

PVP *jaarkrant*

Nieuwsbrief van
de Stichting PVP

*De pvp in de
forensische psychiatrie*

*Dilemma: beveiligen
of behandelen*

*Verhaal pvp: verbonden
in machteloosheid*

*Nieuwe directeur
Stichting PVP*

Jaarverslag 2005:

*Meer Bopz-cliënten
naar pvp*

*Stichting PVP wil zorg
helpen verbeteren*



16e jaargang nummer 2, zomer 2006



pvp *krant*

Geachte lezer,

Zoals u van ons gewend bent, wordt een deel van het zomernummer van de PVP-krant gebruikt als jaarverslag van de activiteiten van de Stichting PVP. Overigens is dit de laatste keer dat het jaarverslag van de Stichting op deze wijze gepresenteerd wordt.



De Raad van Toezicht van de Stichting PVP heeft ingestemd met de governance-principes van de zorgbrede governance-code. Deze code schrijft voor dat de Stichting middels een openbare publicatie verantwoording aflegt over het in het verslagjaar gevoerde beleid en over de totale in dat jaar geleverde prestaties. Dus ook over

het gevoerde personeelsbeleid, de financieel-economische resultaten, over de dialoog met belanghebbenden, over de visie en gevoerde strategie etcetera. Allemaal onderwerpen die in het huidige jaarverslag niet voorkomen.

Dit jaar beperken we ons tot de inhoudelijke resultaten. Hoeveel klachten en vragen hebben de pvp'en in 2005 behandeld, welke signalen en trends heeft de Stichting PVP waargenomen, waarover worden de meeste vragen gesteld of wordt het meest geklaagd?

De stichting maakt dit jaar voor het eerst ook een jaarverslag per GGZ-instelling. Dit jaarverslag zal door de pvp aan de Raad van Bestuur van de instelling gepresenteerd worden. Hiermee ontvangt elke GGZ-instelling een verslag op maat waarin het resultaat van het werk van de pvp over 2005 besproken wordt en eventuele trends en signalen worden benoemd, waarmee de instelling haar voordeel kan doen.

Vóór het jaarverslag treft u echter een nieuwe PVP-krant aan zoals u dat van ons gewend bent.

Ingegaan wordt onder andere op ontwikkelingen binnen de tbs en de forensische psychiatrie, waarbij er veel aandacht is voor casuïstiek. Onze juristen praten u bij over het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling. Dat de PVP-krant diverse reacties oproept, blijkt uit de brieven die zijn ingezonden naar aanleiding van het artikel 'Taaië stroop' uit de vorige publicatie.

Ook heb ik van de gelegenheid gebruik gemaakt om me als nieuwe directeur/bestuurder van de Stichting PVP aan u voor te stellen en een korte impressie te geven van een aantal eerste bevindingen en voorgenomen activiteiten.

Ik hoop dat deze krant het werk van de Stichting voor u inzichtelijker maakt.

Hartelijke groet,
Nannie Fliem, directeur

n

FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Risico's aan klagen bij pvp in forensische psychiatrie

Patiënten zitten klem

Forensische patiënten gaan vaker naar de pvp dan 'gewone' psychiatrische patiënten. Zij klagen vooral over vrijheidsbeperking, separatie en dwangmedicatie. Niet alle forensische patiënten durven naar de pvp te stappen, uit angst voor negatieve gevolgen. Ook kan de pvp niet altijd iets voor hen doen. Dat komt omdat soms Justitie in plaats van de behandelaar de beslissingen neemt.

Men kan op verschillende manieren vanuit het justitiële circuit in een psychiatrisch ziekenhuis belanden. Bekende voorbeelden zijn de straf-rechterlijke machtiging en de terbeschikkingstelling (tbs) met dwangverpleging. Er is onderscheid tussen justitiële instellingen en niet-justitiële of reguliere klinieken (zie kader). Alleen in die niet-justitiële instellingen is een pvp werkzaam. Opnemings in het psychiatrisch ziekenhuis kan daarnaast plaatsvinden in het kader van een voorwaardelijke strafopgeleging. Maar er zijn nog meer mogelijkheden, bijvoorbeeld een overplaatsing vanuit het gevangeniswezen. De patiënten die vanuit het justitiële circuit in de psychiatrie worden opgenomen, worden soms "forensische patiënten" genoemd.

reclassering veel invloed op 'behandel'-beslissingen.

Deze partijen hebben als belangrijkste opdracht het beschermen van de samenleving tegen gevaar en dat verschilt van de 'normale' invalshoek van de psychiatrie, waar immers de behandeling centraal staat. Een pvp zegt hierover: "Steeds meer forensische patiënten vallen (deels) onder het Ministerie van Justitie. Dit ministerie kijkt niet alleen naar gezondheid, maar ook naar veiligheid. Het denken in termen van straf in plaats van bescherming is daar gebruikelijker. Patiënten moeten veel geduld hebben, want de weg naar de vrijheid is meestal erg, erg lang. Veel patiënten ervaren hun situatie als uitzichtloos."

De pvp in de forensische psychiatrie werkt hard. Uit de registratiecijfers van de Stichting PVP blijkt dat de pvp bijna anderhalf maal zo vaak in actie komt voor een patiënt in de forensische zorg dan voor een patiënt in de reguliere GGZ. De forensische patiënten zijn meestal mondig en meer gewend aan omgaan met juridische procedures en advocaten. Bovendien krijgen zij vaak te maken met maatregelen als vrijheidsbeperking of dwang en drang.

Pvp'en die in de forensische psychiatrie werkzaam zijn, merken op dat op forensische afdelingen de nadruk meer lijkt te liggen op *beveiliging* dan op *behandeling*. Niet alleen zijn de gebouwen waarin de patiënten verblijven maximaal gesloten en extra beveiligd, maar ook hebben Justitie en de

Pvp of maandcommissaris?

Er zijn in Nederland drie Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK), negen Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA) en één Forensische Verslavingskliniek (FVK). Dit zijn speciale klinieken of speciale afdelingen van reguliere GGZ-instellingen, waar patiënten verblijven die via het strafrecht worden opgenomen. Deze instellingen vallen onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van WVS. In deze klinieken en afdelingen zijn pvp'en aanwezig om patiënten te informeren over hun rechtspositie en hen te ondersteunen bij klachten over hun behandeling of verblijf in de instelling.

In de overige forensische instellingen, zoals de Mesdagkliniek, de Pompekliniek en de Van der Hoevenkliniek, zijn geen pvp'en. Deze klinieken zijn geen reguliere GGZ-instellingen, maar vallen onder het Ministerie van Justitie. Patiënten met klachten kunnen naar de zogenoemde maandcommissaris. Deze bemiddelt bij klachten. De maandcommissaris is een lid van de Commissie van Toezicht. Deze commissie doet formeel uitspraak over de klachten van de patiënten. Het Ministerie van Justitie geeft als prestatienorm voor deze klinieken een dalende trendlijn wat betreft het aantal geponde klachten.

De meest recente ontwikkeling is dat het aantal forensische bedden in reguliere GGZ-instellingen waarschijnlijk wordt uitgebreid. Er wordt over gedacht om de financiering van deze bedden dan via het Ministerie van Justitie te laten lopen. Wat dat betekent voor de rechtspositie en klachtgang van deze patiënten is nog onbekend.

Ter illustratie: klachten in enkele justitiële en reguliere klinieken in 2004
Niet van alle in deze tabel opgenomen klinieken zijn alle klachtgegevens bekend.

| Justitiële klinieken | Capaciteit | Aantal patiënten met klachten | Totaal aantal klachten bij klachtencommissie/Commissie van Toezicht | Gegronde klachten |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|---|-------------------|
| Justitiële klinieken | | | | |
| Pompe-stichting | 179 | 24 | - | 19 |
| Rooyse Wissel | 108 | 23 | - | 4 |
| Oldenkotte | 125 | - | - | 9 |
| Kijvelanden | 85 | - | - | 12 |
| Veldzicht | - | - | - | 2 |
| Reguliere klinieken | | | | |
| FPK Assen | 76 | 38 | 8 | 0 |
| FPK De Meren | 68 | 22 | 3 | 0 |
| FPK Eindhoven | 136 | 86 | 48 | 15 |

Mevrouw Oulba heeft een schizo-affectieve stoornis en krijgt medicatie. Zij weigert deze medicijnen, omdat zij meent zonder te kunnen. De klachtencommissie van het ziekenhuis geeft haar gelijk en mevrouw Oulba stopt met de medicatie. Maar ineens wordt haar verlof ingetrokken. Het Ministerie van Justitie stelt namelijk een voorwaarde voor verlof: medicatie. Er zit voor mevrouw Oulba niets anders op dan het weer innemen van de medicatie.

Ontmoedigingsbeleid?

Ongeveer de helft van de pvp'en rapporteert dat patiënten soms bang zijn voor de gevolgen van

klagen. "Soms lijkt het alsof hun afhankelijke positie patiënten ontmoedigt om klachten in te dienen", meent een pvp. En: "Elke actie van de patiënt vertaalt het team in behandeltermen. De patiënt 'moet in de samenwerking blijven' en openheid geven over zijn contact met de pvp. Voor veel patiënten is dit begrijpelijkerwijs een drempel." Een andere pvp weet te melden dat bij elk driegesprek op de forensische afdeling de behandelaar het gesprek opent met de opmerking 'ik betreur het dat je blijkbaar de aanwezigheid van de pvp noodzakelijk acht'. Dit ontmoedigt de patiënten om de ondersteuning van de pvp te vragen bij problemen.

Drempels om te klagen

Bas, een cliënt in een forensisch psychiatrische kliniek, vertelt over zijn ervaringen met klachten. *Ik ervaar echt drempels als ik een klacht over de kliniek wil indienen. Als ik naar de pvp ga, krijg ik van medewerkers van de kliniek te horen: 'daar is die pvp-loper weer'. Dat is niet prettig. Ik heb de afgelopen tijd relatief veel klachten ingediend. Dat heeft in mijn nadeel gewerkt. In de risicotaxatie die de kliniek heeft opgesteld was opgenomen dat het risico op terugval hoog is. Daarom kreeg ik geen vrijheden. Dat risico was zo hoog ingeschat omdat ik zoveel klachten had ingediend. Want ik had, volgens de kliniek, antipathie jegens behandelaren en sociotherapeuten. Ik was het daar natuurlijk niet mee eens. Op eigen initiatief heb ik een nieuwe risicotaxatie laten doen. Deze taxatie kwam veel lager uit dan het oordeel van de kliniek. Dat is toch vreemd: tussen die taxaties zat ongeveer een half jaar. Dus binnen een half jaar zou ik opeens een veel lager risico op terugval hebben!? Maar het is niet de kliniek die uiteindelijk beslist, maar Justitie. Helaas ging Justitie af op het oordeel van de kliniek en kreeg ik geen vrijheden. Dat is ook een drempel om te klagen: Justitie heeft altijd het laatste woord. Dan kun je wel klagen bij de kliniek, maar dat heeft soms weinig zin.*

Ik merk dat veel patiënten bang zijn om een klacht in te dienen. Veel patiënten ondervinden namelijk consequenties na het indienen van een klacht. Daardoor zijn ze bang om naar de pvp te gaan. Toch gaat het ook wel eens goed. Laatst waren er nog sociotherapeuten die patiënten doorverwezen naar de pvp. Het ging toen om een klacht over veranderingen op de afdeling. De sociotherapeuten waren het daar ook niet mee eens. Maar bij klachten over het team of het afdelingshoofd zijn ze terughoudender met doorverwijzen.

Hoewel patiënten bang zijn om naar de pvp te gaan, is de pvp onmisbaar in de kliniek. De pvp staat naast je en niet boven je. Als je een klacht direct aankaart bij de betrokken medewerker, dan kan die er onderuit. Als je dat met behulp van de pvp doet, dan kan dat niet. Ze moeten de klacht dan wel serieus nemen. Zo vertelde een behandelaar mij laatst dat het opbouwen van vrijheden snel kon gaan. Toen ik hem later daarmee confronteerde, zei hij dat hij dat nooit gezegd had. Ik had spijt dat ik bij het eerste gesprek niet aan de pvp had gevraagd om mee te gaan.

