenteerde eind 2008 het conceptvoorstel voor de *Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvg)*, als opvolger van de huidige Wet Bopz. Inhoud en terminologie van het concept wijken ver af van de bestaande wet. De kern: **zorg staat centraal, niet opname**. Dit fundamenteel andere uitgangspunt leidt tot een nieuwe inrichting van onvrijwillige zorg.

De regeling omvat een aantal nieuwe elementen en wijkt in belangrijke mate af van de Wet Bopz. Niet langer staat de gedwongen opname centraal maar de gedwongen zorg. De Wvvg is dan ook niet meer locatiegebonden, maar persoonsgebonden. Eén van de uitgangspunten van de Wvvg is het voorkómen van dwang: pas indien alle mogelijkheden van vrijwillige zorg ontoereikend zijn gebleken, kan dwang als ultimum remedium worden toegepast. Ten opzichte van de Wet Bopz worden de criteria voor dwangtoepassing niet verruimd. Wel kent het voorstel meer mogelijkheden tot ambulante dwang, met de bedoeling om gedwongen opname zoveel mogelijk te voorkomen.

Verplichte zorg

De wet gebruikt de term 'verplichte zorg' in plaats van 'dwang', en deze zorg kan alle vormen van behandeling, begeleiding, beveiliging, bejegening en (eventueel) opname inhouden. Er zijn (behalve de mogelijkheid van tijdelijke gedwongen interventies in niet-voorzien noodsituaties) twee vormen van verplichte zorg: de *zorgmachtiging* en

de *crisismaatregel*. . Criteria hiervoor zijn dat het gedrag van de betrokkenen het gevolg is van een psychische stoornis en dat dit gedrag leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade (voor hemzelf of een ander). Verder moeten er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer bestaan en dient de verplichte zorg te beantwoorden aan de eisen van subsidiariteit, proportionaliteit en effectiviteit (deze eisen worden in de Wvvg expliciet genoemd). De verplichte zorg kan voor verschillende doeleinden aangewend worden: het afwenden van een noodsituatie, het opstellen van een zorgplan, het stabiliseren van de geestelijke gezondheid van betrokkene en/of het herstellen van de geestelijke gezondheid waardoor de betrokken zijn autonomie hervindt.

Commissie

Nieuw is de 'commissie verplichte ggz'. Deze commissie speelt een centrale rol in de nieuwe regeling. Haar belangrijkste taken zijn om de rechter te adviseren over (en verzoeken tot) afgifte van een zorgmachtiging en de directeur zorgkwaliteit te adviseren over beëindiging van de verplichte zorg. Zij ontvangt het verzoek tot verplichte zorg, behandelt het, en legt het verzoek met een advies vervolgens voor aan de rechter. De commissie bestaat uit een jurist, een psychiater en een deskundige die het maatschappelijk perspectief vertegenwoordigt. Voor de beoordeling van het verzoek houdt de commissie een zitting, waarbij de verzoeker, de betrokkene, diens advocaat, de behandelaar en zonodig anderen gehoord worden.

straks één zorgmachtiging afgeven. Deze machtiging kan een combinatie van verschillende vormen van verplichte zorg omvatten. Deze zorg kan zowel ambulante als klinisch zijn, en kan betrekking hebben op verzorging, begeleiding, behandeling en opname. De rechter beslist dus niet meer alleen over de gedwongen opname, maar ook over de (gedwongen) zorg en behandeling. De duur van de zorgmachtiging kan, afhankelijk van het doel, variëren van zes weken (voor afwenden crisis of opstellen zorgplan) tot twee jaar (vergelijkbaar met machtiging tot voortgezet verblijf). De procedure is als volgt. Een verzoek tot een zorgmachtiging wordt ingediend bij de commissie. De verzoeker kan een functionaris zijn (politieambtenaar, officier van justitie, burgemeester), een ggz-instelling, of iemand die nauw betrokken is bij de persoon (familie, vriend, buurman) en geen eigen belang heeft bij het verzoek. Vervolgens voert de zorgverantwoordelijke (behandelaar) overleg met betrokkene en eventueel familie, huisarts of hulpverleners. Hij stelt met betrokkene een zorgkaart op en een zorgplan met daarin de diagnose en de noodzakelijke zorg, en verstrekt deze beide aan de commissie. Daarna informeert de commissie betrokkene, familie, vertrouwenspersoon en raad voor rechtsbijstand (in verband met toewijzing van een advocaat aan betrokkene). Zij zorgt ervoor dat een onafhankelijke arts een medische verklaring opstelt. Tot slot houdt de commissie een hoorzitting (met betrokkene, advocaat, zorgverantwoordelijke en zonodig anderen), en beoordeelt op grond van zorgplan en hoorzitting of er voldaan is aan de criteria voor verplichte zorg. Indien dat het geval is, verstuurt zij aan de rechter de medische verklaring, het zorgplan en zorgkaart, haar advies aan de rechter en een verzoek tot afgifte van de machtiging; de rechter houdt (opnieuw) een hoorzitting met betrokkene, advocaat en zorgverantwoordelijke, en beslist op grond hiervan eventueel tot afgifte van de zorgmachtiging.

Wat is wat in de nieuwe wet? De kernwoorden van Bopz en Wvvg vergeleken

Oud (Wet Bopz)	Nieuw (Wvvg)
inbewaringstelling (ibs)	crisismaatregel
voorlopige machtiging, machtiging tot voortgezet verblijf, voorwaardelijke machtiging	zorgmachtiging (met verschillen in termijnen en vormen van zorg)
dwangopname	verplichte zorg
dwangbehandeling	verplichte zorg
middelen of maatregelen	verplichte zorg
beperkingen vrijheden	verplichte zorg
voor de behandeling verantwoordelijke, behandelaar, behandelend arts	zorgverantwoordelijke
geneesheer-directeur	directeur zorgkwaliteit
behandelingsplan	zorgplan
gevaar	aanzienlijk risico op ernstige schade
Officier van Justitie	commissie (met uitgebreidere taken)
(psychiatrisch) ziekenhuis, instelling	accommodatie, zorgaanbieder

Opmerkelijke verschillen tussen Wvvg en Wet Bopz

- De Wvvg is in tegenstelling tot de Wet Bopz beperkt tot de sector psychiatrie. Voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg ligt een wetsvoorstel bij de Raad van State voor advies.
- Er komt een nieuwe multidisciplinaire commissie verplichte ggz, die taken overneemt van de officier van justitie.
- Er moet altijd een medische verklaring opgesteld en afgegeven worden, ook als de onafhankelijke arts van mening is dat de machtiging niet moet worden afgegeven.
- Er komt één zorgmachtiging: de rechter beslist niet meer primair over dwangopneming maar ook over bijvoorbeeld dwangbehandeling.
- Tegen een uitspraak van de klachtencommissie kan behalve de klager, nu ook de beklagde in beroep gaan bij de rechter.
- De Wvvg hanteert in plaats van het bereidheidscriterium van de Wet Bopz, het verzetscriterium: pas bij verzet van betrokkene is een maatregel tot verplichte zorg noodzakelijk. Dit verzet moet enige consistentie en persistentie hebben.
- Verplichte toediening van medicatie kan ook plaatsvinden bij betrokkene thuis, of in de ambulante locatie.

Crisismaatregel

In spoedeisende gevallen, waarin niet gewacht kan worden op een zorgmachtiging, kan een crisismaatregel aangevraagd worden. Een verzoek daartoe wordt door de commissie direct doorgeleid naar de burgemeester, die ervoor zorgt dat door een onafhankelijke arts een medische verklaring wordt opgesteld en op basis daarvan zo spoedig mogelijk beslist. Er vindt geen hoorzitting plaats. Een crisismaatregel hoeft niet automatisch een gedwongen opneming in te houden, indien andere vormen van verplichte zorg kunnen volstaan. De duur van de crisismaatregel bedraagt ten hoogste drie dagen.

Zorgkaart en zorgplan

De zorgverantwoordelijke stelt samen met betrokkene een zorgkaart op, waarin de voorkeuren van de betrokkene zijn vermeld. De vertrouwenspersoon kan hierbij, op verzoek van betrokkenen, bijstand verlenen. Het is de bedoeling om bij het opleggen van verplichte zorg de meningen en wensen van de betrokkene te betrekken. De zorgverantwoordelijke dient gemotiveerd aan te geven welke voorkeuren wel of niet gehonoreerd kunnen worden, waarna de rechter hierover moet oordelen.

De zorgverantwoordelijke stelt daarnaast samen met de betrokkene ook een zorgplan (voorheen behandelingsplan) op. Dit zorgplan vermeldt:

- de diagnose van de psychische stoornis;
- de zorg die nodig is om het gevaar (aanmerkelijk risico op ernstige schade) weg te nemen, met de minimale en de maximale duur van de diverse vormen van zorg;
- de personen die belast zijn met de uitvoering van de zorgmachtiging (en eventueel de accommodatie);
- de momenten waarop de verplichte zorg geëvalueerd zal worden;
- de (eventuele) redenen waarom betrokkene en zorgverantwoordelijke niet tot overeenstemming zijn gekomen (over de vormen van verplichte zorg).

