



STICHTING **pvp**
vertrouwenspersonen in de zorg

pvp *krant*

Nieuwsbrief van de Stichting PVP
23e jaargang nummer 1 lente 2013

Stigma en zelfstigma



**'Eens een dossier,
altijd een dossier?'**

pvp *krant*

De pvp geeft zijn cliënt altijd zelf de regie

Deze pvp-krant staat in het teken van 'stigma'. Niet geheel toevallig valt dat samen met het thema van de Week van de Psychiatrie 2013 "Stigmatisering: wat verbeeld jij je wel?" De centrale vraag tijdens deze week is: hoe kunnen we stigma en zelfstigma de wereld uit helpen? Want niet alleen stigmatisering is een wijdverbreid probleem, ook zelfstigmatisering is iets waar veel mensen met psychische problematiek (vaak onbewust) onder lijden. Als patiëntenvertrouwenspersonen helpen wij graag mee aan het onder de aandacht brengen van deze problematiek.

De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) hoort van cliënten regelmatig verhalen die direct of indirect te maken hebben met stigma. Psychiatrische patiënten voelen zich bijvoorbeeld niet serieus genomen wanneer ze een aangifte willen doen bij de politie. Of ze vertellen dat, wanneer ze met een lichamelijke klacht naar de huisarts gaan, deze hun diagnose er steeds maar weer bijhaalt. Terwijl dat niet relevant (meer) is. En hoe zit het met weer aan het werk gaan. Krijg



Wat is stigma?

Stigma betekent letterlijk stempel of brandmerk. Je labelt mensen op grond van een bepaald kenmerk. Veel mensen die met psychische problematiek te maken hebben (gehad), worden gestigmatiseerd en lopen nogal eens aan tegen vooroordelen. Helaas is er in onze samenleving vaak onvoldoende begrip en respect voor 'mensen die anders zijn' waardoor zij een achterstand op belangrijke levensterreinen kunnen ontwikkelen. Bijvoorbeeld als het gaat om onderwijs, wonen, werk en sociale contacten.

Wat is zelfstigma?

Als (ex)cliënt weet je dat er 'anders' naar je wordt gekeken. Vooroordelen van de buitenwereld kunnen zo ook de gedachten en oordelen over jezelf beïnvloeden. Dat noemen we ook wel zelfstigma. Je denkt van jezelf dat je incapabel en niet gelijkwaardig bent aan anderen. Je bent je voortdurend bewust van wat anderen van jou zouden kunnen vinden. Daar handel je ook naar. Je sluit je daardoor nog meer op, durft niet 'zomaar' ergens heen te gaan en je houdt je psychiatrische aandoening angstvallig verborgen. Op die manier vererger je zelf – hoewel onbewust - het stigmaprobleem.

De Week van de Psychiatrie is een activiteit van landelijke en regionale cliënten-organisaties en cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang. De Week van de Psychiatrie heeft tot doel de positie van cliënten in de samenleving en in de zorg te versterken. LOC Zeggenschap in zorg is de sponsor.

Meer informatie over de week van de psychiatrie kunt u lezen op www.weekvandepsychiatrie.nl

je met het stigma dat aan je kleeft wel een eerlijke kans op de arbeidsmarkt? Op deze vragen heeft

'Helpen stigma doorbreken'

de pvp-krant geprobeerd een antwoord te zoeken. Daarnaast komen in deze krant ervaringsdeskundigen aan het woord die hun best doen om samen met hun cliënten zelfstigma te doorbreken.

Een pvp kan stigma's niet wegnemen. Centraal in de werkwijze van een pvp staat dat de cliënt altijd zélf de regie heeft en de pvp de cliënt daarbij zo goed mogelijk ondersteunt. Dat alleen al kan helpen bij het doorbreken van zelfstigma. Daarnaast kun je als pvp de cliënt aangeven hoe het één en ander wettelijk geregeld is. Dat u bijvoorbeeld kunt vragen om uw dossier te laten aanpassen of uw eigen verhaal te laten toevoegen. De pvp kan ook helpen bij het indienen van een verzoek om uw dossier te laten vernietigen.



Zoals u hiernaast kunt lezen betekent stigma letterlijk een herkenbaar 'stempel' geven aan iets of iemand.

Dat laatste kan ook voordelen hebben. Iedereen weet waar dat stempel voor staat. Ook de Stichting PVP gebruikt zo'n 'stempel', maar dan noemen we het een logo of beeldmerk. Sinds kort zijn wij overgestapt op een nieuw, eigentijds logo zoals u kunt zien op de voorkant van deze krant.

Dit jaar passen we al ons materiaal aan aan het nieuwe logo en de daarbij passende huisstijl, bijvoorbeeld onze geheel vernieuwde website www.pvp.nl. Neem er vooral eens een kijkje op, u vindt er veel antwoorden op vragen rondom uw rechten binnen de psychiatrie. Ook de pvp-krant zal worden aangepast, deze krant is de laatste in de oude vorm.

Nannie Flim, bestuurder van de Stichting PVP

Rectificatie bij interview met Pieter Ippel

In de vorige pvp-krant is aandacht besteed aan het onderzoek van Pieter Ippel over rechtszittingen bij machtingsprocedures. Aangegeven werd dat jaarlijks 30.000 mensen met een dwangopneming worden geconfronteerd. Dat klopt niet. Pieter Ippel spreekt in zijn boek van zo'n 30.000 dwangopnames per jaar.

Het aantal dwangopnames zegt weinig over het jaarlijks aantal gedwongen opgenomen personen. Het aantal gedwongen opgenomen personen is niet bekend, omdat dit niet bijgehouden wordt. Er is bijvoorbeeld een groep cliënten die met een IBS is opgenomen, en aansluitend een rechterlijke machtiging krijgt. Dit wordt in de registratie van het aantal dwangopnames geteld als twee dwangopnames, terwijl het eigenlijk gaat over de verlenging van de dwangopname van één persoon. Ook gegevens van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over het jaarlijks aantal inbewaringstellingen (in 2011 zo'n 9700) en de jaarlijks afgegeven opnemingsmachtigingen (in 2011 zo'n 13.000) geven geen duidelijkheid over het aantal gedwongen opgenomen personen.



Vragen of klachten over de ggz?

Kijk op www.pvp.nl of bel de Helpdesk PVP

T 0900 4448888 (10 ct. per minuut)

Deze kunt u bellen op:

maandag t/m vrijdag 10:00 - 16:00 uur

zaterdagmiddag 13:00 - 16:00 uur

of stuur een e-mail naar helpdesk@pvp.nl

STICHTING PVP
vertrouwenspersonen in de zorg

Hoe kom je aan werk met een psychiatrisch verleden?