Ongeveer twee jaar geleden werd mij door de kliniek voorgesteld om naar een longstay afdeling te gaan. Samen met de pvp heb ik hierover toen klachten ingediend. Daardoor hoefde ik uiteindelijk niet naar de longstay en heb ik nu weer kans op vrijheden. De pvp kan meer dan je denkt!

CvdB

Risicotaxatie

Weer een andere pvp vertelt dat in zijn forensische kliniek het contact van de patiënt met de pvp wordt gebruikt in de risicotaxatie. Dat is een vragenlijst die de behandelaar invult over de patiënt om in te schatten of deze bijvoorbeeld veilig naar buiten kan. Als de patiënt naar de pvp is geweest, levert hem dat een minder hoge score op: 'slechte motivatie voor de behandeling'. Dat kan zeer vervelende gevolgen hebben voor de patiënt, zoals niet met verlof mogen en zelfs overplaatsing naar de langverblijfs-afdeling (longstay).

Macht

De grote invloed van derden is ook een reden die het werk van de pvp complex maakt. Derden zijn bijvoorbeeld de tbs-kliniek waar de patiënt heeft gezeten, de reclassering of Justitie. Forensische patiënten worden voor klachten over de behandeling vaak verwezen naar een van deze partijen. Behandelaar en patiënt kunnen van alles willen, maar als Justitie of de reclassering 'nee' zegt, gaat het niet door. "En mijn indruk is dat dat de laatste jaren vaker gebeurt," zegt een pvp. "Actualiteit en

publieke opinie zijn van invloed op de beslissingen die Justitie en de reclassering nemen." En de pvp kan bij die instanties helaas niet bemiddelen of onderhandelen.

Het gaat goed met meneer Suleiman. Hij gaat vooruit en de behandelaar is zeer te spreken over zijn inzet en vorderingen. Meneer Suleiman wil graag proberen om buiten de instelling te gaan wonen. De behandelaar ziet dat wel zitten en spreekt hem moed in. Er zijn echter anderen, die dat niet zien zitten: de ambtenaren van het Ministerie van Justitie. Ook al zitten zij op grote afstand van meneer Suleiman, zij steken er toch een stokje voor.

De macht die de behandelaar heeft om de patiënt weg te sturen stimuleert de patiënt niet om van de klachtmogelijkheden gebruik te maken. Want weg van de afdeling betekent voor velen de terugkeer naar de tbs-kliniek of detentie. Een pvp: "Natuurlijk wil je het als patiënt niet riskeren dat je weer in de gevangenis belandt, dus leg je je maar bij het behandelbeleid neer."



Soms verblijven patiënten die vanuit de justitiële sector zijn opgenomen op vrijwillige basis op een forensische afdeling. Toch behandelt de psychiater hen vaak alsof ze gedwongen zijn opgenomen. Ook komt het voor dat er onduidelijkheid over de juridische status van de patiënt bestaat. Ook dit is een reden waardoor het voor de pvp niet meevalt de patiënten te helpen.

Mevrouw Karousha is sinds twee maanden in behandeling op de forensische afdeling. Zij heeft daarvoor een jaar in het Huis van Bewaring gezeten. Dan komt plotseling de rechter op de afdeling om te beoordelen of zij een rechterlijke machtiging moet krijgen. De behandelaar van mevrouw Karousha heeft deze voor haar aangevraagd, omdat hij haar onder dwang medicatie wil toedienen. Mevrouw Karousha is stomverbaasd: heeft ze die twee maanden vrijwillig op de afdeling gezeten? Zij was in de veronderstelling dat ze op de afdeling verplicht haar straf uitzat! Zij was veel liever in het Huis van Bewaring gebleven, waar ze tenminste als een normaal mens bejegend werd.

Wat kan de pvp?

De rol van de pvp is voor forensische patiënten erg belangrijk. Maar bij sommige klachten is die rol noodgedwongen beperkt tot die van procesbewaker. De behandelaar kan niet beslissen over vrijheden, maar moet die aanvragen bij het Ministerie van Justitie. Met deze instantie kan een pvp niet onderhandelen, en met de behandelaar heeft het dus geen zin. Wel kan de pvp kijken of de behandelaar die aanvraag op tijd indient, of de patiënt de informatie krijgt waar hij recht op heeft, en of de gang van zaken op de afdeling is zoals het hoort. Patiënten in de forensische sector waaronder de dienstverlening van de pvp meestal erg. Het inzetten van mogelijke detentie of langerdurende opname om 'instemming' van de patiënt met de behandeling te krijgen, lijkt in veel gevallen moeilijk aan te pakken. "Anders dan aanvaarden dat het zo gaat, kan een patiënt of pvp niet", is de indruk van een pvp met veel ervaring in deze sector. De patiënt zorgvuldig uitleggen wat de risico's van klagen over de behandeling zijn, en bij een klacht uiterst zorgvuldig manoeuvreren, is essentieel. De pvp vervolgt: "Patiënten in de forensische psychiatrie, zeker de mensen met tbs- of soortgelijke maatregelen, zitten vreselijk klem. Het zwaard van Damocles hangt altijd boven hun hoofd, en dat zwaard is: op een langverblijf-afdeling terecht komen, waar je dan moet blijven voor de rest van je leven."

FW/CvdB/HF/WW



De pvp in de forensische psychiatrie: goed idee?

Stelling:

Het is goed dat er een pvp is in de forensische psychiatrie.

Annette van Zeist, psychiater en hoofd behandeling van de FPK van de GGZ Eindhoven: "Ja, ik vind het goed dat er een pvp is voor de patiënten in de forensische kliniek. Een belangrijk verschil tussen 'gewone' ggz-patiënten en forensische patiënten is dat forensische patiënten juridische ervaring hebben, opgedaan tijdens het strafproces. Ze weten vaak iets beter wat procedureel wel en niet mag. Als

er geen pvp zou zijn, dan zouden ze al gauw weer bij een advocaat uitkomen. De pvp echter lost de klachten snel en dichtbij de werkvloer op, zodat het niet escaleert of bij een rechter terecht komt. Ongenoegens blijven er voor onze patiënten toch; ze zijn immers gedwongen opgenomen. Maar met de pvp vinden ze de juiste kanalen om iets te doen met hun onvrede. Ik vind het daarom niet wenselijk dat de pvp uit deze sector verdwijnt."



Ook pvp houdt behandelaar spiegel voor.

Martin Tervoort, directeur behandelzaken FPK Assen: "Ik vind de aanwezigheid van de pvp in de forensische psychiatrie erg belangrijk. Patiënten in deze kliniek zijn extra kwetsbaar en afhankelijk van de behandelaar door de maatregel waarmee zij gedwongen zijn opgenomen. Patiënten zijn soms terughoudend om te klagen uit angst voor negatieve gevolgen voor hun behandeling. Ik vind dat heel jammer maar begrijp het heel goed. Ik vind dat behandelaars in de forensische psychiatrie een nog grotere spanningsverplichting hebben dan in de 'gewone' psychiatrie om zich van hun machtspositie bewust te zijn. Ze moeten zich steeds afvragen of zij bij het nemen van ingrijpende maatregelen op een verantwoorde en integere wijze gebruikmaken van die macht. Zowel de pvp als de klachtencommissie spelen een belangrijke rol in het voorhouden van een spiegel en de behandelaar scherp houden in het zorgvuldig nemen van ingrijpende beslissingen.

Ik betreur het en maak me er zorgen over dat Justitie een steeds grotere zeggenschap krijgt binnen de forensische psychiatrie, vooral bij patiënten met een tbs-maatregel. Ik zie dit in het verlegde van het repressiever worden van de hele samenleving. De voornaamste taak van Justitie is

beveiliging. Daardoor verschuift het primaat steeds meer van behandeling naar beveiliging. Behandelaars veranderen langzaam in de rol van bewaarder. Hoewel Nederland officieel weinig levenslang gestraften heeft, verwacht ik dat er steeds meer patiënten op grond van een tbs-maatregel feitelijk levenslang vast zullen zitten."

Tineke Stikker, jurist bij GGZ Nederland, auteur 'Handboek wetgeving forensische psychiatrie' (Sdu 2005): "De rechtspositie van forensische patiënten is heel complexe materie. Het is vaak moeilijk om uit te zoeken hoe het zit. Wanneer is bijvoorbeeld welke wet van toepassing? Hoe ver mag je gaan bij het toepassen van drang? Laatst kreeg een hulpverlener nog een tik op de vingers omdat hij de patiënt niet goed geïnformeerd had over zijn rechtspositie. Daar heeft de pvp een taak in. De pvp kan er voor zorgen dat de patiënt krijgt waar hij recht op heeft, in dit geval duidelijkheid over de rechtspositie. Het is bij het behandelen van forensische patiënten al helemaal belangrijk, voor zowel behandelaar als patiënt, dat men goed weet hoe het zit. Hier draagt de pvp aan bij."

Stelling:

Het is wenselijk om een pvp tewerk te stellen in de tbs-klinieken die onder Justitie vallen.

Paul Geurts, pvp-in-opleiding sinds april 2006, daarvoor werkbegeleider in tbs-kliniek de Rooyse Wissel: "Officiële klachten bij de klachtencommissie worden niet zo vaak gegrond verklaard. In 2004 gebeurde dat met maar vier klachten (van de 23, red.). Afgezien van de maandcommissaris en eventueel advocaat zijn patiënten in de meeste gevallen op zichzelf aangewezen. Patiënten zouden best structurele ondersteuning kunnen gebruiken. Natuurlijk komt het voor dat bijvoorbeeld een psychotherapeut in de kliniek helpt bij het op papier zetten van een klacht. Nu zijn ze te vaak afhankelijk van de goodwill van de medewerkers bij het inbrengen van de klacht en vaak ook voor het vinden van een oplossing. Zeker als een patiënt wat minder populair is binnen het team. Een patiënt die als lastig wordt ervaren, wordt vaker genegeerd. Het is voor een goedwillend personeelslid dat zo'n patiënt bij wil staan ook niet altijd even gemakkelijk om iets te bereiken. Ook omdat daarmee zijn loyaliteit naar zijn collega's in twijfel getrokken wordt. In die zin kan een onafhankelijke pvp een belangrijke bijdrage betekenen voor de handhaving van de rechten van de patiënten. Ook binnen de tbs-klinieken."

Aart van der Horst, secretaris bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming te Den Haag: "De patiënten in de forensische psychiatrie hebben recht op een vertrouwenspersoon, juist omdat zij meer beperkingen opgelegd krijgen dan patiënten in de overige ggz-instellingen. Mijn voorkeur is om de taak van de maandcommissarissen nader te bezien en deze zo nodig aan te vullen met de taken van een vertrouwenspersoon. Daarbij zou geregeld moeten worden dat

de patiënt er zeker van kan zijn dat, wanneer hij dat wil, zaken vertrouwelijk blijven.

Wat een pvp vóór heeft op de maandcommissaris is de professionaliteit van de pvp. Werken in de forensische psychiatrie stelt hogere eisen aan het vertrouwenswerk. Je hebt daar te maken met patiënten die een grote druk kunnen leggen op de vertrouwenspersoon. Anderzijds heeft de maandcommissaris met het oog op deze problemen een zeker voordeel ten opzichte van de pvp omdat de maandcommissaris deel uitmaakt van een commissie (de commissie van toezicht) die aan de inrichting verbonden is en waarvan hij enige steun kan krijgen."

Marijke Drost, directeur patiëntenzorg Pompe-stichting: "Mijns inziens is het onwenselijk om een pvp toe te laten in onze kliniek, want wij hebben immers een Commissie van Toezicht, die de rechtspositie van de patiënten bewaakt. Bovendien hebben veel patiënten contact met een advocaat die bij klachten kan worden ingeschakeld. Daarnaast is er de maandcommissaris, die de verhalen van de patiënten aanhoort en zo nodig mediation toepast, zoals een pvp dat ook doet. Hoewel verschillende maandcommissarissen hun taak op verschillende wijzen zullen invullen, en daarmee tevens de mate van steun aan de cliënt varieert, is er geen sprake van feitelijke belemmeringen voor de patiënten om van deze voorziening gebruik te maken. Conflicten op de werkvloer worden vaak met behulp van de mentor of een

medewerker naar tevredenheid opgelost. Kortom, de rol van pvp wordt in onze kliniek al vervuld."