Zelfbinding

De nieuwe regeling voorziet ook in zelfbinding: een wilsbekwame persoon kan samen met zijn behandelaar via de commissie de rechter verzoeken om een Zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring. De verklaring wordt door de betrokkene en de zorgverantwoordelijke samen opgesteld. Hierin wordt vermeld:

- de omstandigheden die tot het gevreesde gevaar kunnen leiden,
- de (eventueel) verplichte zorg die in die omstandigheden moet worden verleend,
- de duur van de zelfbindingsverklaring,
- de omstandigheden waaronder de zelfbindingsverklaring wordt beëindigd.

Op verzoek van de betrokkene kan een vertrou-

wenspersoon advies en bijstand verlenen bij het opstellen van de verklaring.

De verklaring wordt door beide personen ondertekend en voorgelegd aan de commissie. Deze kan op grond van de verklaring een verzoek tot afgifte van een zorgmachtiging aan de rechter voorleggen. Hierbij is de eis van een medische verklaring, een zorgplan en een hoorzitting niet van toepassing. De rechter toetst vervolgens of voldaan is aan de criteria voor verplichte zorg, of er sprake is van de omstandigheden (zoals in de verklaring vermeld) en neemt binnen drie dagen een beslissing.

Interne rechtspositie

Ook wanneer de zorgmachtiging of crisismaatregel is afgegeven, kan pas tot verplichte zorg besloten worden nadat de zorgverantwoordelijke zich op de hoogte heeft gesteld van de gezondheidstoestand van de betrokkene, hierover multidisciplinair overleg heeft gevoerd en tenslotte de betrokkene over zijn beslissing schriftelijk en gemotiveerd heeft geïnformeerd, en hem daarbij op de klachtmogelijkheden heeft gewezen.

Tot verplichte zorg waarin de zorgmachtiging of crisismaatregel niet voorziet, kan slechts door de zorgverantwoordelijke besloten worden, indien dit tijdelijk noodzakelijk is ter afwijking van een crisissituatie. Ook deze beslissingen dienen te voldoen aan de eisen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. De betrokkene moet in de gelegenheid worden gesteld om zijn bezwaren tegen de beslissing desgewenst met de vertrouwenspersoon te bespreken en eventueel aan de klachtencommissie voor te leggen.

Hoe het verder gaat

Op dit moment zijn de consultatierondes voorbij en worden er landelijk vier pilotstudies opgestart, waarin het werken volgens de Wvvg wordt uitgetoetst. Op basis van de reacties van diverse instanties en de ervaringen in de praktijk zal het voorstel worden aangepast en vervolgens aan het parlement worden voorgelegd. Het duurt nog zeker enkele jaren voordat het in werking treedt. We hebben dus nog tijd om eraan te wennen.

ER

Verdeelde reacties op Wet verplichte ggz

Minister Hirsch Ballin van Justitie heeft, mede namens minister Klink van VWS, een concept voor een wetsvoorstel Verplichte ggz opgesteld als opvolger van de Wet Bopz. Op 19 november is dit concept ter consultatie aan de betrokken partijen aangeboden. Wat vinden GGZ Nederland, KNMG, NVvP, Landelijk Platform GGz, Stichting Pandora, LOC-LPR en de Stichting PVP van de plannen?

Is het concept een verbetering vergeleken met de Wet Bopz?

“Ja”, zeggen KNMG, NVvP en GGZ Nederland. Gedrieën zien zij het voorstel als een duidelijke verbetering. Het concept is logischer en eenvoudiger van structuur en sluit beter aan bij de huidige tendens van toenemende vermaatschappelijking en extramuralisering van de ggz. Wel willen ze nog enkele wijzigingen (en zijn op dat punt overigens niet eensluidend). Ook de Stichting PVP is positief. Weliswaar acht de stichting op belangrijke punten nog aanpassingen nodig, maar dat neemt niet weg dat op hoofdlijnen de keuzes van het concept worden onderschreven.

“Misschien”, zeggen LOC-LPR en Landelijk Platform GGz. Het voorstel bevat “goede elementen”, “die een verbetering zijn ten opzichte van de huidige Wet Bopz”.

“Nee”, zegt Stichting Pandora. Het voorstel betekent een aanzienlijke verzwakking van de rechtspositie van psychiatrische patiënten, omdat hiermee een aanzienlijke uitbreiding van de mogelijkheden en toepassingen van dwangbehandeling zal komen. “Met deze nieuwe wet komt het bestwil-criterium weer terug”, betoogt Marijke Knuttel, directeur van Stichting Pandora. Met zoveel mogelijkheden op een presenteerblaadje maak je vanzelf gebruik van een van de vormen van dwang, zo is haar overtuiging. Het principe dat dwang alleen als laatste redmiddel wordt ingezet komt hiermee onder druk.

KNMG, NVvP en GGZ Nederland vinden dat de commissie meer bevoegdheden moet krijgen en zelfstandig over verplichte zorg zou moeten kunnen beslissen. Zij vrezen dat er anders dubbel werk ontstaat en het systeem aan bureaucratie ten onder zal gaan. “Die dubbeling moet eruit”, zo betoogt Robinetta de Roode (jurist bij KNMG). “Wij zijn blij met dit nieuwe wetsvoorstel maar willen voorkomen dat de wet onwerkbaar wordt en/of de werkdruk onaanvaardbaar verhoogt. Ook extra kosten en vertragingen liggen op de loer.” Wel zou er een hoger beroep op de rechter mogelijk moeten zijn.

Ook Stichting Pandora vreest een toename van bureaucratie met de nieuwe commissie. Maar zij wil daarom van deze commissie af en de rechter laten beslissen. Het primaat van de verplichte ‘zorg op maat’ moet in handen blijven van de hulpverlener en niet van de commissie op afstand. Bovendien zullen de voorgestelde uitvoerige rol en bevoegdheden van deze commissie in de praktijk de vertrouwensrelatie tussen patiënt en hulpverlener ernstig schaden. Als de hulpverlener niet uitvoert wat de commissie aan de rechter heeft geadviseerd en waartoe de rechter over heeft besloten, riskeert de hulpverlener straf-

rechtelijke vervolging. De cultuur in de ggz en de zo bepleite verbetering van kwaliteit van zorg wordt er niet beter op. “Wij vrezen dat de patiënt die wordt onderworpen aan verplichte ggz het kind van de rekening wordt!”, aldus Marijke Knuttel.

Conclusie

Dit is slechts een kleine selectie uit de uitvoerige reacties van de betrokken organisaties. Wilt u precies weten wat de organisaties van het conceptwetsvoorstel vinden dan kunt u dit nalezen op hun websites. Duidelijk is wel dat Stichting Pandora niet op de nieuwe wet zit te wachten. De overige partijen zijn meer afwachtend tot redelijk enthousiast op de beoogde opvolger van de Wet Bopz. De discussie gaat voort. Vanaf de zomer zal waarschijnlijk het debat in de Tweede Kamer gaan plaatsvinden.

GW

‘Met deze nieuwe wet komt het bestwil-criterium weer terug’

Eén machtiging voor allerlei varianten van verplichte zorg?

In het concept staat het brede begrip ‘zorg’ centraal, die verplicht kan worden opgelegd. Het gaat niet langer primair om dwangopneming. De meeste partijen staan hier positief tegenover, maar niet iedereen. Stichting Pandora gruwet van deze forse uitbreiding van mogelijkheden om dwang toe te passen. Vooral het gegeven dat mensen ook in hun eigen huis met dwang kunnen worden geconfronteerd is de stichting een doorn in het oog.

Wordt het gevaarscriterium uitgebreid?

Volgens de toelichting op het concept is het nieuw geformuleerde dwangcriterium (“aanzienlijk risico op ernstige schade”) geen uitbreiding, maar meer een feitelijke beschrijving van de bestaande situatie. Maar ook op dit punt ziet Stichting Pandora het anders. Volgens haar betekent de nieuwe formulering een verslechtering van de rechtspositie van patiënten.

Hoe moet het met de taken van de beoogde commissie?

Er komt een multidisciplinaire commissie die taken overneemt van de Officier van Justitie en van de geneesheer-directeur. De commissie adviseert de rechter en onderzoekt of er alternatieven zijn voor de verplichte zorg.

Het is dat je erover begint....

Een onderzoek naar klachten van vrouwen in de ggz

Gaan vrouwen met een psychiatrische aandoening anders om met klachten dan mannen met een psychiatrische aandoening? En zo ja, hoe dan? Er zijn veel vooronderstellingen over de verschillen tussen mannen en vrouwen, onder andere over hoe ze problemen oplossen. Maar wordt dat beeld bevestigd door de registratiegegevens die de Stichting PVP bijhoudt over haar cliënten en hun vragen en klachten?

Als een man een probleem heeft, trekt hij zich terug en concentreert zich op oplossingen, is het idee. Vrouwen zien om hulp vragen daarentegen als iets sociaals. Ze maken zich niet zozeer druk om oplossingen, maar hebben vooral behoefte aan een gesprek en begrip. De Stichting PVP houdt geanonimiseerde gegevens bij over haar cliënten, waaronder hun sekse. Uit deze registratie vallen een aantal zaken af te leiden over het klaaggedrag van mannen en van vrouwen. In absolute getallen gesproken dienen mannen vaker een klacht in dan vrouwen. In 2007 zijn er ruim 16.000 klachten ingediend; van deze klachten is 54 procent afkomstig van mannen, en 46 procent van vrouwen. In het volgende stuk wordt nader ingegaan op de verschillen tussen mannen en vrouwen, die uit de registratiegegevens van 2007 naar voren zijn gekomen.