Ik weet nu wat ik wil en kan

Werken is belangrijk, dat geldt voor bijna iedereen. Van werken krijg je zelfvertrouwen, structuur in je leven, meer geld en nieuwe sociale contacten. Je wordt aangesproken op wat je kunt en verovert weer een volwaardige plek in de maatschappij. Maar hoe vind je werk wanneer je een psychiatrisch verleden hebt?

“Toen ik na mijn opname er weer aan toe was om te gaan werken en bij het UWV aanklopte, kreeg ik een arbeidsdeskundige toegewezen,” vertelt Munira. “Zij had niet de beschikking over al mijn medische info maar zij wist wel van mijn psychische klachten. Ze maakte gebruik van een functiemogelijkhedenlijst, waarin mijn beperkingen aangegeven stonden. Zo konden we samen mijn belastbaarheid vaststellen en dat werd het uitgangspunt voor de zoektocht naar betaald werk.”

“Mensen met een psychiatrisch verleden hebben vaak problemen met communicatie, de werkdruk of het tempo,” volgens Irene, destijds de begeleidster van Munira vanuit het UWV. “Toch is het hebben van een psychiatrisch verleden niet per se lastig als je op zoek gaat naar werk. Ik ga altijd uit van het

daarom eerst gebruik gemaakt van een werkervaringsplaats. Die had mijn trajectbegeleider geregeld. Dat was iemand, naast Irene, die mij hielp om het werk goed vol te houden. Ik kreeg via hem ook een proefplaatsing. Dat is een contract voor drie maanden waarin de werkgever en de werknemer aan elkaar kunnen ‘snuffelen’ zonder dat beiden er direct helemaal aan vast zitten. Daarna wist ik dat ik klaar was om echt te gaan solliciteren.”

Irene: “Om op zoek te gaan naar betaald werk geven wij altijd aan dat het belangrijk is dat je je aan afspraken houdt. Het hebben van een psychiatrische stoornis is geen excuus om je niet aan afspraken te houden. Daarnaast stimuleren we cliënten om hun netwerk uit te breiden. Dat kan bijvoorbeeld via vrijwilligerswerk. Als je uiteindelijk echt gaat solliciteren moet je klaar zijn om moeilijke vragen te beantwoorden.”

Bespreekbaar

“Praten over mijn psychiatrisch verleden tijdens sollicitatiegesprekken vond ik niet vanzelfsprekend,” beaamt Munira. Zij is tegenwoordig werkzaam als activiteitenbegeleidster in de kinderopvang. “Het voelt toch alsof je een stigma meedraagt. Juist omdat een psychiatrische ziekte vaak zo onzichtbaar is, kan het heel lastig zijn de juiste woorden te vinden

zonder zielig of onbekwaam gevonden te worden. Daarnaast wilde ik liever dat er naar me werd gekeken hoe ik nu ben. Naar wat ik nu kan. Als mensen vroegen wat ik hiervoor voor werk had gedaan, dan probeerde ik het gat in mijn cv te verklaren door te

‘Kunnen omgaan met moeilijke vragen’

zeggen dat ik het een tijdje moeilijk had gehad. Zonder precies te vertellen wat dat dan inhield. Dus niet met alle ellende erbij.”

Munira heeft inmiddels betaald werk dat haar heel goed bevalt. Maar toch is ze nog huiverig om tegen haar collega's haar verhaal te doen. “De reactie van anderen kan heel verschillend zijn als ik iets vertel over mijn ziekte. Vrienden en familie begrijpen vaak wel wat er aan de hand is. Maar collega's kennen je natuurlijk niet zo goed. Over het algemeen zeggen mensen weinig en lijken ze de neiging te hebben om te doen alsof er niets aan de hand is. Ze stellen er geen of weinig vragen over.”

Irene geeft juist de tip om het wél bespreekbaar te maken bij al je collega's. “Je kunt beter zelf in de hand houden wat je wel en niet vertelt. De ervaring leert dat als je het maar aan één iemand vertelt, binnen de kortste keren het hele bedrijf het weet.”

Eenzaam

“Ik ben heel erg blij dat ik weer werk. Toch blijft omgaan met stressvolle situaties en dipjes moeilijk. Ook heb ik de angst om weer helemaal terug te vallen,” geeft Munira toe. Irene herkent dat van andere cliënten. “Omdat het hebben van een psychiatrisch verleden toch ook vaak verzwegen wordt, zeker in eerste instantie, kan werken ook eenzaam zijn. Omdat juist op momenten dat je het moeilijk hebt, je dat niet kunt delen met anderen. Vaak ben je toch iets onzekerder over je eigen functioneren.”

Ondanks dat het soms nog moeilijk is, ziet Munira vooral voordelen van aan het werk zijn: “Ik weet beter wat ik wil en kan. Status is voor mij niet meer zo belangrijk. Ik kijk nu meer naar werk waar ik gelukkig van word. Het kennen van mijn eigen grenzen en het durven aangeven van mijn grenzen zorgt ervoor dat ik als persoon rustiger ben geworden. Ik kijk nu echt naar wat goed voor mij werkt en maak me minder druk over wat ik denk dat anderen van mij verwachten. Ik ben meer mezelf!”

Elsa Grin

De naam Irene is verzonnen. ■

‘Status is niet meer zo belangrijk’

hier en nu en niet van wat er heeft gespeeld. Ik vind het belangrijk om te praten met de persoon die voor me zit en te horen hoe die zijn verhaal doet. Wat ik wél belangrijk vind, is dat er sprake is van zelfinzicht. De cliënt moet goed weten wat zijn eigen beperkingen zijn.”

Proefplaatsing

“In eerste instantie leek het mij heel lastig om weer in een werkritme te komen,” zegt Munira. “Ik heb



Colofon

De PVP-krant is een uitgave van de Stichting PVP. De Stichting PVP geeft cliënten in 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.

Redactie: Caroliena van den Bos, Jan Willem van Drunick, Arianne de Geus, Elsa Grin, Roeland Hofstee, Ronald de Koster, Hellen Köhler, Henriëtte van der Laan, André de Mol. Verder werkten mee: Nannie Flim en Ton Peter Widdershoven.