Tjardo Louwe, lid van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming te Den Haag: "Ter beschikking gestelden kennen de regels doorgaans goed, hebben procedurele ervaring en hebben bijna altijd nog contact met hun advocaat vanwege verlengingszittingen. We zien de advocaat daardoor ook nogal eens optreden bij klachtzaken. Vanuit deze optiek is de pvp niet nodig en voldoet de huidige constructie met maandcommissaris en Commissie van Toezicht.

De bemiddelende rol van de pvp, gericht op het oplossen van de klacht zo dicht mogelijk bij de bron, zou in de tbs-sector echter een goede bijdrage zijn. Mijns inziens werkt de bemiddeling door de maandcommissaris minder goed dan die van de pvp. Je ziet dat bij de Commissie van Toezicht nogal wat klachten komen die door bemiddeling voor alle partijen bevredigender kunnen worden opgelost."

FW/HF

11



Een patiënt die men als lastig ervaart, wordt vaker genegeerd.

Verbonden in machteloosheid

Hij is weer vol, mijn voicemail. Vol met berichten van Koos. Het is duidelijk dat Koos lijdt. Gelukkig doet hij dat niet in stilte. Al jaren heeft hij last van 'naschokken van een elektrocutie'. Niet dat hij geschokt is of zo, o nee. Jaren geleden is hij geopereerd aan iets onschuldigs en daarbij heeft de chirurg hem te grazen genomen met allerlei elektrisch gereedschap. Nu functioneren zijn organen niet meer. Zijn hart pompt te weinig bloed, hij heeft het benauwd, en hij heeft last van heftige spiertrekkingen.

Natuurlijk heeft hij toen een klacht ingediend. Wat heet, hij is overal geweest om zijn gelijk te halen. Tot en met de tuchtraad aan toe. Maar niets hielp. Hij zou lijden aan wanen. Hij zou het allemaal verzinnen. Alsof hij niet elke dag opnieuw dezelfde ellendige gevolgen ondervindt. Dag in, dag uit, week in week uit. Nooit ging het over, integendeel, het werd alsmat erger. Na verloop van tijd kon zijn moeder het niet langer met hem uithouden en kwam hij op een bedompt kamertje terecht, ergens in het naburige dorp. Daarna is hij steeds verder in verval geraakt. En dat kwam allemaal doordat hij verging van de pijn en niemand hem hielp. Ze lieten hem gewoon verrekken. Zijn boosheid concentreerde zich meer en meer op de chirurg. En op al die anderen die weigerden zijn klacht op te lossen. En de situatie ontspoorde.

Het ontspoorde zo erg, dat hij voor de rechter moest verschijnen. Want hij had bedreigd de chirurg te doden die hem geopereerd had. Hij had zwaaiend met een mes bij zijn huis rondgelopen. Hij had 's nachts pogingen ondernomen om brand te stichten bij de directeur van het ziekenhuis. Met succes.

Het werd tbs.

Ook dat is nu al weer een poos geleden. Inmiddels heeft Koos proefverlof en hij verblijft nu op de Forensisch Psychiatrische Afdeling. Nog steeds voelt hij voortdurend de naschokken van alle ellende. Vooral 's nachts. Dan belt hij vaak op. Dat ze hem op de afdeling aan zijn lot overlaten. Dat hij een ambulance nodig heeft die hem naar het ziekenhuis brengt, want zijn organen kunnen er niet langer tegen. De politie moet komen om iedereen te arresteren voor moord op hem. In zijn stem strijden wanhoop en boosheid om de voorrang. Soms is hij vragend, smekend, dan weer eisend, dwingend.

De laatste dagen wordt Koos ook boos op mij. Ik ben per slot nog de enige die wat voor hem kan doen. Móet doen. Ik ben toch de pvp? Naar mij zullen ze wel luisteren. Ze moeten doen wat ik zeg. Waarom doe ik dan niks?! Ik begrijp toch wel hoe erg hij lijdt? Zo praat hij met korte tussenpozen, gedurende de nacht, zijn helse nacht, mijn voicemail vol. Koos maakt ellenlange korte nachten.

Overal hebben we gehoor gezocht voor zijn klachten. Op zijn nieuwe afdeling, bij de directeur, bij de klachtencommissie. Ook de tucht-rechter kwam er weer aan te pas. Maar wat men ook bedacht, het mocht allemaal niet baten. De klachtencommissie heeft alle begrip, maar

daar kunnen we alleen nog maar terecht als we met 'iets nieuws' komen. Koos belt mijn nummer steeds vaker...

Af en toe krijg ik hem, bijna per ongeluk, echt aan de lijn. Dan is zijn toon anders. Geen smeekbedes, geen wanhoop, geen gevloek en getier. Zijn stem is rustig. Ik begroet hem steevast met een opgewekt: "Ha Koos! Hoe is het met je?" Dan legt Koos uit dat het niet zo best met hem gaat. Hij slaapt slecht. Met geen woord reppen we verder over zijn nachtelijke litanieën. Altijd wil hij een afspraak met me maken voor een bezoek. Altijd volgt daarop toch weer een gestaag vollopende voicemail. En altijd zit daar dan een telefoontje tussen waarin hij de gemaakte afspraak weer afzegt.



De laatste weken heeft Koos "huis- en kamerarrest". Hij mag niet van de afdeling af en is alleen op gezette tijden welkom op de groep. Koos klaagt daar niet over. Het valt in het niet bij zijn echte leed. Ook de telefoontjes veranderen meer en meer van toon. De vragen om de ambulance en de politie worden steeds dwingender. Het gevloek steeds heftiger. De litanieën worden tirades.

Alles wordt erger. Niet alleen zijn organen zijn in gevaar. Hij kan niet meer stilzitten. Zijn spieren scheuren. Hij kan nauwelijks nog eten. Langzaam maar zeker valt hij uit elkaar.

Ik moet het dan ook ontgelden. Waarom doe ik niks? Moet hij dan soms het recht in eigen hand nemen? Waarom laat ik niet de hele boel arresteren. Moet hij dan maar zelf de politie bellen en iedereen op laten pakken, met mij erbij?

Koos zoekt verlichting maar lijkt haar niet te vinden. Ik wil haar vinden maar weet niet waar te zoeken. Zo zijn wij in machteloosheid verbonden. Via de voicemail, die het na twintig boodschappen ook voor gezien houdt. Een zoetgevooisde maar gedecideerde vrouwenstem deelt de beller, nog voor hij van wal kan steken, mee: "de mailbox van deze gebruiker is vol. U kunt geen bericht inspreken." Tuut, tuut, tuut...

HIJ

n



Drie vragen aan... Sander Welie, juridisch medewerker Stichting PVP

1. Waarom werk je bij de Stichting PVP?

De Stichting PVP levert bijstand aan mensen die door hun patiënt-zijn en eventuele dwangmaatregelen in een zwakke positie verkeren. Vanuit mijn kennis en ervaring als jurist draag ik graag bij aan die ondersteuning. Daarnaast verschaft dit werk welkome input voor mijn academische activiteiten.

2. Wat is je het meest opgevallen in je werk in 2005?

Ik werk pas sinds januari 2005 bij de Stichting PVP. Twee zaken zijn mij bijzonder opgevallen. Ten eerste hoe ontzettend specifiek de functie van pvp is, en hoezeer deze functie te maken heeft met een ongelijke machtsverdeling tussen cliënten en behandelaars. Ten tweede hoeveel verschil inzicht er ondanks die specifieke taken mogelijk is over de essentie van het pvp-schap.

3. Welke weg moet volgens jou de maatschappelijke discussie over verruiming van dwangmogelijkheden inslaan?

Een inhoudelijke discussie kan alleen goed gevoerd worden als het duidelijk is waar ze over gaat. Volgens mij valt er winst te behalen door zaken explicieter bij hun naam te noemen. Bijvoorbeeld 'dwangbehandeling' - deze heeft vaak primair een gevaarsafwendend karakter, en nauwelijks of geen therapeutische invalshoek. In wezen geeft het woord behandeling dan een verkeerde voorstelling van zaken.

Aandacht voor huisregels

Het aankaarten van structurele tekortkomingen in het beleid van de zorginstelling hoort tot één van de hoofdtaken van de pvp: het zogeheten *signaleren*. In 2005 hebben pvp'en 141 signalen afgegeven, over 196 onderwerpen. Relatief veel daarvan gaan over het deelonderwerp huisregels. Hoe komt dat? En wat mankeert er dan aan die huisregels?

In deze aflevering van de rubriek 'signalen' vertellen we over de normen waaraan huisregels moeten voldoen. Daartussendoor komen enkele signalen van pvp'en over huisregels aan de orde.

geldt algemeen als norm voor de praktijk. **Wat hoort wel en wat niet in de huisregels?**

Belangrijk is dat huisregels geen verbodsregels mogen zijn, en zeker geen strafmaatregel mogen bevatten. Het niet toelaten van alcoholgebruik binnen de instelling hoort bij één van de meest gesignaleerde verbodsregels.

In een bepaalde instelling staat het zo in de huisregels: 'het is verboden tijdens uw verblijf op deze afdeling alcohol te gebruiken. Bent u onder invloed van alcohol of ruikt u sterk naar alcohol,

in de huisregels verboden worden, maar alleen in individuele behandelafspraken.

Een andere veel voorkomende verbodsregel is het verbod op het gebruik van mobiele telefoons. Zeker op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen bestaat nogal eens een algeheel verbod op mobiel telefoneren, omdat dat medische apparatuur zou storen. Maar aangezien op de meeste van deze afdelingen geen storingsgevoelige apparatuur te vinden is, mag dat geen reden zijn voor een dergelijk verbod. Een pvp zoekt een verklaring voor die strenge regels in de beperkte beheersbaarheid van mobiel bellen voor de verpleegkundigen. Patiënten kunnen immers met de mobiele telefoon zonder tussenkomst van derden bellen en gebeld worden, waardoor verpleegkundigen geen grip meer hebben op de telefoontjes die binnenkomen.

Een ander probleem dat pvp'en signaleren is dat huisregels zich in de praktijk niet altijd beperken tot onderwerpen die 'de ordelijke gang van zaken' regelen. Regelmatig wordt er in de huisregels ook aandacht besteed aan de behandelingsfilosofie van de afdeling, gedragsregels, beperkingen in de bewegingsvrijheid et cetera.

Een pvp schreef onlangs een signaal over zo'n regel. In het huisreglement stond namelijk dat 'deelname aan alle onderdelen van het programma verplicht is, tenzij er met u andere afspraken zijn gemaakt'. In dit geval reageerde de directeur op het schriftelijke signaal van de pvp met de toezegging dat hij het onderwerp huisregels op de agenda zou plaatsen in een aparte bijeenkomst met de cliëntenraad. Het Model-huisreglement van GGZ Nederland zou daarbij uitgangspunt zijn.

Het resultaat van die vergadering is geworden dat aan alle afdelingen zal worden gevraagd de huisregels aan te passen in overleg met cliëntenraad en pvp. Alle concepten zullen, zoals het ook hoort, aan de cliëntenraad worden voorgelegd. Het lijkt er dus op dat in deze instelling alle huisregels binnenkort conform de wettelijke voorschriften zullen zijn.

Signalen over huisregels zijn voor pvp'en dankbaar om te schrijven. Want het gebeurt bijna altijd dat de tekortkoming waar het signaal over gaat, daarna wordt aangepast naar hoe het hoort. Met andere woorden: structurele tekortkoming in de zorg wordt weggenomen. Het Model-huisreglement vormt daarbij een helder referentiekader.

ADG

n



Op de afdeling of lekker thuis, een biertje op het terras is er volgens veel huisregels niet meer bij.

Waarom huisregels?

Waar mensen met elkaar moeten samenleven in een beperkte ruimte zonder daar zelf voor gekozen te hebben, zijn een aantal regels noodzakelijk: huisregels. De bedoeling van huisregels is het ordelijk verloop van de dagelijkse gang van zaken in de instelling te regelen. Niet meer en niet minder. In de Wet Bopz is een artikel opgenomen dat de instelling verplicht huisregels te hebben (Wet Bopz art. 37, lid 1, jo. art. 3). Dit artikel geldt voor zowel vrijwillige als onvrijwillige opnamesituaties.