Andere vragen, andere klachten

In het ambulante circuit worden meer klachten door vrouwen ingediend dan door mannen. Dat is niet verwonderlijk, aangezien vrouwen meer gebruik maken van deze voorzieningen. Maar zij hebben ook andere vragen en klachten dan mannen: tweederde van de klachten over artskeuze en behandel- en zorgplan is afkomstig van vrouwen.

Maar kijken we naar opnamesituaties op gesloten afdelingen, dan valt op dat er veel meer klachten door mannen dan door vrouwen worden ingediend. Op deze afdelingen zijn ook meer mannen dan vrouwen opgenomen. Mannen zijn bovendien vaker dan vrouwen onvrijwillig opgenomen en dienen vaker klachten in over dwangtoepassing en vrijheidsbeperking. Toch zijn er bepaalde onderwerpen waar vrouwen in absolute zin meer over klagen dan mannen. Ook al hebben mannen vaker dan vrouwen te maken met dwang, het zijn vrouwen die de meeste klachten indienen over de bejegening bij dwang.

Andere circuits

In de verslavingszorg, waar veel meer mannen dan vrouwen in behandeling zijn, worden ruim drie keer

zoveel klachten ingediend door mannen als door vrouwen. In dit circuit klagen juist mannen veel vaker over de behandeling dan vrouwen.

Het ouderencircuit is als gevolg van de bevolkingsopbouw vooral een 'vrouwencircuit'. Vrouwen dienen binnen dit circuit dan ook ruim twee keer zoveel klachten in als mannen. Opvallend is dat in dit circuit vrouwen meer klagen over dwangmedicatie dan mannen. Daarnaast valt op dat in deze leeftijdsgroep mannen procentueel vaker over de somatische behandeling klagen. In andere circuits is dit meer een 'vrouwenonderwerp'.

In het jeugdcircuit, tot slot, zijn meer jongens dan meisjes in behandeling, en dienen jongens meer klachten in dan meisjes. Meisjes dienen, net als volwassen vrouwen, procentueel meer klachten in over de onderwerpen behandeling, bejegening en dossier en informatie.

Andere verwerking?

Uit het voorgaande blijkt dat de onderwerpen waarover vrouwen in de ggz klagen enigszins verschillen van de onderwerpen waarover mannen klagen. In de praktijk ervaren pvp'en ook verschillen tussen de seksen in het omgaan met klachten. "Vrouwen hechten vaak meer belang aan de vertrouwensfunctie van de pvp, aan het uitgebreid vertellen van hun verhaal - waarmee ze misschien ook peilen of de pvp wel te vertrouwen is," vertelt een pvp; "het maakt wel uit wat de aard van de klacht is. Hoe concreter of nijpender de klacht, hoe minder verschillen er zijn tussen mannen en vrouwen."

Pvp'en benadrukken dat het klachtgedrag van ggz-clieënten beïnvloed wordt door de aard van hun stoornis en de aard van de klacht: "Ik denk dat uiteindelijk vooral het ziektebeeld en het karakter bepalend zijn voor iemands gedrag, en niet de sekse", zegt een pvp.

Overeenkomsten

Vrouwelijke ggz-clieënten klagen niet vaker dan mannelijke, zo blijkt uit de registratiecijfers. Wel zijn er verschillen in de onderwerpen waarover de verschillende seksen klagen, maar de overeenkomsten in het klaaggedrag zijn groter dan de verschillen.

De pvp komt even vaak in actie voor vrouwen als voor mannen. Wel blijkt uit de cijfers dat vrouwen

iets vaker erkenning van hun klacht belangrijk vinden dan mannen. Als je naar klachtenprocedures kijkt, dan voeren mannen de boventoon: 61 procent van de procedures wordt door mannen opgestart. Maar klachtzaken gaan vaak over dwangonderwerpen als vrijheidsbeperkingen en juridische titel, en dat zijn nu eenmaal onderwerpen die vaker bij mannen voorkomen, omdat die vaker onvrijwillig opgenomen zijn.

Al met al is het niet mogelijk om de observaties van de pvp'en met de geregistreerde cijfers eenduidig te bevestigen of te ontkrachten. Naast sekse zijn er veel meer factoren van invloed op (de waarneming) van klachtgedrag van ggz-clieënten, zoals het ziektebeeld en de persoonlijkheid van de cliënt, maar ook kenmerken van de pvp. Deze aspecten kunnen niet allemaal geregistreerd worden. Kortom, er zijn verschillen, maar de overeenkomsten lijken groter. En - om met de woorden van een pvp te eindigen - we zijn bovenal mens, of we nu patiënt zijn of niet en of we nu vrouw zijn of man.

PbtV/HvdL

Dit is een ingekorte versie van een artikel dat in december 2008 in Deviant is verschenen. ■

www.pvp-online.nl: vraag & antwoord over uw rechten

De Stichting PVP breidt haar dienstverlening uit met een nieuw product: www.pvp-online.nl. Deze website richt zich op met name ambulante cliënten en geeft informatie en advies bij specifieke vragen over de zorg in de ggz. Via een vraag-antwoord-systeem krijgt de gebruiker van de website een kort en duidelijk antwoord op vragen als 'heb ik recht op dossierinzage?', 'hoe moet een klachtbrief eruit zien?' en 'ik wil graag een andere behandelaar, hoe regel ik dat?'. De website biedt daarnaast ook handige downloads, zoals voorbeeld-klachtbrieven, een verzoek om dossierinzage en de informatiebrochures van de Stichting PVP. En komt u er niet uit, dan kunt u de Helpdesk PVP een bericht sturen: u wordt dan door hen teruggebeld. In de toekomst hoopt de stichting pvp-online uit te breiden en ook informatie voor opgenomen cliënten te kunnen aanbieden. www.pvp-online.nl is vanaf 1 april toegankelijk.

Clieëntenpanel adviseert directie Stichting PVP

Dankzij het nieuw opgerichte cliëntenpanel kunnen ervaringsdeskundigen vooraan meepraten over de inhoudelijke keuzes in het werk van de Stichting PVP. Het cliëntenpanel is een adviesorgaan dat op tal van onderwerpen de directie kan adviseren. Adviesvragen die de directie aan het panel kan voorleggen zijn bijvoorbeeld: wat moet er allemaal in het dossier dat de pvp bijhoudt over de vraag of klacht van een cliënt? Moet de pvp meer aandacht besteden aan gesepareerde cliënten? Het panel mag ook ongevroegd advies geven. De adviezen zijn niet bindend, maar wel zwaarwegend. Het panel komt drie tot vier keer per jaar bij elkaar en bestaat uit acht cliënten. In de volgende pvp-krant leest u meer over de activiteiten van het panel en een interview met een van de panelleden.

Nieuw: Stichting Familievertrouwenspersonen

De pas opgerichte Stichting Familievertrouwenspersoon (FVP) pleit voor het betrekken van de familie in de behandeling van patiënten met een psychiatrische aandoening. Uit onderzoek blijkt dat het betrekken van familie een positief effect heeft op de hulp aan psychiatrische patiënten, stelt de stichting. Toch blijken veel professionele hulpinstanties de familie buiten te sluiten. In januari is uit onvrede over deze situatie de Stichting Familievertrouwenspersoon (FVP) opgericht. "Een psychiatrische ziekte, en de praktische problemen die dit voor de patiënt en de omgeving met zich meebrengt, zijn zo ingrijpend dat het geen luxe is als familie en vrienden hierbij gecoacht worden," zegt Juanita Slengard (directeur en familievertrouwenspersoon van FVP).

Meer informatie: Juanita Slengard, juanitaslengard@cs.com. ■

Politie vaak ingezet bij problemen op afdeling

Samenwerking ggz en politie kan beter

Een noodsituatie op de afdeling: een patiënt verzet zich tegen behandeling en het lukt de verpleging niet om de zaak op te lossen. De politie wordt gebeld en komt met een aantal agenten langs om ondersteuning te verlenen – in de vorm van fysieke overheersing van de patiënt. Terwijl het hulp inroepen van de politie een aantal jaren geleden alleen met hoge uitzondering gebeurde, zet het merendeel van de ggz-klinieken tegenwoordig regelmatig politie in. Het op advies van GGZ Nederland in 2003 afgesloten convenant over politie-inzet in de ggz wordt regionaal ingevuld door de lokale partijen, maar op behoorlijk uiteenlopende manieren, zo blijkt uit een inventarisatie.