Overname van artikelen uitsluitend toegestaan met bronvermelding

ISSN: 1380 - 1996 Oplage: 7000

Druk: TGO ontwerp reclame drukwerk Uden

Reacties zijn van harte welkom via:

Redactie@pvp.nl of via uw pvp

Voor informatie over de Stichting PVP:

Stichting PVP, Maliebaan 87, 3581 CG Utrecht

T 030-2718353 www.pvp.nl

Bij vragen en klachten over de ggz: Helpdesk PVP, T 0900-4448888

“De ontslagbrief moet geen eigen leven gaan leiden”

Wanneer je als cliënt met ontslag gaat uit de zorginstelling, ontvangt de huisarts/verwijzer een ontslagbrief. Dat zou stigmatiserend kunnen werken, want is de informatie uit zo'n brief wel relevant voor eventuele verdere behandeling? En hoe weet je als cliënt dat er zo'n brief wordt gestuurd? Weet je wat er over je is opgeschreven? In een in 2010 ingevoerde richtlijn van artsenorganisatie KNMG staat omschreven hoe een arts dient te handelen (zie kader). Henriëtte van der Laan (pvp) vroeg Mirte Hulscher-Ruks, psychiater op een afdeling voor psychosomatiek, naar haar werkwijze. Zij is van mening dat de patiënt centraal moet staan in de ontslagbrief. Welke afwegingen maakt zij?



Geen verrassingen in de ontslagbrief

“We gebruiken een vast format voor de ontslagbrief. De belangrijkste kopjes daarin zijn: diagnose, conclusie en afspraken. We vatten samen wat er gebeurd is in de behandeling. Ik bespreek altijd met de patiënt dat ik een brief ga sturen en naar wie. De patiënt krijgt uiteindelijk een kopie van de brief en wordt op de hoogte gesteld van de inhoud. Dat gebeurt onder andere in een uitgebreide bespreking met de patiënt, de betrokken familie en het behandelteam aan het einde van de behandeling. Ook de huisarts krijgt een kopie, soms een aangepaste versie met minder persoonlijke gegevens. Als arts wil je dat een andere behandelaar weet wat de diagnose is. Hoe wij tegen de klachten aankijken en wat eventuele adviezen voor vervolgebehandeling zijn. Een diagnose heeft alleen maar zin als er een behandeling aan gekoppeld is, het gaat niet om een etiketje plakken. Het gaat er om welke hulp iemand nodig heeft. Je moet de patiënt ook goed informeren, zodat hij zelf een goede keuze kan maken voor een bepaalde behandeling. Daarbij gebruik je ook vaktermen, die je natuurlijk aan de patiënt uitlegt. Ik ben van mening dat de patiënt zelf centraal moet staan in een ontslagbrief. Ik vind het heel belangrijk dat de patiënt zoveel mo-

**‘Geen etiket
maar de juiste**

Patiënt beslist wat er in dossier staat bij huisarts

De huisarts vervult een centrale rol in de informatieverstrekking rond een cliënt. Ontslagbrieven worden daarom naar de huisarts gestuurd. Wat vindt deze inhoudelijk van de brieven die er verstuurd worden? En welke afwegingen maakt de huisarts bij het verstekken van informatie over eerdere opnames en diagnoses aan de specialist? Henriëtte van der Laan (pvp) vroeg het aan huisarts Betty Kolenberg.

Kunt u iets vertellen over ontslagbrieven die u krijgt over uw patiënten nadat zij een behandeling hebben gehad binnen de ggz?

“Het gaat meestal over mensen die ambulant zijn behandeld. Die brieven zijn vaak heel kort. Ze zeggen meestal niets over de inhoud van zo'n behandeling. Wel worden vaak diagnoses genoemd.

Dan zit ik altijd te dubben over wat ik over neem in mijn dossier in de zogeheten probleemlijst. Dit is een lijst die een huisarts per patiënt bijhoudt en waar belangrijke problemen op staan die altijd aanwezig zijn, zoals bv 'astma' of 'hart-ritmestoornissen'. Schizofrenie zou daar ook op kunnen staan. Ik voel dan vaak gêne om dat over te nemen, omdat ik heel goed begrijp dat mensen bang zijn voor de (voor-)oordelen die zo'n diagnose op zou kunnen roepen. Mensen willen niet dat een diagnose een leven lang aan hen blijft kleven omdat hij altijd weer opduikt in de probleemlijst. Anderzijds kan het ook begrip opleveren. Voor mij is de probleemlijst handig als geheugensteun. Wanneer ik een verwijsbrief moet maken, probeer ik heel secuur te zijn in wat ik daar wel of niet uit overneem. Ik loop dan altijd die probleemlijst na om te bepalen wat van belang is voor degene waarnaar ik verwijs. Verwijs je bijvoorbeeld naar een huidarts, dan hoeft deze

niet te weten dat een cliënt bijvoorbeeld relatieproblemen heeft.”

Niet relevant

Het kan ook nuttig zijn om juist iets wél te vermelden, bijvoorbeeld 'laagbegaafdheid'. Dat heb je niet altijd meteen in de gaten, maar het geeft wel een aanwijzing voor hoe je iemand zou kunnen benaderen. Ook schizofrenie of claustrofobie zijn aandoeningen die zouden kunnen opspelen bij een bezoek of opname in het ziekenhuis. Het is ook een beetje raar om dan te doen of er niets aan de hand is en je het de specialist vervolgens maar zelf laat uitzoeken. Als het niet relevant is, laat ik het weg. Soms twijfel ik en dan overleg ik dat met de patiënt. Zo was ik vorige week een verwijsbrief aan het maken voor een patiënte. In de probleemlijst stond dat zij bekend was met een bipolaire stoornis. De mevrouw in kwestie vond het vervelend die diagnose steeds weer tegen te komen. Ze zei: 'Het is niet meer aan de hand en misschien is het wel nooit aan de hand geweest. Ik wil gewoon dat je het eruit haalt'. En dan haal ik het er ook uit. Dat vond ik in dit geval geen enkel probleem.”

**‘Heel vervelend
diagnose s
tegen te**

Mag een ggz-behandelaar informatie over mij doorgeven aan de huisarts?

Hulpverleners hebben een beroepsgeheim. Uw ggz-behandelaar mag informatie aan uw huisarts geven, als u daarvoor toestemming geeft.

Contact tussen huisarts en ggz-behandelaar

De huisarts en de ggz-behandelaar nemen soms aan dat u het goed vindt dat zij informatie uitwisselen, zeker als u door de huisarts bent verwezen naar de ggz. Daarom zullen ze u niet altijd nadrukkelijk om toestemming vragen. Dit heet veronderstelde toestemming. Wilt u niet dat uw huisarts informatie over uw behandeling krijgt? Dan kunt u dat het beste tegen uw huisarts en uw behandelaar zeggen. Dit kan ook door een briefje hierover te schrijven aan hen.