In 1999 stelde GGZ Nederland daarom een Model-huisreglement op. Dit model is in een brede kring van vertegenwoordigende organisaties besproken en is gebaseerd op de Wet Bopz, het besluit rechtspositiereglement Bopz, en de daarbij behorende toelichting. Het Model-huisreglement

dan worden er gepaste maatregelen genomen, waarbij niet valt uit te sluiten dat uw behandeling wordt beëindigd'. Nog verder gaat de volgende regel in een andere instelling: 'Patiënten die onder voorwaarden met ontslag zijn, mogen thuis geen alcohol gebruiken. Doen zij dat wel, dan volgt intrekking van het ontslag'.

Het Model-huisreglement formuleert het anders: 'Alcoholgebruik is toegestaan voor zover het de orde op de afdeling niet verstoort en niet in strijd is met uw behandelingsafspraken'. De meeste instellingen blijken nog steeds grote moeite te hebben om het alcoholverbod te schrappen uit de huisregels. Men is ervan overtuigd dat het onvermijdelijk zal leiden tot overlast. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft er echter een duidelijk standpunt over: het gebruik van alcohol kan niet



Drie vragen aan... Peter ten Cate, hoofd regioteam West Stichting PVP

1. **Waarom werk je voor de Stichting PVP?**
2. **Welke veranderingen waren er in 2005 bij de Stichting PVP?**
3. **Wat wil de Stichting PVP in 2006 bereiken?**

In 2007 is het feest. Het is dan 25 jaar geleden dat de eerste cliënt zich bij een pvp meldde met een vraag of een klacht. De pvp'en en de Stichting PVP zien nog voldoende werk aan de winkel voor de volgende 25 jaar. Hoe dat werk precies moet worden gedaan, en voor wie, daarover gaan we in 2006 praten met onze buitenwacht, stakeholders, of hoe je iedereen die betrokken is bij het pvp-werk ook wilt noemen. Een prettig vooruitzicht.

De afgelopen jaren hebben we veel energie gestoken in het intern opschudden van de club. Dat moet eens in de zoveel tijd gebeuren, maar kost veel energie. Nu is het tijd om met Jan en alleman gepassioneerd de discussie over de rechten van de cliënt weer aan te gaan. Passie Voor Patiëntenrechten, daarom ben ik bij deze club gaan werken.

Nieuwe directeur Stichting PVP

'We maken ons op voor de toekomst'

Graag wil ik me aan u voorstellen

Mijn naam is Nannie Flim, ik ben 47 jaar en sinds 1 maart 2006 werkzaam als directeur/ bestuurder van de Stichting PVP.

Voorheen was ik als directeur werkzaam in Den Haag bij een zelfstandige stichting die zich bezighield met preventie en bestrijding van jeugd-criminaliteit. Daarvoor werkte ik als directeur van asielzoekerscentra in de provincie Utrecht. Ik heb altijd gewerkt binnen het publieke domein, waarin ik de maatschappelijke opdracht van de organisatie centraal stel.

Richtinggevende vragen zijn daarbij: welke maatschappelijke opdracht heeft de organisatie binnen de hele keten? Hoe kan deze rol zo optimaal mogelijk vervuld worden? Hoe kan op efficiënte wijze samengewerkt worden met belanghebbende organisaties?

Voor mij is de GGZ en het patiënten-vertrouwenswerk een nieuw werkterrein. Daarom heb ik me de afgelopen weken intensief beziggehouden met kennismaken met de GGZ, de Stichting PVP en de belanghebbenden van de Stichting PVP.



Een aantal eerste bevindingen

De Stichting PVP bevindt zich in een omgeving die sterk in ontwikkeling is. Het nieuwe zorg-verzekeringstelsel, de marktwerking en het aangaan van nieuwe samenwerkingsverbanden zijn momenteel bepalend. De discussie over hoe de Stichting PVP zich tot deze ontwikkelingen gaat verhouden, is intern volop gaande, maar levert nog geen consistent beeld op. Hierop kom ik verderop terug.

Aan de kwaliteit van het PVP-werk wordt door de stichting veel aandacht besteed door middel van een opleidingsjaar voor nieuwe medewerkers. Die opleiding moet met een positieve beoordeling afgerond worden alvorens een pvp een vaste aanstelling krijgt bij de Stichting. Tijdens de

opleiding wordt o.a. aandacht besteed aan juridische kennis en vaardigheden, psychiatrische ziektebeelden en gespreks- en onderhandelings-technieken. Om de kwaliteit van de individuele pvp verder te ontwikkelen wordt de klanttevredenheid over de dienstverlening per pvp gemeten door middel van vragenlijsten aan de cliënten. Tevens is er een aanbod van deskundigheidsbevordering. Het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem met externe toetsing zou dit nog kunnen versterken.

Pvp'en registreren hun werkzaamheden gedetailleerd, wat een schat aan informatie oplevert. Hieruit komen tendensen en trends binnen de GGZ of een GGZ-instelling naar voren. Ook is het mogelijk om vergelijkingen te maken tussen instellingen. Toch zou de informatie uit deze registratie nog verder ontsloten kunnen worden.

De reacties vanuit de GGZ-instellingen zijn divers. Enerzijds wordt het pvp-werk gezien als een noodzakelijke tegenhanger van dwang en drang en wordt aangegeven dat de Stichting PVP een substantiële bijdrage levert aan de ontwikkeling en professionalisering van de GGZ. In deze visie ligt de nadruk op de signalerende rol van de pvp. Anderzijds kan een GGZ-instelling de pvp ook als een lastige

extra partij ervaren in de behandeling van een patiënt. De cliënten geven aan de pvp als een vaste waarde te zien; iemand die hen ondersteunt gedurende hun behandeling door een GGZ-instelling. Kortom, een Stichting die haar sporen heeft verdiend binnen de GGZ, nooit onomstreden is geweest en die zich opmaakt om aan alle toekomstige ontwikkelingen het hoofd te bieden.

Wat kunt u de komende tijd verwachten van de Stichting PVP?

In 2007 is het 25 jaar geleden dat de eerste pvp aan het werk ging. In oktober 2007 organiseert de Stichting daarom een jubileumcongres. Naast reflectie op het verleden zal de Stichting dit moment aangrijpen om haar visie op de toekomst van de Stichting en het patiënten-vertrouwenswerk te presenteren. Dat geeft ons anderhalf jaar de tijd om met u de discussie over nut en noodzaak van het pvp-werk te voeren. Vragen die we onszelf en u stellen, zijn: is de missie van 25 jaar geleden nog wel dekkend voor de toekomst? Hoe zou de toekomstige financiering van de Stichting eruit kunnen zien? Komen er 'concurrenten' op de vertrouwensmarkt? Is er vraag naar onze deskundigheid in andere sectoren zoals de zwakzinnigenzorg en de psycho-geriatrie? Zo ja, kunnen wij daarin voorzien? Zijn meer om mediation, mentoraat en klachtafhandeling gerichte activiteiten ook geëigend voor de Stichting? Is het pvp-werk eigenlijk nog wel noodzakelijk? Wie zijn onze 'stakeholders' en hoe zien zij de toekomstige rol van de Stichting?

Gerichte discussie met afvaardigingen van de verschillende belanghebbenden van de Stichting zullen een aanzet zijn om antwoorden te formuleren. Over de resultaten hiervan houden we u op de hoogte.

Nannie Flim,
Directeur/bestuurder Stichting PVP

n

Het Dolhuys: de wereld van de waanzin

Wist u dat één op de vier Nederlanders in aanraking komt met de geestelijke gezondheidszorg? Relatief veel mensen. Toch blijkt het lang niet altijd gemakkelijk te zijn om openlijk te spreken over een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Er lijkt in onze samenleving nog altijd veel onbegrip en gebrek aan kennis te zijn over de psychiatrie.

Museum Het Dolhuys in Haarlem draagt zijn steentje bij om de bezoeker vanuit een historische invalshoek voor te lichten hoe men in de loop van de eeuwen aankeek tegen begrippen als gek, gezond, normaal, abnormaal. Je ziet dan ook hoe door de jaren heen de psychiatrie en de positie van de patiënt veranderden. Hiermee levert het museum een positieve bijdrage aan een maatschappelijke integratie van psychiatrische patiënten en aan het verminderen van vooroordelen over de psychiatrie. Het museum is - geheel in de geest van deze tijd - een 'ervaringsmuseum' geworden. Je kunt in een dolcel uit de 16e eeuw. Je hoort daar in het donker

het persoonlijk verhaal van iemand die in een separeer heeft gezeten. Je kunt via een koptelefoon op een directe en fysieke manier de chaos en ontreding in iemands hoofd horen. Je ziet de persoonlijke leefomgeving in een psychiatrisch ziekenhuis en hoort, als je bijvoorbeeld een deurtje van een kastje opent, hoe mensen hun verblijf in het ziekenhuis ervoeren.

Ook krijg je de kennis vanuit het perspectief van het ziekenhuis te zien. Een elektroshockapparaat, een badkuip voor badbehandeling, autoritaire afdelingsregels in plechtstatige taal enzovoorts. De manier waarop deze kennis wordt aangeboden is het best als 'interactief' te omschrijven. Filmpjes te over, veel foto's, stethoscopen waarmee je de tentoongestelde voorwerpen kunt aanraken en dan te horen krijgt wat het is. In het museum schuif je langzaam door de tijd. Uit de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw zie je allerlei zaken de revue passeren die met de emancipatie en verbetering van de

psychiatrische patiënt te maken hebben. Het blijft echter niet bij kennisoverdracht en 'je verplaatsen in de ander'. Zelfonderzoek in de vorm van bijvoorbeeld een Rorschachtest bepaalt hoe normaal je bent.

Al met al een museum dat meer dan de moeite waard is om heen te gaan. Het is informatief en prikkelend, zeer aantrekkelijk vormgegeven, het staat op de bres voor de acceptatie en integratie van psychiatrische patiënten in de samenleving, en ... het is vooral leuk om te beleven.

Het Dolhuys, Schotersingel 2, Haarlem
(5 min. van het NS station), telefoon 023-5410670,
website www.hetdolhuys.nl.
Openingstijden: di-vr 10.00 tot 17.00 uur,
za, zo- en feestdagen 12.00 tot 17.00 uur

Huidige tentoonstelling: 'waanzinnige strips',
over persoonlijke verhalen van striptekenaars 'en
hun omgang met gekte', juni t/m december 2006.

JWVD

n pvpkrant 2 '06

7



In Memoriam Pieter Bosters (1943-2005)

Op 29 december 2005 is Pieter Bosters overleden.

Vanaf 1990 was Pieter in dienst bij de Stichting PVP als patiëntenvertrouwenspersoon. In de afgelopen vijftien jaar heeft Pieter in bijna alle psychiatrische instellingen in Drenthe en Groningen gewerkt.

Hij was een enorm gedreven pvp en een warme persoonlijkheid voor wie zijn werk zijn lust en leven was. Bij jeugdige cliënten met psychiatrische problemen lag zijn grote liefde. Pieter heeft vanaf het begin van zijn carrière altijd in een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie gewerkt.

Zijn vriendelijke, open en betrokken houding werd gewaardeerd door heel veel cliënten en medewerkers.

Toen hij in 2001 ziek werd, werd hem nog duidelijker hoezeer hij van zijn werk hield.

Pas toen zijn gezondheid zo achteruit was gegaan dat het echt niet langer ging, in de zomer van 2005, heeft hij zijn werk afgebouwd. Maar niet zonder persoonlijk afscheid te nemen van cliënten en medewerkers in de instellingen waar hij werkte en van zijn collega's in de stichting.

Op 3 januari 2006 is Pieter onder grote belangstelling begraven op de algemene begraafplaats in Erica, in de Drentse grond waar hij zoveel van hield.

De Stichting PVP zal hem missen.

Pieter was een markante persoonlijkheid met een groot pvp-hart.