Alle pvp'en is gevraagd naar hun ervaringen met de aanwezigheid van politie binnen de instelling. Het beeld dat uit deze inventarisatie naar voren komt, is dat de aanwezigheid van politie op het terrein van de instelling inmiddels een wijd verbreid fenomeen is. Daarnaast is de aanwezigheid van beveiligingsmedewerkers, veiligheidscoaches, veldwachters, terreinwachters of welke term ook aan deze medewerkers wordt verleend, een structureel gegeven geworden. Soms zijn deze medewerkers tijdelijk in dienst ten tijde van personeelstekort. Vaker zijn ze blijvend aanwezig, niet in de laatste plaats vanwege ooit begonnen projecten om dwang en drang terug te dringen. De structurele inzet van dit beveiligingspersoneel zorgt er volgens instellingen voor dat patiënten en personeel zich veiliger voelen dan vóórdat dit personeel er was. Dit heeft een gunstig effect op het afdelingsklimaat en vermindert de hoeveelheid agressie op de afdeling.

De inzet van politie op de afdeling bestaat vooral uit het herstellen van de orde op de afdeling. Dat kan bestaan uit het helpen separeren van een patiënt, het verlenen van assistentie of aanwezig zijn bij de separatieverpleging of bij het toedienen van me-

dicatie. Er is een brede consensus dat de politie een rol heeft op de achtergrond. De hulpverlener houdt de regie over de situatie. Pas als de situatie zo dreigend of gevaarlijk is dat dit niet meer verantwoord is, neemt de politie de regie over en handelt volgens eigen goeddunken met eigen middelen. Hoewel geen gebruik gemaakt wordt van wapens, staan de politie fixeermiddelen als handboeien en stoffen als pepperspray ter beschikking. Duidelijk is dat een dergelijk optreden een grote impact heeft op de patiënt die dit ondergaat, en ook op de patiënten die hier getuige van zijn. Toch dienen niet veel cliënten over het politieoptreden een klacht in. Schaamte bij de patiënt, de houding 'je zult het er wel naar gemaakt hebben' en onbekendheid van klachtmogelijkheden spelen hierbij wellicht een rol.

fotoonderschrift

Convenant regionaal aangepast

Het convenant tussen GGZ Nederland en de Raad van Hoofdcommissarissen uit 2003 heeft als doel op regionaal niveau afspraken te maken tussen politie en ggz-instellingen om te komen tot betere samenwerking bij opvang, begeleiding en behandeling van mensen met psychische stoornissen en verslavingsproblematiek.

Het convenant pleit voor vaste contactpersonen en vaste communicatielijnen, alsmede overleg met daarin ruimte voor evaluatie en casuïstiek. Dit alles met als doel de mens in nood zo snel mogelijk op de juiste plaats te krijgen.

Elke ggz-instelling maakt alleen of gezamenlijk met regionale partners dit convenant passend voor de plaatselijke situatie. Dit lijkt op zich een goede ontwikkeling. In de inventarisatie onder de pvp'en komen namelijk behoorlijke verschillen tussen de regio's naar voren, wat duidelijk maakt dat het convenant inderdaad is aangepast.

Maar in een aantal regio's is de samenwerking nog verre van optimaal en zijn er misverstanden in communicatie en verdeling van verantwoordelijkheden, die een sfeer van verwijten creëren in plaats van goede samenwerking. Gelukkig zijn er ook vele voorbeelden waarbij de samenwerking goed is en de afspraken onderling worden nagekomen. Veelal zijn vaste aanspreekpersonen in de organisatie en een vast telefoonnummer, dat men altijd kan bellen - een belangrijke voorwaarde voor een goede samenwerking. Ook een geregeld overleg met daarin aandacht voor casuïstiek zorgt voor een verbeterde beeldvorming en (h)erkenning van de bijzondere positie die elke partij inneemt in de zorg voor de psychiatrische patiënt. Eventuele irritatie en onduidelijkheden kunnen in een dergelijk overleg worden besproken en waar mogelijk worden weggenomen.

Politie in de praktijk

Over de inzet van politie in noodsituaties binnen de afdeling zegt het convenant helaas niets. Eugénie van Rest van GGZ Nederland laat weten dat GGZ Nederland op dit punt nog geen mening heeft. Maar, zegt ze, "het convenant is aan evaluatie toe, en mocht GGZ Nederland uit het veld signalen ontvangen dat de inzet van politie op de afdelingen bij noodsituaties vaker voorkomt, dan is dit zeker een punt dat in het convenant kan worden toegevoegd en uitgewerkt."

"De inzet van politie binnen de instelling de laatste jaren constant." zegt de heer J. Slijpen, beleidsmedewerker van de regiopolitie Utrecht. Hij herkent de tendens van meer inzet niet in de regio Utrecht. Het convenant werkt in de regio Utrecht goed, zegt de

Je beste vriend?

Politie op de afdeling

Als de zaak uit de hand loopt met een cliënt in een ggz-instelling, wordt vaak de politie erbij geroepen om de orde te herstellen. In noodsituaties met patiënten of om te ondersteunen bij separeren en behandelen: steeds vaker wordt de politie ingezet.

"Ja, ik heb me verzet toen de verpleging mij wilde separeren. Natuurlijk, ik wilde niet opgesloten worden. Op een gegeven moment lieten ze me los en stapten achteruit. Ik dacht nog even dat ik nu gewoon in de huiskamer kon blijven. Maar na een minuut kwamen daar opeens zes politiemannen binnen. Ze waren zo snel - voordat ik begreep wat er gebeurde grepen ze me beet. Ik herinner me alleen nog dat enorme geweld, ze doken bovenop me en ik kon helemaal niks meer. Ze hadden me in een ijzeren klem en zo werd ik via de huiskamer naar de separeercel gebracht. Met handboeien om. Ik ben enorm van de kaart geweest. En ik schaamde me toen ik weer uit de separeercel kwam. De andere patiënten zien me nu als een misdadiger, ze zijn bang voor me. Maar ik heb niks gedaan. Ik wilde alleen niet in de separeercel worden opgesloten."

"Ze hebben me verlinkt. Ik heb geen veroordelingen, ben zo schoon als wat, maar nu ben ik toch bekend bij de politie. Dat was omdat ik geen spuit wilde. Opeens stond de politie voor mijn neus. Ik dacht eerst nog dat het niet om mij ging, ik heb niks gedaan. Ze trekken zo je broek naar beneden. Ik werd razend, maar er was helemaal niks te beginnen tegen die lui. En daarna waren ze ook weer pijlsnel vertrokken. Een soort overval. Het meeste baal ik ervan dat ik nu een bekende ben bij de politie. Als ze me nu op straat zien, dan denken ze natuurlijk: dat is die gek uit het gesticht."

"Die agenten hebben me zo hard vastgepakt dat ik echt getraumatiseerd ben geraakt. Je wilt het niet weten hoor, hoe dat is. Als die politiemannen en dan trekken ze ook nog de kleren van je lijf. Al die kerels hebben mij dus nu naakt gezien in de separeercel. Ik vind het al heel erg als de verpleging me zo ziet, dat is al vernederend, maar de politie! De pvp heeft me geholpen door een klacht hierover in te dienen. Nou, ik moet zeggen, dat had ik niet verwacht, maar ik kreeg van de politie een bos bloemen om het goed te maken. Dat heb ik van de verpleging nog nooit gehad. Toch hoop ik dat dit me nooit meer overkomt."

heer Slijpen, waarbij heldere communicatielijnen en de vaste aanspreekpersonen bewezen effectief zijn. "De politie stelt zich op het standpunt dat ook binnen de instelling hun taak het herstellen van de orde is. De politie zou geen hulpverlenerstaken behoren te doen en dus ook niet mee moeten werken aan verpleegkundige handelingen." De aanwezigheid van politie zou een schijn van legitimiteit kunnen verlenen aan de verpleegkundige handeling, wat verkeerd begrepen kan worden door de patiënt. Ook voor de beeldvorming van de politie bij patiënten is het niet gunstig. In de thuissituatie dienen patiënten zich vertrouwd te moeten voelen bij de politie.

Patiëntenkamers openbaar?

Naast de genoemde samenwerkingsintenties en afspraken worden nog meer zaken geregeld in de plaatselijke convenanten, zoals het beroepsgeheim, verhoor en aanhouding, medisch onderzoek bij geweld en kindermishandeling en het bewaken van patiënten. Ook komt bijvoorbeeld aan de orde wat mag en kan in het geval van verdenking van strafbare feiten door patiënten of medewerkers - een actueel geworden onderwerp door de recente weigering van een instelling om het dossier van een van moord verdachte patiënt door de politie te laten lezen. Daarnaast is toegang tot de gebouwen van de instelling een in veel convenanten terugkerend onderwerp. Verreweg de meeste instellingen betitelen de slaapkamer van de patiënt als een ruimte die te vergelijken is met de eigen woning. Dit maakt het betreden en het doorzoeken van die ruimte door politie slechts mogelijk als aan een aantal randvoorwaarden is voldaan, zoals gerechtelijke toestemming. Over de therapieruimtes wordt in verreweg de meeste convenanten gesteld dat voor het betreden hiervan toestemming nodig is van de behandelaar. De grote lijn is dat een ggz-instelling geen openbaar terrein is waar de politie maar mag in- en uitlopen. In dat licht is het zeer opvallend dat er één kliniek is die stelt dat het terrein van een ggz-instelling openbaar is, en dat de politie dat te allen tijde zonder specifieke toestemming mag betreden.