Ontslagbrief

Na afloop van een behandeling stuurt een behandelaar vaak een 'ontslagbrief' of 'specialistenbrief' naar de huisarts. De artsenorganisatie KNMG schrijft in een richtlijn dat zo'n brief nodig is voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg¹. In die brief staat bijvoorbeeld welke diagnose er is gesteld, welke behandeling is toegepast en welke medicatie is gegeven. Ook kan de behandelaar daarin informatie geven over de gewenste nazorg. De KNMG geeft aan dat deze brief met

gelijk de regie heeft over zijn ziekteproces. Het mag geen document worden, dat buiten de patiënt om een eigen leven gaat leiden.”

Contact met verwijzer

“De wijze waarop je de patiënt in het proces betrekt, kan verschillend zijn. Wat we tegenwoordig vaak doen is dat we proberen de verwijzer al bij de behandeling te betrekken. En in het meest ideale geval gaan we samen met de patiënt naar de nieuwe behandelaar toe. We lichten dan mondeling toe wat we gedaan en gezien hebben. Omdat onze patiënten in het verleden vaak vastgelopen zijn, delen we ideeën voor verdere behandeling. Dat is een heel prettige manier naast alleen het versturen van een brief.”

tje plakken, e hulp bieden’

In hoeverre maakt het uit of je als behandelaar een goede behandelrelatie hebt met je patiënt?

“Daarmee staat of valt de behandeling. Een goede behandelrelatie opbouwen is de kern van onze behandeling. Dat vind ik zeker heel belangrijk. In een goede behandelrelatie kun je meer uitleggen. Mensen zullen ook eerder bereid zijn iets van je aan te nemen. Het is belangrijk om bij verschil van mening met de patiënt in gesprek te gaan in plaats van dat wij als een soort van experts zeggen: ‘Dit is de waarheid, daar moet je het mee doen’. Wat voor een patiënt tijdens een behandeling belangrijk is geweest, kan voor een professional een andere waarde hebben en andersom. Als het goed is, staan er geen verrassingen in de ontslagbrief. Alles is al uitgebreid aan de orde geweest tijdens de behandeling. Wanneer een patiënt het bijvoorbeeld toch niet eens is met de diagnose, dan is dat tijdens de behandeling onderwerp van gesprek. Als

het meningsverschil blijft, dan zoek ik een oplossing met de patiënt. Ik voeg bijvoorbeeld in de ontslagbrief toe dat de patiënt het niet eens is met de diagnose. Mocht later blijken dat de patiënt het alsnog niet eens is met de brief, dan schrijf ik een nieuwe versie. De huisarts verzoekt ik de vorige versie te vernietigen. Maar de keren dat dat gebeurd is, zijn op de vingers van één hand te tellen.”

Henriëtte van der Laan en Arianne de Geus

Vershil van mening over inhoud ontslagbrief

Evert gaat na een opname van zes maanden met ontslag. De huisarts neemt de behandeling met medicijnen over van de behandelaar. Een paar weken na zijn ontslag bezoekt Evert de huisarts vanwege een medicatiecontrole. De huisarts laat zich ontvallen dat hij in de ontslagbrief had gelezen dat de opname ‘nogal moeizaam was verlopen’. Evert had zich niet altijd ‘behandelbaar’ opgesteld. De huisarts toont zich verbaasd: zo kent hij Evert niet. Evert herkent zich op zijn beurt ook niet in deze beschrijving. Hij vraagt de huisarts om een kopie van de ontslagbrief. Deze brief geeft een nogal eenzijdig en soms negatief beeld van Evert. De brief bevat informatie die volgens Evert gedeeltelijk niet klopt en niet ter zake doet. Hij besluit contact op te nemen met de pvp. In een driegesprek vraagt hij aan de psychiater om de ontslagbrief te herschrijven. Dat gebeurt en de oorspronkelijke brief wordt vernietigd.

Vershil van mening

Lastiger is het natuurlijk als je met de patiënt van mening verschilt. Maar uiteindelijk beslist de patiënt over wat er in zijn/haar dossier staat. Dat wil niet zeggen dat er nooit iets misgaat; dat ik in haast ergens overheen gekeken heb. Of niet bedacht heb dat de patiënt het ergens niet mee eens zou zijn. Gelukkig lezen de patiënten tegenwoordig vaak de verwijsbrief. In dat geval komt de patiënt meestal terug om me mee te delen waar hij het niet mee eens is en een nieuwe verwijsbrief te vragen. En dat doe ik dan natuurlijk.”

Als u een verwijsbrief opstelt voor de ggz, overlegt u dan altijd over de inhoud?

“Ja, veel mensen verwijs ik naar een psycholoog. Die mensen weten meestal goed te vertellen wat er aan de hand is. Ik schrijf de verwijsbrief dan alleen maar voor de

verzekering, als formaliteit. Je hebt namelijk een verwijsbrief van de huisarts nodig. Op basis daarvan vindt de vergoeding plaats. Is het een verwijzing naar de ggz, dan is dat al een voorgedrukt formulier. Je hebt maar heel weinig ruimte om daar iets in te zetten. Het is vooral een kwestie van dingen aankruisen. Bijvoorbeeld hoe recent het probleem is, of er anderen bij betrokken zijn, of er sprake is van middelenmisbruik, welke medicijnen iemand gebruikt. Je schetst in welke hoek het probleem zit. Dat formuleer ik dan eigenlijk altijd waar iemand bijzit.”

Is dat een voordeel van een voorgedrukt formulier, dat je hooguit een meningsverschil hebt over waar je een kruisje neerzet?

“Ja, maar dat is niet zo gauw aan de orde. Bij twijfel doe je het niet, dan doe je heel gauw een stap terug. Mensen willen zelf verwezen worden. Hoe het verder moet dat is dan aan die ander. Ik ben er heel erg secuur in dat ik overleg met mensen en dat ze het eens zijn met wat ik over hen vermeld.”

Henriëtte van der Laan en Arianne de Geus

end om oude teeds weer e komen’



toestemming van de patiënt aan de huisarts mag worden geven. In veel gevallen kan de behandelaar uitgaan van ‘veronderstelde toestemming’. Maar soms niet, bijvoorbeeld na een psychiatrische behandeling. Na psychiatrische behandeling kan er volgens de KNMG niet altijd worden uitgaan van ‘veronderstelde toestemming’. In dat geval moet aan de patiënt expliciet toestemming gevraagd worden of de informatie aan de huisarts gegeven mag worden.

Meer informatie over uw rechten en privacy als cliënt binnen de ggz vindt u op www.pvp.nl

Ervaringsdeskundigen helpen bij doorbreken van zelfstigma

Steeds vaker worden ervaringsdeskundigen in dienst genomen binnen de ggz. Je verhaal vertellen over herstel helpt de ander. Dick en Hennie doen dit al enige tijd en met veel succes. Hoe was het voor hen om geconfronteerd te worden met de beeldvorming over mensen met psychische problematiek, en hoe gaan zij daar nu mee om?