Ton Stoop, hoofd regioteam Noord Stichting PVP

(ON)GEGROND

In de rubriek (On)gegrond bespreekt de redactie zaken die cliënten aan de klachtencommissie hebben voorgelegd. Deze keer een klacht over rookverbod en een klacht over bejegening.

Rookverbod

Een cliënte is het niet eens met het rookbeleid van de instelling. Het is haar niet langer toegestaan te roken op haar eigen kamer vanwege de brandveiligheid en vanwege de Tabakswet. Die wet bepaalt dat het roken in GGZ-instellingen alleen in zogenoemde rookruimten mag plaats vinden om de schadelijke gevolgen van het roken voor cliënten en medewerkers te beperken.

Cliënte vindt dat de instelling haar zou moeten toestaan om op haar eigen kamer te roken. Haar kamer is naar haar idee geen openbare ruimte. Het is haar privé ruimte. Als zij daar rookt, hebben andere cliënten en medewerkers daar geen last van. Daarnaast is haar kamer de enige plek die zij als een prikkelarme ruimte ervaart. Het roken op die plek brengt haar tot rust. Haar toestemming geven om op haar kamer te mogen roken, zou getuigen van goede en verantwoorde zorg.

De klachtencommissie is van oordeel dat het algemene belang het individuele belang van de cliënte overschaduwt. De brandveiligheid brengt met zich mee dat er alleen in de daartoe bestemde rookruimten gerookt mag worden. Met alle begrip voor de klaagster verklaart de commissie de klacht ongegrond.

Zij doet de aanbeveling aan de Raad van Bestuur van de instelling om te onderzoeken of er voor de cliënte een prikkelarme ruimte valt te creëren waar zij kan roken.

Slechte bejegening

Een cliënte heeft pas een nieuwe hoofdbehandelaar en een nieuwe psychiater. Wanneer zij probeert een afspraak te maken met de psychiater lukt dit in eerste instantie niet. Wanneer er uiteindelijk een afspraak komt, voelt cliënte zich tijdens het gesprek onheus bejegend. Over de moeite om een afspraak met de psychiater te krijgen en de bejegening door de psychiater tijdens de afspraak, klaagt zij bij de klachtencommissie.

Tijdens de zitting van de commissie komt aan de orde dat de cliënte wanneer dat nodig was, kon bellen. In de praktijk betekende dit dat cliënte belde met het afdelingssecretariaat. Indien de secretariaatsmedewerker het noodzakelijke achtte, volgde een gesprek met de hoofdbehandelaar. Via de hoofdbehandelaar was vervolgens zonodig de psychiater te bereiken. De psychiater had wel vernomen dat cliënte haar wilde spreken. Zij wist niet dat het dringend was. Vandaar dat pas na ongeveer een maand een gesprek plaats vond. Tijdens het uiteindelijke gesprek had de psychiater niet alle gegevens om de medicatie goed in lijn te zetten. Zo diende eerst nog een behandelend cardioloog geconsulteerd te worden. Daarover was cliënte teleurgesteld.

Over de bejegening vertelt cliënte tijdens de zitting dat de moeilijke bereikbaarheid wel aan de orde is geweest tijdens het gesprek. De psychiater zou daar op gereageerd hebben met de mededeling dat zij het druk heeft en niet iedereen kan terugbellen. Om die reden heeft cliënte om een andere psychiater gevraagd. Inmiddels heeft zij die gekregen.

Volgens de commissie was de bereikbaarheid van de hulpverlening voor cliënte van groot belang. Ook was bij de cliënte de suggestie gewekt dat de hoofdbehandelaar en de psychiater goed bereikbaar waren. Dit is niet goed uitgekapt. De commissie vindt dit mede te wijten aan onvoldoende heldere interne communicatie met de daarbij horende spelregels en gedrag. Er is volgens de commissie onvoldoende sprake geweest betrokkenheid. De handelswijze past niet bij een cliëntgerichte benadering van de zorg. De commissie verklaart de

klacht over de slechte bereikbaarheid van de psychiater gegrond.

Over de bejegeningklacht heeft de commissie de indruk dat hier irritaties een rol hebben gespeeld. Dat is niet prettig, maar irritaties zijn niet te vermijden. Het is dan wel belangrijk dat een en ander rechtgezet wordt. Door de toewijzing van een andere psychiater was de mogelijkheid om daarover te spreken in een vervolgesprek volgens de commissie afwezig. De klacht over de onheuse bejegening verklaart de commissie ongegrond.

De commissie doet verder de aanbeveling om goede afspraken te maken over de telefoontjes die bij de secretariaten binnenkomen: hoe daarmee wordt omgegaan en hoe telefoontjes worden vastgelegd.

De Raad van Bestuur biedt de cliënte haar verontschuldiging aan en zet het onderwerp bereikbaarheid op de agenda bij het management.

AdM



Wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling

Dit voorjaar is opnieuw een wetsvoorstel verschenen tot wijziging van de Wet Bopz. Het voorstel betreft twee onderwerpen: ten eerste een aanpassing van de vereisten voor de voorwaardelijke machtiging, ten tweede een uitbreiding van de gronden voor klinische dwangbehandeling. Hieronder krijgt een en ander kort aandacht, waarbij ook wordt ingegaan op de reactie van de Stichting PVP op een eerder voorontwerp van het voorstel.

Uitbreiding bereik voorwaardelijke machtiging

In eerdere PVP-kranten is ingegaan op belangrijke ontwikkelingen rondom de voorwaardelijke machtiging (zie de kranten 2005-2 p. 5, 2005-3 p. 8 & 2006-1 p. 11). Aan de orde waren in het bijzonder twee recente uitspraken van de Hoge Raad. Door die Hoge Raad werd eerst geoordeeld dat de wettelijke vereisten voor de voorwaardelijke machtiging strikt moeten worden opgevat (HR 29-4-2005, <<BJ>> 2005/15, m.nt. T.P. Widdershoven) en vervolgens dat de zogenaamde paraplu-machtiging niet langer toegestaan is (HR 11-11-2005, <<BJ>> 2006/1, m.nt. W. Dijkers). De consequentie van beide uitspraken was dat een machtiging waarbij de cliënt niet hoeft te worden opgenomen, maar onder voorwaarden thuis kan verblijven, alleen mogelijk is als de cliënt a) nadrukkelijk instemt met een behandlingsplan, en b) zich voorts bereid verklaart tot naleving van de te stellen voorwaarden (het bereidheidsvereiste). Als reactie hierop is door de regering op 17 maart 2006 een wetsvoorstel (Kamerstukken II 2005/06, 30 492, nr. 1-5) ingediend. Doel van dit voorstel is het bereik van de voorwaardelijke machtiging uit te breiden door beide genoemde eisen af te zwakken.

Het wetsvoorstel vervangt daartoe het instemmingsvereiste door een overlegverplichting en vult het bereidheidsvereiste aan met het alternatieve criterium dat "redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene de voorwaarden zal naleven". Wat het behandlingsplan betreft betekent dit allereerst dat het voldoende is als overleg heeft plaatsgevonden tussen behandelaar en patiënt, ongeacht de uitkomst daarvan. Mogelijk resulteerde dit overleg in overeenstemming, maar noodzakelijk is dat niet. En wat de oorspronkelijke eis van de bereidverklaring betreft: in de opzet van het voorstel is het mooi wanneer hieraan is voldaan, maar indien dit niet haalbaar blijkt, volstaat een vermoeden dat de voorwaarden opgevolgd zullen worden.

Overigens wordt in het voorstel de procedure rond opnemingskrachten een voorwaardelijke machtiging enigszins vereenvoudigd. De verplichting voor de geneesheer-directeur om de betrokkene in de gelegenheid te stellen te worden gehoord, komt te vervallen. Ook het geneeskundige onderzoek door de geneesheer-directeur of door een onafhankelijke psychiater is niet meer noodzakelijk. In de plaats daarvan moet de geneesheer-directeur zich op de hoogte stellen van de actuele geestelijke-gezondheidstoestand van de patiënt. Over deze wijzigingen is mogelijk het laatste woord nog niet gesproken. Zeker ook het vervallen van de hoorplicht mag problematisch worden genoemd.

Verruiming mogelijkheden klinische dwangbehandeling

Het wetsvoorstel introduceert verder voor de sector psychiatrie een ruimer criterium voor dwangbehandeling van de onvrijwillig in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Tot nu toe is dwangbehandeling toegelaten in geval er sprake is van gevaar binnen de inrichting, voortvloeiend uit de geestesstoornis van betrokkene. Het voorstel voegt hieraan een andere mogelijke grond toe, die in de voorgestelde wettekst zelfs vóór de bestaande grond is geplaatst. Deze nieuwe grond luidt als volgt: "voorzover aanmerkelijk is dat zonder die behandeling het gevaar (...) niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen". Blijkens de Memorie van Toelichting gaat het hier om het gevaar dat de reden was voor opname, met andere woorden het gevaar dat betrokkene destijds buiten de inrichting als gevolg van zijn stoornis veroorzaakte. Met andere woorden, als het gedwongen verblijf in het ziekenhuis zonder dwangbehandeling naar verwachting te lang gaat duren, zou dwangbehandeling toelaatbaar zijn.

Wat betreft de beslissing over dwangbehandeling op grond van bovengenoemd nieuw criterium, hanteert het wetsvoorstel de volgende procedure. De behandelaar dient deze beslissing schriftelijk te nemen. In de beslissing wordt de termijn genoemd waarvoor zij geldt. Deze termijn is zo kort mogelijk en in ieder geval slechts maximaal drie maanden. Als binnen zes maanden na afloop van de termijn toch nog dwangbehandeling op gelijke grond nodig is, kan dit alleen door middel van een gemotiveerde beslissing van de geneesheer-directeur.

Reactie Stichting PVP

De Stichting PVP heeft op een voorontwerp van het wetsvoorstel gereageerd. Ten aanzien van de voorwaardelijke machtiging merkte de stichting op dat de voorgestelde regeling een ambulante behandeling zonder toestemming mogelijk maakt. De stichting deed de aanbeveling in dat geval - overeenkomstig de gezondheidsrechtelijke standaard - een rol toe te bedelen aan een vertegenwoordiger van de patiënt. Voorts kon het behandelingsplan volgens het voorontwerp eenzijdig door de behandelaar worden gewijzigd, nadat de voorwaardelijke machtiging is verleend. Door de stichting is betoogd dat een dergelijke wijziging in beginsel de instemming van betrokkene behoeft. Van deze suggesties is alleen de tweede integraal overgenomen in het wetsvoorstel.

Ten aanzien van de klinische dwangbehandeling merkte de stichting op dat het toegevoegde criterium een zodanig open norm is dat willekeur dreigt. De stichting deed de aanbeveling deze norm te concretiseren. Ook adviseerde de stichting om systematisch onderscheid te maken tussen situaties van gevaar voor betrokkene zelf en situaties van gevaar voor anderen, en eveneens onderscheid te maken tussen patiënten die wilsbekwaam zijn en patiënten die juist voor wilsbekwaam moeten worden gehouden. Tot slot werd bovendien gesuggereerd dat meer rechtsbescherming nodig is. Geen van deze suggesties is overgenomen in het wetsvoorstel.

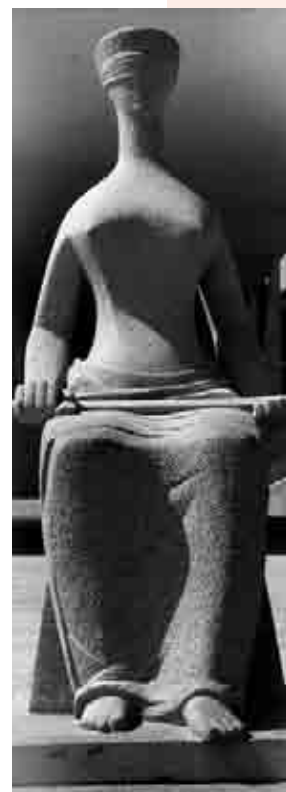
Antwoord op reactie Stichting PVP

Vermeld werd reeds dat de meeste aanbevelingen van de Stichting PVP niet zijn overgenomen. Wel geeft de regering in de Memorie van Toelichting antwoord op een aantal punten uit de reactie van de stichting.