Regels beschermen patiëntgegevens – ook bij strafbare feiten

De meeste instellingen maken voor het inzetten van politie op hun terrein momenteel gebruik van een convenant dat op de plaatselijke situatie is toegespitst. Dat is een verheugende ontwikkeling. Het is goed als er regels zijn die worden nagevolgd ongeacht wie er dienst heeft. Ter illustratie kan de discussie in herinnering worden gebracht over de ggz-instelling die geen mededelingen wilde verstrekken aan de politie over de aanwezigheid van een van tweevoudige moord verdachte cliënt in de instelling. De instelling volgde hierbij keurig de bestaande wetgeving. Complimenten alom, zou men denken als gevolg van hun weigering. Maar in de publieke discussie was er echter maar weinig steun voor deze keuze van de instelling. Zou men gehoor geven aan de wens van sommige ingezonden-briefschrijvers dan was de pot met pek en veren niet groot genoeg om de verdachte mee te besmeuren, maar vooral ook om die bestuurders van de instelling te voorzien van een mooi peklagje. Hiermee wordt wederom duidelijk dat het goed is dat we kunnen terugvallen op rechtsregels en niet worden overgeleverd aan de waan van de dag.

RdK

Ongewenst

Alle partijen blijken het erover eens te zijn dat politie en beveiligingsbeambten geen taken moeten uitvoeren die eigenlijk door een hulpverlener moeten worden verricht. Enkele artikelen in de wet staven deze mening. Artikel 453 van de WGBO zegt: 'de hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor de hulpverleners geldende professionele standaard'. Het goed hulpverlenerschap en het bewaken van de professionele standaard sluit het inzetten van niet-gekwalificeerd (personen niet opgeleid tot hulpverlener) personeel uit. Juist de voor de cliënt zeer ingrijpende dwangbehandeling is een van de meest ingewikkelde taken van een hulpverlener. De uitvoering hiervan vraagt om bijzonder bekwaam, en specifiek voor de taak opgeleid personeel.

Artikel 2 van de Kwaliteitswet stelt dat de zorgaanbieder verantwoorde zorg aan moet bieden. Onder 'verantwoorde zorg' wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Het inzetten van politie en beveiligingsbeambten lijkt zich niet te verdragen met verantwoorde zorg en zorg van een goed niveau.

Het lijkt zeker gewenst om de inzet van politie in noodsituaties binnen de instelling nader te omschrijven binnen het bestaande convenant tussen GGZ Nederland en de Raad van Hoofdcommissarissen. De pvp-krant zal de ontwikkeling om in steeds meer instellingen politie in te zetten bij patiëntenzorg daarom ook de komende jaren blijven volgen.

RdK



Hulpverlener mag niet zomaar conclusies trekken

Bellen met de pvp

Ook wanneer een cliënt gedwongen is opgenomen heeft hij recht op vrij telefoonverkeer. Toch zijn er situaties waarbij de behandelaar die vrijheid kan inperken. Als de behandelaar vreest dat telefoneren kan leiden tot ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheid van een cliënt, kan hij die cliënt verbieden gebruik te maken van de telefoon. Ook om verstoring van de orde in de instelling te voorkomen of ter voorkoming van strafbare feiten kan de behandelaar een telefoonverbod opleggen. Maar hij kan een cliënt niet verbieden contact op te nemen met de pvp, zijn advocaat en de (hoofd)inspecteur volksgezondheid.

Een cliënt klaagt bij de klachtencommissie dat hij de pvp niet mocht bellen. De afdeling erkent dat de cliënt de pvp wilde bellen en erkent ook dat hij niet de mogelijkheid heeft gehad dat te doen. Men dacht dat het probleem waarvoor de cliënt contact op wilde nemen opgelost was in een gesprek met de behandelaar. Client was na dat gesprek toch tevreden, dus waarom nog de pvp bellen?

In haar uitspraak schrijft de klachtencommissie: 'Hoewel de commissie zich deze gevolgtrekking wel kan voorstellen, is het niet aan de hulpverlener deze conclusie te trekken.' Zij verklaart de klacht **gegrond**.

Medicatie helpt niet

Al een aantal jaren gebruikt cliënt medicatie die er voor moet zorgen dat hij geen stemmen meer hoort. Volgens cliënt helpt die medicatie niet. Hij gaat er vanuit dat de medicatie averechts werkt. Hij heeft zelfs het idee dat de medicatie eerder de oorzaak is van het horen van stemmen. Omdat hij de verstandhouding met zijn behandelaar goed wil houden, slikt hij toch gedurende langere tijd de voorgeschreven medicatie. Liever zou hij ze niet slikken.

Cliënt vindt dat hij al enige tijd goed in staat is weerstand te bieden aan de stemmen. Als hij ze hoort en daarbij angstig wordt, meldt hij dat aan de verpleging en trekt zich daarna terug op zijn kamer. Zijn aversie tegen het medicatiegebruik wordt op een gegeven moment zo groot werd dat hij over de angst voor aantasting van zijn relatie met zijn behandelaar heen stapt en besluit de voorgeschreven medicatie te weigeren. Vervolgens besluit de behandelaar onder dwang te behandeling voort te zetten. Hij vindt dat voldaan is aan het criterium voor het toepassen van dwangbehandeling zoals dat staat omschreven in artikel 38 lid c van de W et Bopz. Dat artikel bepaalt dat een cliënt onder dwang behandeld kan worden voor zover dat volstrekt noodzakelijk is om het gevaar af te wenden dat de stoornis van de geestvermogens van betrokkene binnen de instelling doet

veroorzaken. Cliënt dient over het besluit hem onder dwang te behandelen een klacht in bij de klachtencommissie.

De klachtencommissie concludeert dat het vaststaat dat cliënt gedurende langere tijd niet daadwerkelijk agressief is geweest. De commissie vindt om die reden dat de behandelaar onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat cliënt binnen de instelling een gevaar veroorzaakt. Voordat overgegaan kan worden tot dwangbehandeling dient een behandelaar te onderzoeken of het gevaar op een andere manier is af te wenden dan door een behandeling onder dwang. De klachtencommissie concludeert dat de behandelaar niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij zo'n onderzoek heeft verricht. Wel bevestigt de behandelaar dat cliënt op een goede manier met zijn stemmen en de daarbij behorende angsten omgaat.

Hoewel de commissie erkent dat cliënt medicatie gebruikt en dat een oorzaak zou kunnen zijn voor de goede wijze waarop cliënt met het horen van stemmen omgaat, acht zij in het kader van de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit van belang dat de behandelaar moet kijken of een ander beleid mogelijk is. Zij verklaart de klacht **gegrond**.

AdM

De ziel in de psychiatrie gevonden..... soms

Ik ben 24 en kijk uit het raam. De gedachte om tot mijn 65e op dit notariskantoor te zitten, jaagt ineens schrik aan. Maar wat nu? Ongemerkt is de bezieling verdwenen. Het gemis van de ziel roept het verlangen op er meer van te weten. Waar gaat het om in het leven, wat bezielt de mens?

Ik ben 24 en ga weer naar school om daarna, op zoek naar 'de ziel', psychologie te studeren. Groot is de teleurstelling dat de studie begint bij pissebedden, die ons zoveel over hun 'motivatie' kunnen vertellen. Aan het eind van het jaar geeft Rogers' boek "Mens worden" weer moed om door te gaan. Ik leer nog van alles. Maar de ziel komt eigenlijk niet ter sprake. Zo kom ik gewapend met boekenkennis als pvp in de psychiatrie terecht, nog steeds op zoek naar de ziel.

En ... in de psychiatrie heb ik de ziel gevonden. Althans, ze laat zich zo nu en dan zien, even. Vaker blijft ze diep verstopt of trekt ze zich terug. De ziel laat zich niet zomaar vinden. Ze speelt een soort kiekeboe.

Met name cliënten ben ik veel dank verschuldigd. De essentie van hun klachten bracht steeds sterker aan het licht waar de ziel in de hulpverlening ontbrak. Kon ik me in het begin vooral vinden in de argumenten van de hulpverleners, door de studie vertrouwd en bekend; steeds vaker ontdekte ik dat het cliënten om iets anders ging. Als 'iets' ten diepste over het hoofd werd gezien of gekrenkt, dan woog daar welk goed bedoeld behandelargument niet tegen op. Dat 'iets', dat ik als de ziel ben gaan herkennen, moet eerst de ruimte krijgen.

Veel hulpverleners ben ik dank verschuldigd. Er zijn wijze hulpver-

leners die weten van de ziel en hoe er mee om te gaan, en er zijn hulpverleners die denken dat ze het weten. De reacties van beide typen hulpverleners gaven aanwijzingen wanneer de ziel zich wel en wanneer niet laat zien.

Ook mijn eigen vallen en opstaan heeft veel verhelderd. Van lieverlee is mij de context duidelijk geworden waarin de ziel zich kan openbaren. Ruimte, rust, in het nu zijn, veiligheid, respect, luisteren vanuit het hart, met sympathie en dienstbaarheid - en de ziel kruipt door de kieren van het menselijk tekort heen. Op zo'n moment is het voor mij en de ander duidelijk dat er iets bijzonders gebeurt. De essentie van zijn wordt ervaren. Kostbare momenten - van heling? Men voelt zich even boven zichzelf uitgetild. Ontroerd en blij wordt het gesprek afgerond. Zo 'compleet' kan het zijn als de ziel ruimte krijgt.