'Je verschuilt je soms achter je ziekte'

Heb je in je eigen situatie te maken gehad met stigmatisering van buitenaf?

Dick: "Voordat ik clean was heb ik eigenlijk niet zoveel gemerkt van de beeldvorming over mij door mensen buiten de scene. Ik stond daar niet voor open. De laatste tijd hoor ik juist veel positieve geluiden over hoe ik bezig ben. Ik krijg veel waardering voor het feit dat ik al een paar jaar clean ben en voor de activiteiten die ik onderneem."

Hennie: "Ik woon in een klein dorp. In de tijd dat ik opgenomen was en in het weekeinde thuis ging wandelen met mijn man keek 50% de andere kant op, 30% vroeg aan mijn man hoe het met mij ging, terwijl ik er naast stond. Slechts een enkeling sprak mij aan als voorheen. Het schrijnendste wat ik heb meegemaakt was dat een vrouw, met wie ik acht jaar vrijwilligerswerk had gedaan, niets van zich liet horen nadat ik opgenomen was. Toen we elkaar uiteindelijk tegen kwamen, kon ze niet anders dan vragen hoe het ging. Ik meldde dat het goed ging en dat ik betaald werk had als ervaringsdeskundige. Ze wilde me niet geloven en heeft tot drie keer toe aan mijn man gevraagd of dit waar was. Ze liep uiteindelijk weg met de woorden: 'Het is niet dat ik het je niet gun hoor, maar in wat voor land leven wij dat dit mag.' Het heeft een lange wandeling gekost om weer rustig te worden, zo boos en teleurgesteld was ik."

Naast stigmatisering is er ook het verschijnsel van zelfstigmatisering. Je beoordeelt jezelf ook vanuit bepaalde beelden. Hoe was dat voor jou en speelt dit nu ook nog?

Dick: "Ik ben heel streng voor mijzelf. Ik moet alles perfect doen. Zo mag ik nooit ergens te laat komen

want anders ben ik weer die onbetrouwbare junk. Ik vertelde altijd uitvluchten, leugens en smoezen. Ik heb erg moeten wennen aan de waarheid te vertellen. Langzamerhand word ik hier gelukkig wel wat makkelijker in. Het harde oordeel over mijzelf komt ook niet van de buitenwereld maar zit in mijzelf. Ik

ben aan het leren daar anders naar te kijken."

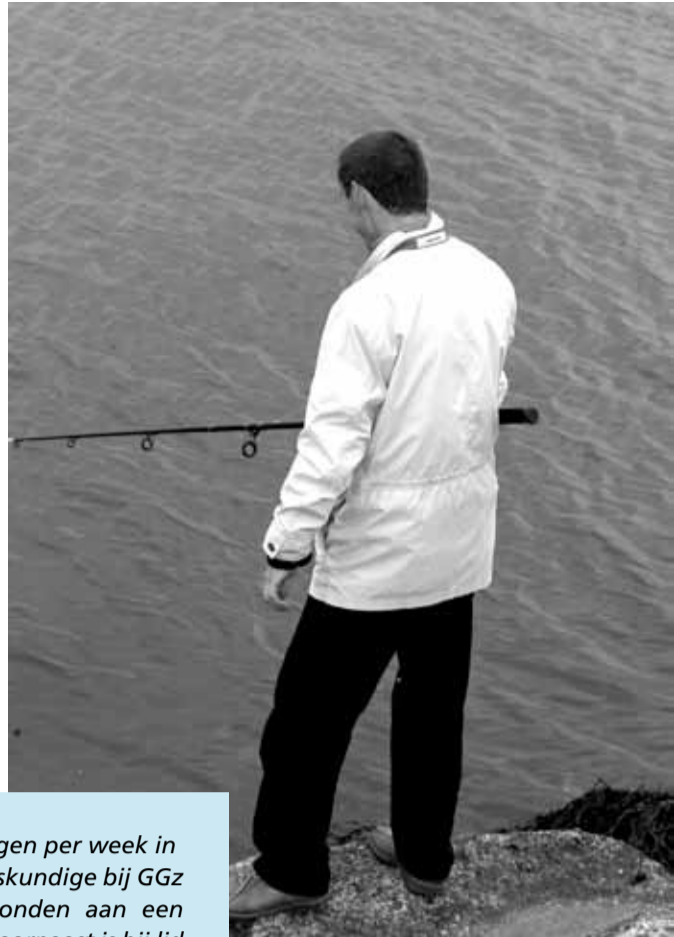
Hennie: "Toen ik op mijn slechtst was, geloofde ik dat ik niets voorstelde en dat het niet meer goed zou komen. Je verschuilt je soms ook een beetje achter je ziekte. Pas bij mijn derde behandelaar ging het beter. Hij stelde de goede diagnose en vertelde mij nooit te vergeten dat ik UNIEK was. Dat woord heb ik vastgehouden en heeft mij er doorheen gesleept. Vanaf toen had ik ook geen negatief beeld meer over mezelf. Ik geef tijdens mijn werk de cursus Kennismaken met Herstel. Daarbij maak ik gebruik van de DVD 'Gekkenwerk' die handelt over ervaringsdeskundigen. In mijn familie heeft het vertonen hiervan voor een positieve omslag gezorgd in de relatie met mijn broers. Zij keken heel negatief aan tegen mijn opname. Daarna was er ruimte voor gesprek en herstel."

Hoe gebruik je je eigen ervaringen in je functie als ervaringsdeskundige?

Dick: "De inzet van eigen ervaringen en je eigen verhaal zijn een deel van de functie, ik ben geen 'reguliere' professional. De andere leden van het FACT-team kunnen mij vragen om in te springen als men denkt dat het delen van ervaringen een positief effect kan hebben op een cliënt. Ik kan bijvoorbeeld uit eigen ervaring vragen beantwoorden over het

Dick Pomp is twee dagen per week in dienst als ervaringsdeskundige bij GGZ Centraal. Hij is verbonden aan een 3-tal FACT-Teams en daarnaast is hij lid van de cliëntenraad van Victas Verslavingszorg en lid van het cliëntenpanel van de Stichting PVP.

Hennie Montijn is voor 34 uur per week werkzaam als ervaringsdeskundige en stafmedewerker bij Bureau Dagactiviteiten Oostelijk Utrecht bij GGZ Centraal.



Samen naar buiten.

herstel bij verslaving. Ik probeer met cliënten iets te ondernemen buitenshuis en zonder dat we per se praten. Ik ben er inmiddels van overtuigd dat ik een toegevoegde waarde ben voor het team."