Ten eerste oppert de regering dat de wils(on)bekwaamheid van de patiënt "een element kan zijn dat de behandelaar meeweegt bij het nemen van de beslissing al of niet over te gaan tot dwangbehandeling" (zie MvT, p. 19). Direct daaropvolgend wordt dan beweerd dat een wilsbekwame weigering van een behandeling ter voorkoming van gevaar voor anderen, geen reden is om af te zien van dwangbehandeling. Dit roept vragen op. Wilsbekwaamheid vormt weliswaar geen reden om gevaar voor anderen te laten voortbestaan, maar waarom zou in een dergelijke situatie niet kunnen worden volstaan met andere interventies om dat gevaar af te wenden? Van de voorhanden alternatieven zal de minst ingrijpende moeten worden gekozen. Bij wilsbekwaamheid lijkt er eerder grond voor beveiliging door afzondering of separatie, dan voor een therapeutisch ingrijpen met dwangmedicatie. De regering lijkt voorsnog weinig oog te hebben voor enerzijds het scala aan alternatieven om gevaar af te wenden, en anderzijds de mate waarin de patiënt daarbij een keuze zou kunnen of moeten worden gelaten.

Wat betreft het punt van willekeur en rechtsbescherming verwelkomt de regering een initiatief uit de praktijk - afkomstig van met name GGZ Nederland, KNMG en NVvP - om regionale organen te laten adviseren bij de individuele besluitvorming rond dwangbehandeling. De regering geeft aan dat dergelijke organen kunnen bijdragen aan een zorgvuldige nadere invulling van de in het wetsvoorstel geïntroduceerde open norm (zie MvT, p. 18-19). Aldus zou willekeur voorkomen kunnen worden. Vervolgens wordt aangegeven dat de organisatie van deze organen overgelaten moet worden aan het veld en dat de wetgever hierin geen regulerende taak heeft. Daar kan echter ook anders over worden gedacht. Het standpunt van de regering lijkt in te houden dat het voorkomen van willekeur geen taak van de overheid is.

Literatuur
Beighmans, R.L.P. (2006). Uitbreiding van drang en dwang in de psychiatrie: de Bopz-wijzigingen inzake de voorwaardelijke machtiging en de klinische dwangbehandeling. *Journal Ggz en recht*, 2(3), 47-51.



De gevolgen van het gelijk



Heel mijn leven ben ik al wat slimmer dan de anderen. Als kleuter was ik gefascineerd door de wereld van cijfers en letters. Op de basisschool sloeg ik een klas over, en kwam ik in de ban van de prehistorie. Als puber verdiepte ik mij in het Sanskriet. Iedereen om mij heen vond ik saai en dom.

Met mijn kritische opmerkingen maakte ik niet veel vrienden. Ik miste het niet, dacht ik. Toch voelde ik mij in toenemende mate onbegrepen en eenzaam. Ik trok me steeds meer terug, wilde het liefst thuis blijven en voerde gesprekken met mezelf. Alleen om mezelf beter te leren kennen. Ik vond dat heel normaal. Mijn ouders vonden het maar vreemd en schakelden zonder mij te raadplegen een psychiater in.

Die wilde echt alles van mij weten. Allemaal zaken die hem niet aangingen. Ook vroeg hij of ik wel eens stemmen hoorde. Ik vond deze belachelijke vraag het absolute dieptepunt. De rest van de onderzaging besloot ik te zwijgen.

Door mijn zwijgzaamheid werd ik tegen mijn wil in uitgenodigd binnen de muren van de geestelijke gezondheidszorg, afdeling jeugd. De diagnose? Uiteraard schizofrenie.

Pas na een rondgang van drie jaar, langs drie afdelingen, twee soorten anti-psychotica en een second-opinion, viel het kwartje. Björn, ik dus: inmiddels 17 jaar, was niet gek, maar autistisch en wel in de vorm van het syndroom van Asperger.

Met deze diagnose kon ik leven; sterker nog: ik had de hulpverleners zelf op het idee gebracht. Binnen een jaar woonde ik op een kamer in een woon-werkgemeenschap. Aanvankelijk had ik het er naar mijn zin. Maar dat veranderde.

Het was op een zaterdagmiddag, alweer twee jaar geleden. Ik had ruzie met mijn vriendin gehad en ik was behoorlijk van slag. Op zo'n moment sla ik met deuren, praat en scheld hardop over wat er gebeurd is, en stampvoet van woede. Geen pretje voor mijn omgeving, dat weet ik zelf ook wel. De dienstdoend hulpverleenster maakte mij duidelijk dat ik moest stoppen met dat gedrag, dat ik moest afkoelen op mijn kamer en dat ik pas over een uur weer welkom was. Als ik tenminste was gekalmeerd. Ze vroeg niet wat er aan de hand was of ze me kon helpen. Daardoor werd ik nog bozer en schold haar uit voor sociotrut. Fout dus. Binnen een paar minuten had het aantal hulpverleners zich vertienvoudigd. Ik kon kiezen: vrijwillig meelopen naar de separeer of onder dwang. Niemand ging in op mijn vraag op welke grond ze

dachten het recht te hebben om mij van mijn vrijheid te beroven. Ik zei dat ik niemand had geslagen, niemand had bedreigd, dat ook niet van plan was, en dat ik niet 'vrijwillig' de separeer in zou gaan. Ook zei ik dat ik niet meer zou spreken, omdat al mijn woorden paarden voor de zwijnen waren en dat ik me niet meer zou bewegen. Direct hierop werd ik op professioneel hardhandige wijze naar een separeerkamer gesleept, ontkleed en in een soort jurk gehesen. Na anderhalf uur zeiden ze dat ik de separeer mocht verlaten. Ik reageerde er niet op en bleef liggen. Na enkele minuten werd ik de separeer uit gesleept en werd mijn jurk weer uitgetrokken. De strafexpeditie was blijkbaar ten einde.

De volgende dag viel mijn klachtbrief op de mat bij de klachtencommissie van de instelling. Het tekstenboekje van de Wet Bopz kende ik - minder gelukkig voor de hulpverleners - van binnen en van buiten. Mijn klacht werd dan ook op alle door mij ingebrachte punten

gegrond verklaard. De socio's hadden mijn separatie nergens gemeld, er was geen IBS aangevraagd, bovendien was er geen sprake van een noodsituatie, er was geen gevaarscriterium. Kortom: professioneel geblunder!

Helaas deed de klachtencommissie geen aanbevelingen. Ook de Raad van Bestuur sprak zich niet uit over deze kwestie. In theorie had ik dus gelijk gekregen; in de praktijk veranderde er helemaal niets. Ik heb van niemand een excuus gekregen; geen woord werd er meer over gerept. Ik was hierover wel teleurgesteld, maar besloot de zaak als afgedaan te beschouwen. Ik schatte de kans op herhaling als verwaarloosbaar klein in. Aan mij durfden ze zich niet meer te branden. Maar ja, niet alle bewoners waren gezegend met mijn verstand en begiftigd met mijn mondigheid. De geschiedenis herhaalde zich dus op de kop af één jaar en vier dagen later. Ook op een middag, ook bij iemand die verbaal zeer boos was en zeer hard drie deuren dichtsliep. Ook zij weigerde te gaan rusten, ook haar werd niet een fatsoenlijk gesprek gegund. Ook zij werd gesepareerd tegen haar wil in. Het enige verschil was dat zij zich verzet had. Dat wil zeggen: zij had een sociotherapeut aan haar haren getrokken. Hierdoor moest zij drie uur in de separeer blijven en moest onder druk rustgevendende medicatie innemen.

Ik was er die middag niet bij toen de socio's weer zo 'professioneel' bezig waren. Toen ik het de volgende dag hoorde, was ik ontsteld en witheet tegelijk. Ezels stoten zich blijkbaar - anders dan het spreekwoord wil - wél tweemaal aan dezelfde steen.

Maya, de medebewoner waar het om ging, accepteerde mijn aanbod om voor haar een brief op te stellen voor de klachtencommissie. De feiten waren nagenoeg hetzelfde.

Nadat de brief klaar was, drong ik er bij Maya op aan om de pvp erbij te halen. De pvp kon namelijk benadrukken bij de klachtencommissie dat - nadat de klacht gegrond was verklaard, daar ging ik wel van uit - er ook aanbevelingen moesten komen aan de afdeling en de Raad van Bestuur om te voorkomen dat zoiets vreselijks een derde keer zou voorkomen.

Gelukkig volgde Maya mijn advies op. Ik vertelde de pvp ook over mijn al afgehandelde klacht. Volgende week volgt de beslissing van de klachtencommissie. Maya heeft beloofd mij een kopie van de uitspraak te geven. Ik heb goede hoop...

JWvD

Iets te melden? U kunt uw brief sturen naar redactiekrant@pvp.nl of per papieren post naar de Stichting PVP, t.a.v. Redactie krant. De redactie kan uw brief inkorten en/of wijzigen.

In de vorige editie van de PVP-Krant vertelde in het artikel 'Taaie Stroop' een begeleider op een afdeling over cliëntvriendelijke bejegening die hij regelmatig tegenkwam bij collega's, en dat hij probeerde samen met pvp en cliëntenraad daar iets aan te doen. Hieronder leest u twee reacties op dat artikel.

Taaie Stroop (1)

Het artikel op de achterkant "Taaie stroop" (tamelijk pleonastisch) is anoniem, tenzij auteur het zelf verzonnen/geschreven heeft, wat nog verwerpelijk zou zijn. Ervan uitgaande dat een ziekenhuismedewerker dit zelf zo gezegd of geschreven heeft vind ik het jammer dat de redactie met anonimiteit akkoord is gegaan. Daarmee is het oncontroleerbaar geworden en ontbreekt nu de mogelijkheid voor 'de andere partij' tot verdediging en/of uitleg.

De slotregels "samen kunnen we de verandering in

gang zetten, ik van de ene kant, de cliënt van de andere kant. Helpt u ook?" lijken te getuigen van een positieve constructieve houding, maar zijn in tegenspraak met de rest van de eerdere uitlatingen, en daarmee ongelooftwaardig.

Wat rest is het beeld van een gefrustreerd personeelslid, ongeschikt voor collegiale samenwerking en effectief overleg. De eenzijdigheid en ongenueanceerdheid doen vermoeden dat deze persoon vervallen is tot een simpel zwart-witdenken waarbij het zwart zien of maken van de ander dient om zijn frustraties te rechtvaardigen. Nog een stapje verder: de persoon heeft waarschijnlijk de genoemde 'schokkende' zaken nodig om zijn identiteit en goed-zijn voor zichzelf te vormen en te bevestigen.

Of doe ik nu hetzelfde?

Ik elk geval zet ik mijn naam eronder.

Eddy Raymann

Taaie Stroop (2)

Met heel veel interesse lees ik altijd jullie krant. Dit keer stond er een artikel in dat mij uit het hart gegrepen is. Als lid van de cliëntenraad van de Mondriaan Zorggroep loop ik constant tegen het probleem van bejegening aan. Ik vond het een verademing te lezen dat er toch ook nog personeel is dat kritisch kijkt. Verder hoop ik dat de schrijver van dit artikel aan de bel blijft trekken en dat in samenspraak doet met de cliëntenraad, zodat deze raad zich ook meer gesteund weet.

Als voorzitter van de divisieraad Ouderen heb ik het zover weten te krijgen dat het punt bejegening een speerpunt is geworden binnen deze divisie. Samen met de divisiedirecteur en het management wordt er alles aan gedaan om een positieve bejegening van cliënten te krijgen.

Miriam Huibers

n



Drie vragen aan... Odette van der Heijden, patiëntenvertrouwenspersoon

1. Waarom werk je bij de Stichting PVP?

Ik wilde iets met en iets voor mensen doen.

2. Wat is je het meest opgevallen in 2005?

Dat het werk van de pvp door kwaliteitsrichtlijnen langzaam verschuift van aanwezig zijn op afdelingen naar werken achter de computer. Een voorbeeld hiervan is het jaarverslag dat iedere pvp vanaf 2005 moet produceren. Natuurlijk profiteren cliënten daar ook wel van. De aanbevelingen die de pvp in het jaarverslag doet, kunnen een bijdrage leveren aan de kwaliteitsverbetering van de zorg. Een verschuiving van het pvp-werk van het welzijn van de individuele cliënt naar de kwaliteit van de zorg voor de gehele cliëntenpopulatie.