Hoe komt het toch dat deze contacten, waar zowel hulpvrager als hulpverlener zo diep naar verlangen en gelukkig van worden, niet vanzelfsprekend zijn? Ligt dit aan de hulpvrager? Wanneer ben je de ideale hulpvrager? Als je je hart durft te openen, je angsten en verwachtingen durft los te laten, je afhankelijk en kwetsbaar opstelt? Als je de vraag goed verwoordt, er geen emoties in de weg zitten?

Ligt dit aan de hulpverlener? Wanneer ben je de ideale hulpverlener? Als je eerst de mens ziet en daarna zijn probleem of stoornis? Als je je niet verschuilt in je rol noch in het protocol? Als de hulpvraag precies past bij wat je aankunt? Als je durft te zeggen dat soms de hulpvraag een maatje te groot is? Als er geen problemen in het eigen rugzakje zitten? Als je je niet laat intimideren door de eisen van de organisatie en de werkdruk?

Tussen hulpvrager en hulpverlener kunnen onzichtbare muren opgetrokken zijn, die beiden opsluiten in hun rol, angsten en (voor)oordelen. Maar kom op, we zijn meer dan onze rollen, angsten en oordelen. We zijn ten diepste zielen die elkaar willen ontmoeten om met elkaar gelukkig te worden en elkaar te helen.

Fietje Wijkniet, pvp in de regio Den Haag

Klachtmogelijkheden in nieuwe wet ongelukkig

De heer Winter, voorzitter van de klachtencommissie van GGZ Friesland, geeft zijn visie op het werk van de klachtencommissie en de rol die verschillende partijen spelen bij het goed afhandelen van klachten. Eén vraag is afkomstig van de vorige geïnterviewde voorzitter; de heer Winter kiest zelf een voorzitter voor een volgend interview, en stelt deze persoon ook alvast een vraag.

Wie bent u, en hoe bent u voorzitter van de klachtencommissie geworden?

Ik ben Geert Winter, advocaat te Sneek sinds 1972. Men heeft mij in 2001 gevraagd voorzitter te worden. Ik had geen directe binding met de psychiatrie maar was toen wel al betrokken bij andere klachtencommissies, onder andere in verpleegtehuizen.

Wat is de belangrijkste taak van de commissie?

Twee kanten: de klager kan zijn verhaal doen en de werkwijze van medewerkers wordt getoetst. Ik verbeeld me dat de commissie ook op een zekere wijze bijdraagt aan de uniformiteit en kwaliteit van werken binnen de ggz en de medewerkers wijst op de verplichtingen die ze hebben. Een heleboel dingen slijten in. Het separerenbeleid is daar een mooi voorbeeld van 'we hebben haast, dus we separeren'. Zonder dat men zich afvraagt: is dit geoorloofd en is separeren in dit geval nu echt noodzakelijk? Het is dan goed dat er op gewezen wordt dat veel zaken aan regels gebonden zijn. Ik verbeeld me dus dat een uitspraak van de commissie een grotere uitstraling heeft dan alleen op de persoon ter zitting.

Heeft u er zicht op wat er met de uitspraken gebeurt?

In het verleden reageerde de Raad van Bestuur altijd correct en accuraat en dat doet zij nog, maar men heeft na een reorganisatie de uitvoering van de aanwijzingen bij de divisiedirecteuren gelegd. Zij moeten zelf eventuele maatregelen nemen, maar wat er met die aanwijzingen gebeurt, onttrekt zich volledig aan onze waarneming. Overigens gaat de klachtregeling op de schop. In de nieuwe wet kunnen de commissies een zwaarwegend advies geven en als blijkt dat er niets mee gebeurt, dan kun je in beroep gaan. Het niet uitvoeren van een aanbeveling is dan een beroepsgrond en de geschillencommissie kan de aanbeveling dwingend voorschrijven, althans in het ontwerp van wet.

Het Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvg), de toekomstige vervanger van de Wet Bopz, voorziet in een door de minister benoemde regionale klachtencommissie. Wat vindt u van dit voorstel?

Ik vind de nieuwe ontwikkelingen, waarbij diverse klachtmogelijkheden langs elkaar lopen, ongelukkig. Iedereen heeft het over laagdrempeligheid en klantvriendelijkheid, maar veel klachten hebben naast Bopz-aspecten ook algemene klachtaspecten. In de toekomst zou je dan naar twee verschillende commissies moeten, of erger nog, ook nog naar een derde, de geschillencommissie. Men behoudt het beroep op de rechtbank. Daarnaast hebben we dan nog de nieuwe figuur van de klachtenfunctionaris. Hoe gaat dat allemaal laagdrempelig geregeld worden, welk secretariaat verwijst naar wie, enzovoort. Wat dreigt is een woud van regelingen, om nog te zwijgen van de kosten. Allemaal gejuridiseer, waar de klant niet beter van wordt. En door al die verschillende regelingen naast elkaar wordt het werk voor de medewerkers er ook niet gemakkelijker op.

Mevrouw van den Berg, uw collega uit Drenthe, vertelde in het vorige interview dat u bezig bent het reglement in die zin te veranderen dat familieleden een zelfstandige klachtmogelijkheid krijgen. Hoe staat het daarmee?

We zijn het reglement aan het aanpassen. De voorstellen moeten nog langs de cliëntenraad. In het voorstel worden de termijnen aangepast. En inderdaad, zoals familieleden mogen klagen onder de Wet Bopz, kan dat

nu ook onder de WKCZ, maar als vertegenwoordigers van de cliënt. De kring van klagers hebben wij gelijk gesteld aan de regel die daarvoor in de WGBO geldt. Mevrouw Van den Berg vroeg zich af of een cliënt moest instemmen met feit dat een derde een klacht namens hem indiende. Dat probleem bestaat ook onder de bestaande regeling. De regel is dat een cliënt op de hoogte wordt gesteld van de ingediende klacht en dat de

klacht niet zal worden behandeld als de cliënt daar bezwaar tegen heeft. Nieuw is dat de familie, en andere direct betrokkenen in de toekomst ook een eigen klachtrecht hebben en kunnen klagen over hun eigen bejegening.

Wat vindt u van het idee dat klachtencommissies in WKCZ-klachten een door een medewerker genomen beslissing moeten kunnen schorsen?

We kunnen als commissie in onze uiteindelijke uitspraak alleen maar advies uitbrengen, meer doen we niet. We hebben niet de bevoegdheid om medewerkers te beletten hun werk te doen. We kunnen moeilijk tegen iemand zeggen 'je moet daar in afwachting van de uitspraak mee ophouden' terwijl de aard van de uitspraak slechts een advies is. We hebben het er in het overleg van de Noordelijke klachtencommissies over gehad. Sommige commissies in het land schorsen inderdaad bij bijvoorbeeld overplaatsing, ontslag of kamerontruiming, maar het probleem is, dat het naar ons idee niet kan. Je dicht jezelf een

bevoegdheid toe in de voorlopige voorziening die je in de hoofdbeslissing niet eens hebt. Volgens mij kun je niet verder komen dan te zeggen: 'moet je eens luisteren volgende week wordt die klacht behandeld, wees zo vriendelijk en wacht nou even met het nemen van maatregelen'.

Wat vindt u van de rol van de pvp bij klachtzaken?

Prima, zeg ik zonder enige terughouding, klachten van patiënten zijn vaak heel ongericht; jullie maken er een duidelijk verhaal van, juridisch goed onderlegd. Ik zou het toejuichen als we voor verweerders ook zo'n figuur hadden.

Quote Quote Quote Quote Quote Quote Quote Quote Quote Quote Quote Quote

Daarmee is de volgende vraag al

half beantwoord: vindt u dat aangeklaagde medewerkers zich voldoende voorbereiden?

Soms wel, maar ook heel vaak niet, en vaak is het ook geen ter zake doend verweer. Jullie hebben een juridisch verhaal maar zij hebben vaak alleen een goed bedoeld verhaal en daardoor kom je ook niet tot een goede discussie. Het schort vaak aan goede voorbereiding. Een afwerende defensieve houding is vaak jammer; we zitten er als commissie niet om iemand te hangen, maar om boven water te krijgen wat er gebeurd is. Aan de goede bedoelingen twijfel ik nooit. Medewerkers hebben een geweldige inzet, maar werken vanuit een heel andere wereld. Ze denken niet in bevoegdheden en in juridische grenzen.

U mag de beurt doorgeven. Welke klachtencommissievoorzitter wilt u in het volgende interview zien, en welke vraag zou u hem of haar willen stellen?

De heer Bart Trooster, voorzitter van de klachtencommissie van Accare. Mijn vraag is: hoe gaat de klachtencommissie om met ouders die klagen over wat hen of het kind overkomen is, als deze niet de voogdij van het kind hebben?