Hennie: "Ik maak gebruik van mijn verhaal, maar vertel er altijd bij dat elk mens UNIEK is en dus een eigen route heeft en ook een eigen einddoel. Mensen voelen dat ik niet zomaar iets vertel. Ik hoop dat mensen ook hun eigen unieke mogelijkheden gaan zien en stoppen met negatief oordelen over zichzelf."

Ronald de Koster

In 'Gekkenwerk' vertellen vijf HEE-docenten, allen ervaringsdeskundig als psychiatrisch patiënt, en twee prominente psychiaters over de psychiatrische sector en de positie en bejegening van psychiatrische patiënten. De DVD is te bestellen via www.trimbos.nl

Neemt de politie ggz-cliënten wel serieus?

Recht op een bekeuring

Patiëntenvertrouwenspersonen krijgen regelmatig van cliënten te horen dat zij bij het doen van een aangifte of melding het idee hebben dat ze niet serieus worden genomen door de politie. De pvp-krant laat Hans Slijpen van Eenheid Midden Nederland en beleidsmedewerker Gezondheidszorg en GGZ, reageren op het verhaal van Jock Marije, cliënte bij een ggz-instelling in Leiden.

Jock Marije klaagt bij de politie op straat over een onveilige verkeerssituatie: fietsers op het wandelpad. De politiemann vraagt

naar haar legitimatie. Ook vraagt hij: "Waar woon je?" Jock vertelt dat zij in een ggz-instelling woont. Waarop de agent antwoordt: "Oh, maar dan moet ik kijken of je hier wel rond mag lopen. Als je bent weggelopen van de gesloten afdeling moet ik je terugbrengen." Vervolgens neemt de agent de ID-kaart in. Jock vertelt dat zij op een zelfstandige woonafdeling woont en laat de sleutels van de afdeling zien. De agent wil weten om welke afdeling het gaat. Jock weigert dit te zeggen, waarop de agent op een wat dreigende toon zegt: "Dan kunnen we het ook op het bureau gaan uitzoeken." Daarna checkt de agent via zijn portofoon de gegevens van Jock en of zij mogelijk op de telex staat. Via het bureau krijgt de agent te horen dat dit niet het geval is. Jock vraagt vervolgens weer haar ID-kaart terug. Die krijgt ze

'Gebruik van de crisiskaart is erg belangrijk'

nog steeds niet. Eerst moet zij haar naam en adres nog geven. Aan de klacht over de verkeerssituatie kan de agent niets doen. Hij stuurt Jock door naar de gemeente.

Hans Slijpen reageert: "Het optreden van de politiemann had anders gekund. Politiemensen moeten heel veel weten over heel veel verschillende onderwerpen. Dat kan variëren van verkeer tot het mestoverschot, de Opiumwet of de psychiatrie. Logisch dat ze niet overal even goed van op de hoogte zijn. Politiemensen worden meestal alleen geconfronteerd met de psychiatrie, wanneer het gaat om ernstige crisissituaties; suïcides, vermissingen of strafbare feiten. Dat kan leiden tot een vertekend beeld van psychiatrische patiënten." Slijpen denkt dat de inzet van de politie sowieso vaak stigmatiserend werkt: "Vanuit de ggz wordt de politie ingezet wanneer iemand zich aan de zorg onttrekt en vermist is. Wij vinden dat niet altijd juist, omdat een psychiatrische patiënt niet als een boef behandeld moet worden. Boeven stop je in een politieauto en patiënten vervoer je in een ziekentaxi of een ambulance."

Opleiding

Slijpen vervolgt: "Natuurlijk is er op de politieopleiding aandacht voor het omgaan met psychiatrische

patiënten. Naar mijn persoonlijke smaak wordt daar alleen te weinig aandacht aan geschonken. Een aanzienlijk deel van het dagelijkse politiewerk heeft namelijk te maken met de ggz. Het is voor de politie niet altijd duidelijk of het om een patiënt gaat. Wanneer je een strafbaar feit pleegt dan moet de politie je aanhouden, waarschuwen, een bekeuring geven of vastzetten. Ongeacht of je nu een patiënt bent of niet. En wanneer je in een crisissituatie verkeert, moet de politie je overdragen aan de zorgverleners. Het gebruik van een crisiskaart is hierin voor ons erg belangrijk."

Verschuilen

Slijpen denkt dat sommige psychiatrische patiënten die strafbare feiten plegen, zich soms heel goed achter hun psychiatrische ziekte kunnen verschuilen. "Zij worden door de politie overgedragen aan de hulpverlening. Niet zelden vergeet de politie om in zo'n situatie strafrechtelijk op te treden. Maar ook een patiënt zou in een dergelijk geval, net als iedere andere burger een bekeuring moeten krijgen." Tot slot wil Hans Slijpen patiënten die een klacht hebben tegen de politie en die bang zijn niet serieus genomen te worden, adviseren om een beroep te doen op hun pvp. "In de ideale wereld zou dat niet nodig moeten zijn, maar de werkelijkheid is helaas niet anders."

Jan-Willem van Drunick

Tuchtcollege:

Teveel informatie naar de huisarts, waarschuwing voor psychotherapeut

Het Regionaal Tuchtcollege Amsterdam deed in februari 2012 een uitspraak over onder andere het verstrekken van informatie aan de huisarts. Een psychotherapeut had aan het einde van de behandeling een brief gestuurd aan de huisarts. De cliënt verwijt de psychotherapeut dat hij deze brief zonder expliciete toestemming heeft gestuurd. Daarmee is zijn privacy geschonden. In de brief stond ook onnodige privé-informatie over zijn partner.

Het College overweegt het volgende. De cliënt heeft ingestemd met de verwijzing naar de psychotherapeut. Daaruit mag worden afgeleid dat hij ook instemt met de gegevensuitwisseling tussen de huisarts en de psychotherapeut, waarbij er niet meer gegevens mogen worden verstrekt dan noodzakelijk is voor de behandeling. Ook was de cliënt via de website van de

psychotherapeut en via het kennismakingsgesprek op de hoogte van deze informatieverstrekking.

Het College is het met de cliënt eens dat er in de brief meer informatie staat dan in het kader van de betrokkenheid van de huisarts noodzakelijk is. Zo is bijvoorbeeld niet duidelijk waarom in de brief de cliënt letterlijk wordt geciteerd, waarom uitvoerig op (zijn beleving van) de klachten wordt ingegaan, waarom de geschiedenis van zijn persoonlijk leven in het gezin van herkomst wordt beschreven en waarom er informatie over het psychische welbevinden van zijn partner expliciet wordt genoemd. Het valt het College op dat er in de brief geen duidelijk behandelplan of informatie over de behandelingsovereenkomst staat.