3. Wat is je verwachting van 2006?

De kwaliteitswet heeft het over verantwoorde zorg die moet zijn afgestemd op de reële behoefte van de cliënt, dus vraaggericht en niet aanbodericht. Desondanks is er enerzijds een tendens om cliënten niet zo snel meer op te nemen. Anderzijds is er juist een toenemende mate van bemoeizorg om 'zorgmijders' toch te kunnen behandelen. Ik verwacht in 2006 dan ook, naast een toename in aanboderichte zorg, een toename van drang en dwang. Met andere woorden: werk voor de pvp!

Colofon

Deze krant is een uitgave van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg.

De Stichting PVP geeft advies, informatie en ondersteuning aan cliënten van de GGZ bij de handhaving van hun rechten.

Voor informatie over de Stichting PVP: Stichting PVP

F.C. Dondersstraat 9, 3572 JA Utrecht

tel 030-271 8353 fax 030-271 6256

Voor vragen en klachten over de GGZ: Helpdesk PVP 0900-444 8888

De pvp-krant verschijnt 4 keer per jaar.

Oplage: 7800

Ontwerp en druk: TGO Uden

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------|
| Aan deze krant werkten mee: | André de Mol | Halling Uzerman |
| | Arienne de Geus | Jan-Willem van Drunick |
| | Caroliëna van den Bos | Nannie Flim |
| | Femke Welles | Sander Welie |
| | Hans Floor | Wiesje Koning |

Foto's: Arienne de Geus

Dienst Justitiële Inrichtingen

stockfoto's.

Aan de jaarkrant werd bovendien bijgedragen door directie en management.

Beeldredactie: Arienne de Geus

Eindredactie: Welmoet Wels

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

Overname van artikelen en illustraties is uitsluitend toegestaan met bronvermelding.

ISSN 1380-1996

Reacties of ingezonden brieven kunt u sturen naar

Stichting PVP, t.n.v. redactie pvp-krant, of naar redactiekrant@pvp.nl.



Vragen en klachten over de ggz?

Bel de Helpdesk PVP 0900 444 88 88

(10 cent per minuut)

U kunt de Helpdesk PVP bellen op:

Maandag t/m vrijdag: 10:00-16:00

Woensdagavond: 19:00-21:00

Zaterdagmiddag: 13:00-16:00

Of mail naar: helpdesk@pvp.nl

Voor meer informatie: www.pvp.nl



PVP Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg

Voor u ligt een beknopte versie van het jaarverslag van de Stichting PVP. In het **jaaroverzicht** vindt u getallen en cijfers met uitleg: het aantal cliënten van pvp'en, aantallen en onderwerpen van vragen en klachten, etc. Verder leest u de bevindingen van de **werkgroep Wesp**, die onderwerpen die pvp'en in hun werk tegenkomen uitdiept. Ook de activiteiten van de **klachtencommissie pvp**, waar cliënten terecht kunnen die niet tevreden zijn over de dienstverlening van de Stichting PVP, krijgen aandacht in een apart artikel. Ter afsluiting een overzicht van **personalia**. Op www.pvp.nl vindt u de volledige teksten en de gedetailleerde jaarcijfers.

Algemene inleiding

Stichting PVP: hulpvaardig en slagvaardig

Ook in 2005 maakte de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg (kortweg Stichting PVP) zich sterk voor de rechten van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. We luisterden naar klachten, gaven advies en voorlichting en ondersteunden cliënten bij klachtprocedures. We verzamelden gegevens over ons werk en keken daar kritisch naar. Al deze activiteiten vindt u terug in dit jaarverslag. We baseren ons daarbij onder meer op de cijfers uit ons registratiesysteem en feedback van zowel patiëntenvertrouwenspersonen (pvp'en) als cliënten. Dezelfde gegevens vormen de basis voor het opstellen en bijstellen van ons beleid. Zo worden wij elk jaar hulpvaardiger.

Stichting PVP wil ook slagvaardig zijn. We zien het als onze taak knelpunten te melden aan de overheid en aan derden. Hiertoe is vijf jaar geleden de interne

werkgroep 'Wesp' opgezet. Deze werkgroep onderzoekt thema's uit de alledaagse praktijk van pvp'en. De onderzoeken worden uitgevoerd door de medewerker registratie en onderzoek, met ondersteuning van een aantal pvp'en. De Stichting PVP wil ook openheid over knelpunten waaraan de Stichting of haar medewerkers zelf debet zijn. Cliënten kunnen ontevredenheid over het functioneren van een pvp dan ook melden bij een onafhankelijke klachtencommissie.

Om de bruikbaarheid van de jaarcijfers te vergroten, hebben wij in 2005 ons registratiesysteem aangepast. De definities van vragen en klachten en van de werkwijze van de pvp'en zijn nu afgestemd op de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. Nieuw daarin is bijvoorbeeld dat pvp'en nu registreren in welk circuit (verslaving, forensisch, jeugd etc.) cliënten in behandeling zijn. We hebben echter voor

lijf moeten nemen dat cijfers van een aantal onderdelen niet meer vergelijkbaar zijn met voorgaande jaren.

De resultaten van de registratie zetten we in om het cliëntperspectief sterker onder de aandacht te brengen. Ook hierin willen wij ons hulpvaardig, maar ook slagvaardig profileren. Elke pvp heeft bij de Raad van Bestuur en de cliëntenraad van zijn of haar instelling(en) nagevraagd over welke onderwerpen de instelling jaarcijfers uit onze registratie wil ontvangen. De jaarverslagen over 2005 zijn afgestemd op die behoefte. In samenwerking met het landelijk bureau van de Stichting PVP hebben de pvp'en in de eerste helft van dit jaar voor ongeveer tweehonderd instellingen jaarverslagen gemaakt. Op deze manier wendden wij onze kennis en expertise aan om direct invloed uit te oefenen op het beleid in instellingen.

Jaaroverzicht

2005 in getallen in beeld

Dit jaaroverzicht zet de opvallendste zaken uit het werk van de Stichting PVP in 2005 op een rij. Tabellen en tekst wisselen elkaar af in wat we hopen dat een duidelijk beeld geeft van onze werkzaamheden in 2005 en wat ons is opgevallen.

Wie deden een beroep op de Stichting PVP?

In 2005 hebben 9.622 cliënten een vraag of klacht voorgelegd aan een pvp (tabel 1). We zien dat het totaal aantal cliënten groeit, dat meer mannen een beroep op ons doen en dat cliënten steeds vaker onvrijwillig zijn opgenomen. Deze trends zijn al vanaf 2000 waarneembaar. Ook het jaarrapport Bopz van de Inspectie laat zien dat het aantal dwangopnames in de periode 2000 tot 2003 sterk stijgt. Kortom: de Stichting PVP biedt dienstverlening aan steeds meer cliënten met steeds complexere problemen.

Tabel 1: Aantal cliënten en enkele kenmerken

| Cliënten | 2003 | 2004 | 2005 |
|-----------------|-------|-------|-------|
| Aantal cliënten | 8.827 | 9.513 | 9.622 |
| Vrouw | 48,0% | 47,0% | 45,9% |
| Man | 52,0% | 53,0% | 54,1% |
| Vrijwillig | 60,4% | 57,9% | 54,0% |
| Onvrijwillig | 39,6% | 42,1% | 46,0% |

Welke onderwerpen vroegen de aandacht?

In tabel 2 ziet u met welke vragen en klachten cliënten bij hun pvp aankloppen. Terwijl de totale hoeveelheid vragen en klachten in de periode 2000-2004 fors steeg, was er in 2005 een lichte daling. De onderwerpen waarover wordt geklaagd verschuiven elk jaar licht. Zonder aanvullend onderzoek kunnen we daaruit echter geen conclusies trekken.

Tabel 2: Onderwerp van vragen en klachten

| Onderwerp | 2003 % | 2004 % | 2005 % |
|---|---------------|---------------|---------------|
| Juridische titel | 8,0 | 9,2 | 9,0 |
| Dwangtoepassing (art 38 en 39 Bopz) | 7,3 | 7,4 | 7,1 |
| Vrijheidsbeperking (art 40 Bopz) | 6,3 | 7,2 | 7,3 |
| Overige dwang | 1,3 | 1,5 | 1,5 |
| Behandeling | 20,9 | 19,6 | 19,9 |
| Dossier en informatie | 7,2 | 6,8 | 6,3 |
| Bejegening | 10,0 | 10,8 | 11,6 |
| Hotelfunctie | 8,3 | 8,2 | 8,4 |
| Went ontslag/overplaatsing | 6,5 | 6,7 | 6,7 |
| Klacht tegen ontslag/overplaatsing | 7,1 | 7,4 | 7,6 |
| Geldbeheer en alg. Recht | 4,8 | 4,6 | 5,0 |
| Overige zaken | 12,2 | 10,4 | 9,6 |
| Totaal aantal vragen en klachten | 23.161 | 24.633 | 24.068 |



Drie vragen aan... George Witte, voorzitter Raad van Bestuur van Rivierduinen

1. Wat zijn uw ervaringen met het werk van de Stichting PVP?

De pvp'en leveren een belangrijke bijdrage aan de zorgverlening aan onze cliënten. Ze maken formeel geen onderdeel uit van ons besturingsmodel, maar hebben wel een eigen plek tussen cliënten, behandelaars en management. Juist deze informele plek maakt dat zij zich op bijna elke plek in de organisatie kunnen bewegen, en dat ook doen. De wijze waarop de pvp'en binnen onze organisatie hun werk verrichten, en dan heb ik het bijvoorbeeld over de wijze waarop het contact tussen hen en de directies verloopt, wordt zeer gewaardeerd.

2. Wat vindt u van deze nieuwe vorm van presentatie van de jaarcijfers: in een echt jaarverslag, met toelichtingen en tabellen?

Het is een heel overzichtelijk verslag waaruit we per afzonderlijk centrum veel nuttige informatie kunnen halen. Opvallend was dat het aantal absolute vragen en klachten ten opzichte van 2004 afgenomen was. Uiteraard hebben wij daarbij de vraag gesteld of er daadwerkelijk minder cliënten met vragen of klachten zijn geweest, of dat het werk van de pvp'en niet voldoende bekend was. Deze vraag zullen wij ook aan onze directies voorleggen. Overigens zal in ieder geval aan het werk van de pvp'en meer bekendheid worden gegeven.

3. In hoeverre draagt dit jaarverslag bij tot het verbeteren van de zorg in uw instelling?

Het jaarverslag zullen we bespreken met de directies van de centra. Daar waar we bijzondere resultaten zien, zullen we van hen een nadere analyse vragen om inzichtelijk te krijgen wat daarvan de oorzaken zijn. De aanbevelingen en de algemene signalen van de pvp'en zullen we zo veel mogelijk opvolgen. We gebruiken het verslag dus actief om concrete verbeteringen in de zorgverlening te maken.



Pvp'en nemen vaak ook zelf initiatief tot het aanpakken van onderwerpen. In 2005 is voor het eerst geregistreerd hoe vaak pvp'en in hun instelling voorlichting hebben gegeven over rechtspositionele onderwerpen. Duidelijk is geworden dat terwijl het aantal vragen en klachten in 2005 licht is gedaald, de cliëntgebonden uren zijn toegenomen.

Dwang en drang

Dwang is de bij wet geregelde mogelijkheid om een cliënt zonder zijn toestemming op te nemen of te behandelen. Drang is een ander begrip dat staat voor de druk die op cliënten wordt uitgeoefend om zich te laten opnemen of behandelen zonder dat van de wettelijke mogelijkheden gebruik wordt gemaakt. Onderzoek naar dwangtoepassing en dwangopneming bestaat bijna niet. Zoals eerder gezegd willen wij ons cijfermateriaal inzetten om het cliëntenperspectief meer onder de aandacht te brengen. Die cijfers laten zien dat de factor leeftijd een rol speelt bij klachten over dwangtoepassing. Jongeren blijken een grotere aversie te hebben tegen separatie dan ouderen, terwijl deze laatste groep anders dan de jongeren een gedwongen medicatie het ergst vindt.