BH

Een geïnformeerd mens telt voor twee

Informatie gemeentes over gedwongen opname onjuist

Een zoektocht op het internet levert veel, heel veel informatie op. Dat er een hoop onzin wordt geschreven is geen verrassend nieuws. Maar soms mag je er toch vanuit gaan dat de informatie klopt, sterker, móet je ervan uit kunnen gaan. Zeker wanneer die informatie gaat over iets belangrijks als gedwongen opname, en wordt gegeven door een overheidsinstantie als een gemeente. Niets is minder waar. Een kleine speurtocht langs gemeentelijke websites leidt tot heel wat (mis)informatie.

Op de vraag hoe je als inwoner van de gemeente Coevorden in een psychiatrisch ziekenhuis terecht kunt komen laat de gemeente haar burgers weten: *Wanneer iemand weigert mee te werken aan bijvoorbeeld een bepaalde behandeling, dan kunt u via een verklaring van de burgemeester onder dwang worden behandeld. Een gedwongen opname kan bijvoorbeeld voorkomen wanneer iemand een gevaar voor zichzelf oplevert of voor de omgeving onaanvaardbare overlast veroorzaakt.** De gemeente Castricum wil het zover niet laten komen en schrijft op haar website: *een gedwongen opname kan bijvoorbeeld voorkomen dat iemand een gevaar voor zichzelf, een ander of de omgeving oplevert. Maar hier dient wel eerst de volgende vraag beantwoord te worden: Heeft u en/of uw omgeving last van het gedrag van iemand in verwarde toestand? Als dat het geval is dan kan de gemeente de betreffende persoon laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Zo makkelijk komen we binnen. Je hoeft maar last te hebben en de ambulance rukt uit. In de gemeente Castricum moet er een schrijnend beddentekort zijn, dat kan haast niet anders. Maar zo somber moeten we het ook niet inzien, want opname is pas mogelijk op basis van een grondige procedure, waarbij advies van een psychiater onontbeerlijk is. Vervolgens schrijft ze onder 'gang van zaken': Voor een gedwongen behandeling is een verklaring van de burgemeester nodig. En tot slot lezen we onder het kopje synoniemen: *Bijzondere opname Psychiatrische Ziekenhuizen; buitengewone opname; overlast van verwarde persoon; een gek; onaanvaardbaar gedrag.**

Nou, daar komen we echt verder mee.

Burgemeester behandelt?

In Vlaardingenvindt de zoekende burger deze informatie: *Een gedwongen opname of buitengewone opname in een psychiatrisch ziekenhuis kan bijvoorbeeld voorkomen wanneer iemand een gevaar voor zichzelf oplevert, voor de omgeving onaanvaardbare overlast veroorzaakt of weigert mee te werken aan een bepaalde behandeling. Wanneer iemand weigert mee te werken aan een behandeling kan een buitengewone opname in een psychiatrisch ziekenhuis worden afgedwongen in het kader van de Wet Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen. U kunt dan bij de burgemeester een verklaring aanvragen voor behandeling onder dwang.*

De gemeente 's-Hertogenbosch pakt de zaken zorgvuldig aan en hier besluit de burgemeester tot opname nadat advies is uitgebracht door een deskundig psychiater, en hier leidt 'het weigeren van een bepaalde behandeling' alleen

tot een gedwongen opname. De behandeling onder dwang op instigatie van de burgervader is hier dus nog niet aan de orde.

Ook in de gemeente Weststellingwerf is men voortvarend; hier is het voldoende bij weigering van een bepaalde behandeling - wat wordt daar nou toch steeds mee bedoeld (?) - een verklaring van de burgemeester te verkrijgen om behandeling onder dwang te laten plaatsvinden. Een gevaarscriterium wordt niet eens meer genoemd.

Grondig en onontbeerlijk

De gemeente Zoetermeer gaat ook niet over een nacht ijs. Evenals in Castricum wordt eerst de vraag gesteld of men last heeft van het gedrag van iemand in verwarde toestand en als dat het geval is, dan kan de gemeente de betreffende persoon laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Wel wordt nog als voorwaarde gesteld dat iemand een gevaar voor zichzelf, de ander of de omgeving oplevert. Dat scheelt. Maar de opname is ook in deze gemeente pas mogelijk op basis van een grondige procedure waarbij advies van een psychiater onontbeerlijk is, en ook hier is voor gedwongen behandeling een verklaring van de burgemeester nodig. Eenzelfde tekst zien we bij de gemeente Delfzijl. Ook in Schiedam ontkom je niet aan behandeling onder dwang wanneer je niet wilt meewerken aan een 'bepaalde behandeling'. In Heemstede en Roosendaal is het helemaal oppassen geblazen. Hier wordt de burger als volgt bedreigd: *"Wanneer iemand weigert mee te werken aan bijvoorbeeld een bepaalde behandeling, dan kunt u via een verklaring van de burgemeester onder dwang worden behandeld."* En ook bij deze gemeenten moet iemand een gevaar zijn voor zichzelf of voor de omgeving onaanvaardbare overlast veroorzaken.

Dwangmatige behandeling

Erg bont maakt de gemeente Ede het wanneer ze stelt dat bij weigering van een bepaalde behandeling de persoon *dwangmatig* kan worden behandeld. Toe maar.

Ook in de gemeente Opmeer draait men de hand niet om voor het toepassen van een *dwangmatige* behandeling. Maar pas bij weigering van medewerking aan *bijvoorbeeld een bepaalde behandeling*. Dat spreekt. En ook in deze gemeente is daarvoor een verklaring van

de burgemeester nodig. Ze hebben het er maar druk mee, die burgemeesters.

Burgemeesters die beslissen over gedwongen dan wel dwangmatige behandeling, geen gevaarscriterium te bekennen, procedures zijn onduidelijk, en wat moeten we ons voorstellen bij dat onontbeerlijk advies van een deskundige (in plaats van een ondeskundige?) psychiater? Een treurig hoog klok- en klepelgehalte op de gemeentelijke websites, zoveel is wel duidelijk geworden.

Er zijn trouwens ook gemeenten die niets over dit onderwerp te melden hebben.

Da's misschien maar beter. Geen informatie is te verkiezen boven onvolledige informatie en nonsens. De gemeente Zutphen echter onderscheidt zich positief ten opzichte van de hiervoor genoemde gemeenten. Hier heeft de afdeling voorlichting zijn werk gedaan en gewoon eens gekeken naar wat er in de Wet Bopz staat.

Tsja, zo kan het natuurlijk ook.

WR

*Bron: Internet > Gemeente..... Digitaal Loket > Producten en diensten

Tekortkomingen in instellingen aangepakt

Soms komt een patiëntenvertrouwenspersoon in een instelling tekortkomingen tegen die afbreuk doen aan de rechten van cliënten. De pvp vraagt hier dan aandacht voor bij desbetreffende afdeling of leidinggevende in een 'signaal'.

Klagen in privacy

Wanneer een cliënt vindt dat hij door een hulpverlener onzorgvuldig of verkeerd is behandeld kan hij daarover een klacht indienen, bijvoorbeeld bij de klachtencommissie van de zorginstelling. De zorginstelling moet op een goede manier omgaan met klachten. De Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg doet hierover een aantal aanbevelingen. Het is de bedoeling dat zowel de klager als de beklaagde respectvol worden behandeld en een klacht de hulpverlener stimuleert om te komen tot betere zorg. Alle ggz-instellingen hebben zich aan deze Klachtenrichtlijn geconformeerd en moeten zich dan ook aan de aanbevelingen in deze richtlijn houden.

Een pvp hoort dat in een instelling de uitspraken van de klachtencommissie worden bewaard in het cliëntendossier van de betreffende cliënt. Dit strookt niet met de aanbevelingen in de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. Hierin staat namelijk dat het opnemen van informatie over een klachtgesprek of -procedure in het cliëntendossier kan leiden tot aantasting van de privacy van de cliënt. Niet alleen de hulpverlener waarover de cliënt klaagt, maar alle hulpverleners die bij de behandeling betrokken zijn kunnen deze informatie namelijk lezen. Een cliënt heeft het recht dat elke hulpverlener hem onbevooroordeeld tegemoet treedt. Wanneer anderen weten dat er sprake is van een klachtenprocedure kan dat het belang van de cliënt schaden. De pvp schrijft hierover een signaal aan de Raad van bestuur van de instelling. Deze pakt het signaal direct op en uitspraken van de klachtencommissie worden niet meer in het cliëntendossier bewaard.

Informatie moet schriftelijk

De geneesheer-directeur moet ervoor zorgen dat

een cliënt die met een rechterlijke machtiging (rm) of inbewaringstelling (ibs) is opgenomen, schriftelijke informatie krijgt over bepaalde beslissingen van een behandelaar. Het valt een pvp op dat dit op een opnameafdeling van een ggz-instelling niet of onvoldoende gebeurt. Navraag op de afdeling leert hem dat gedwongen opgenomen cliënten altijd mondeling geïnformeerd worden. Dit is een tekortkoming, want in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) is geregeld dat gedwongen opgenomen cliënten schriftelijk geïnformeerd moeten worden wanneer één van de volgende beslissingen genomen wordt:

- de beslissing tot behandeling tegen de wil van de cliënt (dwangbehandeling);
- de beslissing dat een cliënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen inzake de voorgestelde behandeling (een wilsonbekwaamverklaring);
- de beslissing tot de toepassing van middelen of maatregelen (bijvoorbeeld separatie);
- de beslissing tot het doorzoeken van post op gevaarlijke voorwerpen, het beperken van het recht om bezoek te ontvangen, het beperken van het recht om te telefoneren of het recht op bewegingsvrijheid;
- de beslissing tot het nalaten van de afgesproken behandeling.