Het College vindt het verwijt van de cliënt dat er

meer informatie is verstrekt dan noodzakelijk terecht en verklaart dit deel van de klacht gegrond. De psychotherapeut krijgt een waarschuwing.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam, YG1888, Uitspraak 7 feb. 2012, Publicatiedatum: 03 april 2012.

Caroliëna van den Bos

Zie over dit onderwerp ook het artikel 'Mag een GGZ-behandelaar informatie over mij doorgeven aan de huisarts?', pagina 4, De richtlijn van de KNMG over het omgaan met medische gegevens lijkt deels strikter dan de opvatting het Regionaal Tuchtcollege. Volgens de KNMG is na een psychiatrische behandeling soms expliciete toestemming nodig voor gegevensuitwisseling met de huisarts.

Separatie en IGZ

Nieuwe inspectienormen voor separeren

Ggz-instellingen moeten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zo veel mogelijk separeervrije zorg leveren. Is separatie toch nodig? Dan mag een patiënt niet eenzaam worden opgesloten. Maar wat is dat precies? In het onlangs vastgestelde 'Toetsingskader terugdringen separeren 2012 – 2013' staat waar instellingen zich van de inspectie aan moeten houden.¹

Eind 2011 verscheen een rapport waarin de inspectie eisen stelt aan separatie.² Hierin staan vier normen:

1. Instellingen moeten er alles aan doen om separatie te voorkomen. De zorg moet zoveel mogelijk separeervrij zijn.
2. Separatie mag geen eenzame opsluiting zijn.
3. Bij separatie is op vier verschillende momenten interne of externe consultatie verplicht.
4. Instellingen moeten separatie registreren volgens de minimale Argus-dataset.

Uitwerking van de eisen

Inmiddels heeft de inspectie samen met veldpartijen de bovenstaande eisen verder uitgewerkt en beschreven in het 'Toetsingskader terugdringen separeren 2012 – 2013'. Hieronder volgt een overzicht op hoofdlijnen.

Norm 1:

Zoveel mogelijk separeervrije zorg

Instellingen moeten al het mogelijke proberen om separeren te voorkomen. Aandachtspunten hierbij zijn het beleid bij binnenkomst, het gebruik van crisiskaarten, signaleringsplannen en alternatieve interventies en de evaluatie van separaties.

Beleid bij binnenkomst

Er moet aandacht zijn voor een zo gastvrij mogelijke ontvangst. Dit betekent het aanbieden van een rustige omgeving, eten, drinken, contact met de buitenwereld, praktische zorg voor bijvoorbeeld dieren en een uitleg over de afdeling en de situatie. Er moet aandacht zijn voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

Bij elke opname moet een inschatting gemaakt worden van de situatie. Wordt een patiënt geboeid en onder politiebegeleiding binnengebracht, dan mag hij niet automatisch gesepareerd worden, maar moet er een eigen inschatting volgen. Dit is ook het geval als de verwijzer een separatie nodig vindt.

Signaleringsplan, crisiskaart en evaluatie

- Instellingen moeten actuele op de patiënt toegesneden signaleringsplannen maken om escalatie en onveilige situaties te voorkomen. Dit geldt voor patiënten die bekend zijn met agressie, suicidaliteit en/of gevaarlijk gedrag. Voor andere patiënten hoeft er geen signaleringsplan te zijn. Wel moet de instelling ook bij deze patiënten eerst alternatieve interventies proberen om separatie te voorkomen.
- Als een patiënt een crisiskaart, triadekaart en/of zelfbindingsverklaring heeft, dan moet deze bij de besluitvorming worden betrokken.
- Elke separatie moet met de patiënt worden geëvalueerd en bij meer episodes of interventies per week, minimaal eens per week.

Norm 2:

Separatie is geen eenzame opsluiting

Een patiënt mag tijdens een separatie niet eenzaam worden opgesloten. De behandelaar moet een plan maken voor de contactmomenten en de dagelijkse verzorging van de gesepareerde patiënt. De inspectie noemt verschillende momenten waarop er minimaal contact moet zijn.

- Minimaal vijf minuten per uur, moet een hulpverlener in dezelfde ruimte zijn als de gesepareerde patiënt. Dit hoeft niet als een patiënt slaapt of dat niet wil.
- Minimaal elk half uur, moeten personeel, naasten en/of ervaringsdeskundigen contact hebben met de patiënt. Het gaat dan om contact in de vorm van fysieke nabijheid, of achter de deur met oogcontact via het raam, via intercom, mediazuil of touchscreen.

Daarnaast moet er contact zijn als de patiënt er om verzoekt. Als dit niet kan, dan legt de hulpverlener dit uit aan de patiënt en schrijft dit op in het dossier.

- Minimaal elk kwartier, moet er door het raampje in de deur of via de camera toezicht gehouden worden op de patiënt, zowel 's nachts als overdag.

Norm 3: Consultatie

De inspectie geeft aan op welke momenten er consultatie moet plaatsvinden bij separatie. Bij elke consultatie

wordt gekeken welke alternatieven er zijn en wat er gedaan kan worden om de separatie te stoppen. Op de volgende momenten is consultatie verplicht:

- Consultatie door een onafhankelijke psychiater
Dit moet bij een patiënt die in één week meer dan 84 uur in de separeer heeft doorgebracht. Een psychiater is in dit geval onafhankelijk als hij minimaal een jaar niet de behandelaar was van de patiënt.
- Consultatie door een onafhankelijke teamconsulent
Dit moet bij een patiënt die in 3 weken meer dan 252 uur in de separeer heeft doorgebracht. Een teamconsulent moet onderzoeken wat het multidisciplinaire team kan doen om de separatie te stoppen.
- Consultatie door een vergelijkbaar behandelteam uit een andere instelling
Dit moet bij een patiënt die in 6 weken meer dan 504 uur in de separeer heeft doorgebracht. Bij dit overleg zijn alle eerder betrokken experts aanwezig.
- Consultatie door externe experts
Dit moet bij een patiënt die in 13 weken meer dan 1092 uur in de separeer heeft doorgebracht. Hierbij gaat het dan om het inschakelen van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) of een kwalitatief vergelijkbaar alternatief.

Norm 4:

Registratie volgens de minimale Argus-dataset

Instellingen moeten bepaalde gegevens over de separatie op een wettelijk voorgeschreven manier registreren. De instelling moet bijvoorbeeld registreren wanneer de separatie begint en stopt en of de patiënt zich verzet heeft. Ook moet geregistreerd worden wie (de patiënt of de hulpverlener) de separatie wilde.

Controle

De inspectie controleert in 2013 aan de hand van het toetsingskader of instellingen zich aan de normen houden. De inspectie bekijkt patiëntendossiers en gaat na of het juiste beleid wordt uitgevoerd. Zo mogelijk praat de inspectie ook met patiënten zelf.

Komende jaren

In 2013 staat bij de inspectie het (terugdringen van) separeren centraal. In 2014 toetst de inspectie aan de hand van een bijgesteld toetsingskader de toepassing van afzonderingen en in 2015 het opsluiten van patiënten op de eigen kamer.

Caroliëna van den Bos

¹ Het IGZ toetsingskader is te vinden op www.veiligezorgiederszorg.nl

² IGZ Rapport: Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten, dec. 2011. Zie ook PVP-krant 1 lente 2012.

³ Zie voor meer informatie www.triadekaart.nl

Stigma's wegnemen lukt een pvp niet

Psychiatrie is lastig, ongrijpbaar. Psychiatrische cliënten zijn voor veel mensen ook 'ongrijpbaar'. Er is nog steeds discussie over waar psychiatrische ziektes vandaan komen en hoe ze ontstaan. Over wat je er aan kunt doen, hebben cliënt en arts vaak heel verschillende ideeën. Je komt moeilijk van de meeste psychiatrische ziektes af en van dat stigma, het stempel, kom je eigenlijk nooit af. Tijdens een voorlichtingsbezoek op een ouderenafdeling vroeg een meneer mij eens of de uitdrukking 'eens een gek, altijd een gek' een bestaande uitdrukking is. Ik wist het eigenlijk niet maar hij kende de uitdrukking al sinds zijn jeugd en zo te zien was dat al heel lang geleden. Volgens mij geeft die uitdrukking (of wat het ook is) precies weer hoe het zit met het stigma van mensen in de psychiatrie: als je eenmaal patiënt bent, dan is dat voor altijd en bij alles wat je doet wordt er een verband gelegd met die ziekte. Als ik hard lach om iets grappigs dan zal het wel erg leuk zijn, als mijn cliënt hard lacht dan is er vast sprake van ontremming of psychose.

'Na mijn diagnose werd ik anders behandeld'

Wat ik zelf merk van het stigma is dat 'gewone' mensen vaak onzeker worden van mensen met een psychiatrische ziekte. Ze weten niet wat er van hen verwacht wordt en hoe ze zich moeten gedragen als duidelijk wordt dat de persoon tegenover hen zo'n rare, ongrijpbare ziekte heeft. Cliënten weten dat. Ze 'voelen' het. Soms worden cliënten er zelf ook weer onzeker van. Want wat wordt er van hen verwacht? Moeten ze zich gedragen als 'cliënt' of juist niet? Moeten ze hun best doen om zo normaal mogelijk over te komen en wat is eigenlijk normaal? Erg ingewikkeld allemaal.

Stempel

Als pvp geef ik de cliënt altijd zelf de regie wanneer deze met een vraag of klacht bij me komt. Ik probeer me in de regel te beperken tot gesprekken over rechtspositie en klachten. Dat lukt natuurlijk niet altijd. Soms willen cliënten het echt hebben over dat stempel van 'psychiatrisch patiënt' en wat dat betekent. Daar praten we dan over. Cliënten merken heel goed dat de samenleving hen een beetje vreemd vindt en niet goed weet hoe om te gaan met die mens die de pech heeft, opgezadeld te zijn met een chronische ziekte.

Die mens, die soms moeilijk te bevatten is en ook wel eens bizar gedrag met zich meebrengt. Maar wat is dan precies dat stigma? Ook cliënten kunnen het moeilijk onder woorden brengen. Dat lukt meestal slechts met voorbeelden en ervaringen. Mensen zeggen (bijna) nooit dat ze psychiatrisch patiënten eng of gevaarlijk vinden en geen werkgever zal toegeven dat hij die ene sollicitant afwijst vanwege een depressie van drie jaar geleden.

Contract niet verlengd

"Vanaf het moment dat ik het vertelde werd ik anders behandeld." Anton is 24 jaar en vertelt over het gesprek dat hij had met zijn werkgever, kort nadat bij hem de diagnose schizofrenie was gesteld. Het maakte niet uit dat zijn werk voor de supermarkt nooit te lijden had gehad onder zijn ziekte. "Ik heb een soort lichte variant van schizofrenie. Vorig jaar heb ik een psychose gehad. Die was met medicatie snel weg en ik gebruik nu geen medicatie, dat hoeft helemaal niet. Ik moet een beetje rustig leven en op tijd naar bed, dat soort dingen. Voor mijn werk maakt het niets uit want ik werk overdag als bezorger." Toch werd het tijdelijke contract van Anton niet verlengd en de vraag is of hij daar iets tegen kan doen. Als pvp weet ik niets van arbeidscontracten dus ik verwijs Anton naar een advocaat. Anton heeft er weinig vertrouwen in. "Mijn chef werd onmiddellijk heel vaag over de toekomst nadat ik vertelde over mijn ziekte. Ik kan niks bewijzen maar hij keek anders naar me. Later merkte ik dat collega's me gingen mijden en volgens mij komt dat ook door mijn chef. Mijn contract werd niet verlengd, zogenaamd omdat ze geen werk meer voor me hebben. Ik weet wel beter."

Ongrijpbaar

Anton kan weinig met zijn ervaringen. Ik ook niet. Als pvp kan ik geen stigma's wegnemen. Hooguit kan ik helpen als iemand z'n dossier wil vernietigen. Dat kan. Behalve als je gedwongen opgenomen bent geweest, want dan blijft het vijf jaar bewaard. Het dossier is dan wel weg maar de vraag is of daarmee ook het stigma is verdwenen? Natuurlijk is Anton niet de eerste van wie ik hoor over stigma's en het gaat heus niet alleen om werksituaties. Jonge mensen die een opleiding doen en in de ggz belanden lopen tegen enorme problemen aan. Vaak krijgen ze het advies, ook van hulpverleners, om maar te stoppen. Het volgen van een opleiding is namelijk 'zwaar' en blijkbaar niet bedoeld voor mensen met een psychiatrische ziekte. Nee, niemand die dat zo duidelijk zegt. Maar het is wel de boodschap en hij komt keihard binnen. Ze blijven ongrijpbaar: stigma's. Als psychiatrische cliënt loop je tegen een muur aan die door geen enkele goedbedoelde publiciteitscampagne geheel kan worden weggenomen.

Roeland Hofstee ■

'Mijn werk had nooit te lijden onder mijn ziekte'