In de schriftelijke informatie hoort te staan wat de reden is voor de beslissing om de gedwongen opgenomen cliënt in zijn rechten te beperken, dat de cliënt de pvp kan inschakelen en dat de cliënt over de beslissing een klacht kan indienen bij de klachtencommissie.

De pvp vraagt de geneesheer-directeur deze tekortkoming op te heffen. Deze laat in zijn reactie weten dat cliënten in het vervolg ook schriftelijk geïnformeerd zullen worden wanneer één van de genoemde beslissingen wordt genomen.

Creatief met PAAZ

Een groep cliënten van een PAAZ verveelt zich. Ze hebben maar een paar uur per week therapie en op de afdeling is weinig te doen. Voorheen was het mogelijk om een aantal uren per dag onder begeleiding creatief bezig te zijn, maar door recente bezuinigingen is dit gestopt. De pvp bespreekt de situatie met het afdelingshoofd. Deze erkent het probleem, maar denkt dat er op korte termijn geen oplossing gevonden kan worden. Er is geen geld voor het begeleiden van creatieve activiteiten. Ze hebben op de afdeling wel een klein budget beschikbaar, en het afdelingshoofd stelt voor een deel daarvan te gebruiken om knutselmateriaal voor de groep aan te schaffen. De groep cliënten is blij met deze creatieve oplossing.

HvD

Colofon

De pvp-krant is een uitgave van de Stichting PVP. De Stichting PVP geeft cliënten van de zorg 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 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
T 030-2718353, F 030-2716256
Bij vragen en klachten over de GGZ:
Helpdesk PVP, T 0900-4448888

Deze pvp-krant werd

geschreven door: André de Mol
Bert Hofma
Caroline Snijder
Eddy Raymann
Femke Welles
Fietje Wijkniet
Gerard Wiersema
Hans Arwert
Henk van Dijk
Henriëtte van der Laan
Nannie Flim
Perdita bij 't Vuur
Ronald de Koster
Welmoet Wels

Foto's: Arianne de Geus
Stockfoto's

Beeldredactie: Arianne de Geus

Eindredactie: Welmoet Wels

druk: TGO ontwerp reklame drukwerk,
Uden

Oplage: 7.600

ISSN 1380-1996

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. We kunnen uw brief weigeren, aanpassen of inkorten.

Vrijdagmiddag net na vieren, ik ben al bezig met de afronding van de dag, belt de Helpdesk PVP mij op ineens op mijn mobiel. Hé, denk ik nog, dat is sterk; de Helpdesk werkt toch maar tot vier uur? Een cliënt, meneer R, had nog nét vóór de klok van vier gebeld, vertelt mijn collega die vandaag helpdeskdienst heeft. Meneer R was blij dat hij iemand aan de lijn kreeg, want hij zat goed in de penarie; hij had hulp nodig, maar zijn noodkreet werd niet gehoord. Meneer R had de naam genoemd van de instelling waar ik pvp ben, en de Helpdesk vraagt dan ook of ik deze meneer wil terugbellen. Ik zal het maandag tussen de bedrijven door doen, zeg ik tegen mijn collega van de Helpdesk en leg snel neer, want de vaste lijn begint te rinkelen. Tjonge, denk ik nog, wat een drukte ineens zo aan het eind van de dag. Het is de receptie van het gebouw waar ik zit. Er staat een cliënt bij hen aan de balie die me wil spreken. En ja, u raadt het al: meneer R.



hij anders heen, de Riagg had hem ook al weggestuurd. Ik probeer een advies: het Leger des Heils? Een boze blik.

Geen goed idee. "Ik ben geen junk!" Meneer R gaat zelfs in de paar minuten dat ik nu met hem zit te praten, al zienderogen achteruit. "M'n hoofd, m'n hoofd...!" Het is een vreemde gewaarwording. De stress spat van hem af. Hij zit geen drie seconden stil en kijkt de hele tijd in het rond, zijn vuisten tegen zijn slapen gedrukt. Zou dit nu decompenseren zijn? Ik kan geen ander woord bedenken dat zijn toestand beter beschrijft. Een arts, denk ik. Hij moet door een arts gezien worden; die kan beoordelen wat voor hulp deze meneer nodig heeft op dit moment. Ik maak een handgebaar dat moet betekenen 'hou meneer eventjes in het oog, ik ben zo terug' naar de receptiemedewerker, die van achter de balie ons in de gaten houdt. Hij komt meteen met een vers kopje koffie en een paar tissues aanlopen voor meneer R.

Ik naar bureau opname, verderop in de gang. Het is inmiddels bij vijven en daar zit het nachthoofd al. Geboortedatum invoeren: "Nee, helaas, meneer R is niet bekend bij ons. Probeert u onze crisisdienst eens, en anders de huisartsenpost." Ik geef dit en de telefoonnummers van beide diensten door aan meneer R, die door de vriendelijke aandacht van de receptiemedewerker ietsje is gekalmeerd. Hij zegt dat hij wel in staat is zelf te bellen en gaat naar buiten, naar de telefooncel ietsje verderop. Net als ik weer op mijn kamer zit gaat de telefoon: de crisisdienst. Dat het 'zo niet werkt' en 'wat heeft u wel niet tegen meneer R gezegd?' Ik begrijp niet helemaal waar hij op doelt, maar leg uit dat ik alleen doorgeefluik heb gespeeld. De crisisdienst is onder andere verbolgen omdat ze zo gaan sluiten: "Het is tenslotte bijna half zes!" Meneer R moet zich maar bij de huisartsenpost melden; die werken vanaf vijf uur". "Stuk lokettist!", denk ik bijna, maar nog net niet, hardop. Ik terug naar de receptie. Meneer R zit daar met het derde kopje koffie maar is aan het eind van z'n Latijn. De receptionist heeft het nachthoofd uit zijn kamer tje gesleurd, die nu naast meneer R zit te bellen. Hij is nu bezig om hulp te zoeken voor meneer R en zit stevig in te praten op de crisisdienst, maak ik op uit wat hij zegt. Maar veel lijkt het nog niet te helpen. Ik ga naast meneer R zitten. Leg uit dat ik niks meer kan doen. Mijn bemoeienis houdt hier op en ik neem met een paar bemoedigende woorden afscheid.

Bij de deur kijk ik nog even om. Het is een chaotisch tafereeltje dat ik achterlaat. Meneer R met zijn verwilderde blik en jachtige gebaren, onsamenhangend bellend met de huisartsenpost. Naast hem het nachthoofd, goochelend met protocollen en paperassen, telefoon op een schouder geklemd, een verwoed verbaal bombardement uitvoerend richting crisisdienst. En de receptionist die aan komt lopen met weer een vers kopje koffie. Ik krijg sterk het gevoel dat meneer R niet onder de brug hoeft te slapen vannacht. Misschien dat de receptionist vannacht wel gezelschap heeft van een bijna psychotische man van een jaar of 40.

Eén ding weet ik zeker: soms moet je gastvrijheid afdwingen.

HA/WW

Eigenlijk heb ik geen tijd, maar je laat een cliënt die zegt in nood te zijn, toch ook niet in de kou staan. Dus ik ga met mijn agenda naar beneden om een afspraak met hem te maken. Een persoonlijke afspraak kan op zijn vroegst kan volgende week vrijdag, zie ik terwijl ik al bladerend door de week door de hal loop. Maar dan zie ik meneer R staan, zich met een hand vastklampend aan de balie, een paar puilende plastic tassen in de andere hand. Zijn knokkels zijn wit. De medewerker houdt hem scherp in de gaten met een bezorgde blik. Ik schrik van hem. Ik ken hem niet, maar het is duidelijk dat hij zich belabberd voelt. Hij is onrustig. Als een opgejaagd hert. Zijn haar zit in de war en hij ruikt niet al te fris. Mijn stevige voornemen om hem pas volgende week vrijdag te spreken smelt weg als een waterijsje op een zomerdag.

Meneer meetronen naar het zitje in de hal, koffie erbij, pen en papier. En dan komt het verhaal. Thuis kan hij niet wezen, daar is het niet pluis, het gaat niet goed, waar moet hij slapen, hij wil naar het Raadhuis (dat is hier de gesloten afdeling) want daar heeft hij al meer gezeten en waar moet

 PVPkrant 2

In de volgende krant onder meer:

- Ombudsvrouw Moniek van der Meij over het ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking bij hun vragen en klachten over de zorg
- Vraag het de voorzitter: de heer Bart Trooster, voorzitter klachten commissie van instelling voor kinder- & jeugdpsychiatrie Accare, over klachten van familieleden van cliënten
- Cliëntenpanel Stichting PVP: wat doet het, hoe werkt het? Een interview met panellid Maurits Niers
- Terugblik op 2008. Hoe heeft de Stichting PVP haar werk gedaan, en wat zijn de resultaten?