In 2005 is ook geregistreerd over welke aspecten van al dan niet vrijwillige behandeling met medicatie cliënten vragen en klachten hebben (tabel 3). De meeste vragen worden gesteld over de drang die behandelaren en verpleegkundigen mogen uitoefenen om medicatie te accepteren. Opvallend is dat cliënten vaak erkenning willen van hun klacht als het gaat om klachten over bijwerkingen. Cliënten willen meestal een aanpassing van hun situatie als het gaat om de hoeveelheid en de toedieningsvorm van medicatie.

Tabel 3: Vragen en klachten over medicatie

| Medicatie | vragen | | klachten | | | | Totaal | |
|-----------------------|--------|------|------------|------|-----------|------|--------|-----|
| | Abs. | % | aanpassing | | erkenning | | Abs | % |
| Dwangmedicatie | 40 | 10,8 | 291 | 78,6 | 39 | 10,5 | 370 | 100 |
| Hoeveelheid medicatie | 49 | 12,5 | 319 | 81,6 | 23 | 5,9 | 391 | 100 |
| Type/merk medicatie | 52 | 16,8 | 232 | 75,1 | 25 | 8,1 | 309 | 100 |
| Drang bij medicatie | 53 | 29,6 | 110 | 61,5 | 16 | 8,9 | 179 | 100 |
| Bijwerkingen | 38 | 22,1 | 110 | 64,0 | 24 | 14,0 | 172 | 100 |
| Toedieningsvorm | 15 | 17,2 | 69 | 79,3 | 3 | 3,4 | 87 | 100 |

Wat willen cliënten?

De redenen dat cliënten de hulp van een pvp invoeren, worden in het registratiesysteem van de Stichting PVP onderverdeeld in vragen en klachten. Als we de vragen van cliënten bekijken (tabel 4), dan gaan die vooral over hun behandeling, juridische status, dossierzaken en de voorlichting door de instelling. Klachten kunnen twee doelen hebben. Cliënten kunnen aanpassingen willen van een bestaande situatie. Deze klachten gaan veelal over behandeling, vrijheidsbeperking en de hotelfunctie (denk aan: accommodatie, veilige sfeer, privacy). Klachten waarbij cliënten erkenning zoeken gaan vaak over bejegening, behandeling en ook over dwangtoepassing.

Tabel 4: Wens cliënt per onderwerp

| Onderwerp | Vragen | | Klachten | | | |
|------------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| | Abs | % | aanpassing | | Erkenning | |
| Juridische titel | 888 | 14,4 | 1176 | 7,9 | 99 | 3,3 |
| Dwangtoepassing | 170 | 2,8 | 1241 | 8,3 | 291 | 9,7 |
| Vrijheidsbeperking | 114 | 1,8 | 1575 | 10,6 | 59 | 2,0 |
| Overige dwang | 59 | 1,0 | 260 | 1,7 | 43 | 1,4 |
| Behandeling | 985 | 15,9 | 3307 | 22,2 | 505 | 16,7 |
| Dossier en informatie | 817 | 13,2 | 543 | 3,7 | 164 | 5,4 |
| Bejegening | 367 | 5,9 | 1352 | 9,1 | 1079 | 35,8 |
| Hotelfunctie | 294 | 4,8 | 1520 | 10,2 | 204 | 6,8 |
| Wenst ontslag/overplaatsing | 337 | 5,5 | 1202 | 8,1 | 63 | 2,1 |
| Klacht tegen ontslag/overplaatsing | 238 | 3,9 | 1439 | 9,7 | 163 | 5,4 |
| Geldbeheer en alg. recht | 411 | 6,6 | 716 | 4,8 | 77 | 2,6 |
| Overige zaken | 1501 | 24,3 | 541 | 3,6 | 268 | 8,9 |
| Totaal | 6181 | 100,0 | 14872 | 100,0 | 3015 | 100,0 |

Werkwijze van de pvp

Het aantal klachtencommissieprocedures waarbij de pvp een ondersteunende rol heeft neemt toe. Er zijn in 2005 421 klagschriften afgerond met in totaal 720 aspecten van klachten. Er is al enkele jaren een toename van het aantal klachtencommissieklachten waar te nemen. De meeste gaan over dwangtoepassing.

Tabel 5: Werkwijze van pvp naar onderwerp

| Onderwerp | infoladvies | | bijstand | | aspecten klagschrift | onderwerpen signaal |
|------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|-------------------------|------------------------|
| | Abs | % | Abs | % | | |
| Juridische titel | 1.419 | 11,2 | 744 | 6,5 | 12 | 5 |
| Dwangtoepassing | 589 | 4,7 | 1.113 | 9,7 | 255 | 20 |
| Vrijheidsbeperking | 537 | 4,2 | 1.211 | 10,6 | 57 | 14 |
| Overige dwang | 162 | 1,3 | 200 | 1,8 | 11 | 3 |
| Behandeling | 2.376 | 18,8 | 2.421 | 21,2 | 109 | 13 |
| Dossier en informatie | 1.106 | 8,7 | 418 | 3,7 | 33 | 21 |
| Bejegening | 1.399 | 11,1 | 1.399 | 12,2 | 110 | 24 |
| Hotelfunctie | 843 | 6,7 | 1.175 | 10,3 | 33 | 70 |
| Wenst ontslag/overpl. | 762 | 6,0 | 840 | 7,4 | 17 | 1 |
| Klacht tegen ontslag/overpl. | 826 | 6,5 | 1.014 | 8,9 | 67 | 11 |
| Geldbeheer alg. recht | 699 | 5,5 | 505 | 4,4 | 2 | 0 |
| Overige zaken | 1.926 | 15,2 | 384 | 3,4 | 12 | 14 |
| Totaal | 12.644 | 100,0 | 11.424 | 100,0 | 720 | 196 |

Pvp'en zien en horen veel van wat zich in een instelling afspeelt. Constateert de pvp een tekortkoming in de structuur en het functioneren van de instelling, dan kan de pvp daarover een signaal afgeven aan de Raad van Bestuur. Pvp'en hebben 141 signalen gemeld over in totaal 196 onderwerpen. Dat aantal is lager dan in voorgaande jaren. In 2005 is er geen themaproject signalering geweest bij de Stichting PVP. Dit is de reden van deze afname van registratie van signalen.

PVP of instellingsmedewerker

Bij de helft van het aantal vragen en klachten neemt de pvp contact op met andere personen of instanties binnen de instelling. In registratie-termen noemen we dat 'bijstand'. Terwijl in het verleden de pvp'en vragen en klachten vaker zelf afhandelden door informatie en advies te geven, is nu te zien dat pvp'en vaker bijstand verlenen (11.424 klachten, zie tabel 5). Als de pvp bijstand geeft, wordt geregistreerd hoe de instellingsmedewerker met de wens van de cliënt omgaat. De medewerker voldoet veelal 'geheel' (32,3%) of 'deels' (23,3%) aan de oorspronkelijke wens van de cliënt. In 11,3% presenteert de medewerker een alternatief voor de wens van de cliënt. Voor het overige wordt de wens niet gehonoreerd (22,7%), is de reactie van de derde niet bekend of is de klacht ingetrokken (10,4%).

Deze getallen zijn inclusief de cijfers van de Helpdesk PVP.

Conclusie

De Stichting PVP wil meer. De registratiecijfers meer gebruiken om het cliëntperspectief meer onder de aandacht te brengen. Dit gebeurt onder andere door bepaalde thema's voor het publieke voetlicht te brengen middels de pvp-krant en versberichten, en door per instelling een op behoefte en beleidsthema's afgestemd jaarverslag te presenteren. Dit is een lijn die de komende jaren wordt doorgezet. De Stichting PVP doet ook meer. Uit de landelijke jaarcijfers valt op dat het aantal cliënten groeit en dat cliënten van de pvp steeds vaker onvrijwillig zijn opgenomen. Deze trends vervolgen een lijn die al sinds 2000 te zien is. Het resultaat is dat steeds meer cliënten met steeds complexere problemen een beroep doen op de pvp. Opvallend is dat de pvp steeds vaker contact met derden heeft. Het aantal klachtencommissieprocedures neemt toe en het grootste deel van deze klachten gaat over dwangtoepassing.

Het beleid van de Stichting PVP sluit aan bij de trends die uit deze jaarcijfers naar voren komen. Stichting PVP legt prioriteit bij dienstverlening aan cliënten die te maken hebben met dwang en drang. Daarnaast ligt in onze berichtgeving naar buiten de nadruk op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De Stichting PVP wil op hulpvaardige, maar vooral ook slagvaardige manier daar meer een bijdrage aan leveren.

Werkgroep WESP

Prikkel tot verbetering

Signalen over blijvende of terugkerende knelpunten in de zorg zijn dikwijls instellingsoverstijgend. De werkgroep WESP, bestaande uit een onderzoeker, een leidinggevende en een aantal pvp'en, bekijkt deze thema's nader en brengt ze voor het voetlicht. Dat is wat de WESP wil: angels in beeld brengen. In 2005 heeft de WESP vier prangende thema's op scherpe wijze onderzocht en in deze krant gepubliceerd. Hieronder een synopsis.

Wachten op beschermd wonen

Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg verblijven soms maanden tot jaren op een afdeling waar ze niet meer thuishoren. Ze wachten op een plaats binnen de langdurige zorg of het beschermd wonen. Die lange wachttijden zijn ook veel ziekenhuismedewerkers een doorn in het oog. Sommige cliënten wachten langer dan vier jaar! Uit een inventarisatie binnen 32 behandelafdelingen blijkt dat een kwart van de patiënten op een wachtlijst staat. Veel cliënten hebben te maken met de lange wachttijd. Maar liefst 24% van de 870 cliënten die op de bevragede afdelingen verblijven, wacht op doorplaatsing naar langdurige zorg of beschermd wonen. De wachttijden variëren per afdeling van gemiddeld één maand tot achttien maanden. Bij eenderde van de bezochte afdelingen wachten cliënten gemiddeld meer dan een jaar op doorplaatsing. Er zijn zelfs cliënten die ruim vier jaar wachten.

Lang niet elke cliënt heeft inspraak in eigen behandelplan

De meeste psychiatrische patiënten zijn niet aanwezig bij hun behandelplanbespreking. Ook betrekken de instellingen hun cliënten niet altijd actief bij het opstellen van het behandelplan. Volgens de Stichting PVP kunnen cliënten meer invloed uitoefenen dan ze zich realiseren.

Mogen cliënten ervoor kiezen om hun behandelplanbespreking bij te wonen of wordt die keuze voor hen gemaakt? De werkgroep WESP onderzocht op 60 afdelingen in Nederland of en hoe men de patiënt betrekt bij het opstellen en evalueren van het behandelplan. Op verreweg de meeste afdelingen woont de cliënt de behandelplanbesprekingen niet bij. Wel kunnen de meeste cliënten tussentijds hun wensen over hun behandelplan kenbaar maken. Volgens de pvp'en lopen de ervaringen van cliënten in hoeverre te daadwerkelijk invloed hebben op hun behandelplan sterk uiteen. De 'ideale situatie' is volgens de Stichting PVP dat een cliënt zelf aanwezig is bij besprekingen van zijn of haar behandelplan. Helaas gebeurt dit nog weinig.

De schorsingsbevoegdheid van de klachtencommissie

Pvp'en hebben vorig jaar 99 cliënten geholpen bij hun verzoek aan de klachtencommissie om een door de behandelaar genomen beslissing te schorsen. Schorsen betekent dat zo'n beslissing niet kan worden uitgevoerd totdat de klachtencommissie een uitspraak heeft gedaan. De commissie gaat vaak af op het oordeel van de behandelaar of de eerste geneeskundige. De rechtspositie van cliënten zou verbeteren als zij het recht krijgen gehoord te worden door de klachtencommissie.

Klachtencommissies hebben op grond van de Wet Bopz die bevoegdheid tot schorsen. De ervaringen van pvp'en laten zien dat klachtencommissies heel verschillend omgaan met deze bevoegdheid. Zo wordt de cliënt lang niet altijd gehoord, waarmee de kans dat de cliënt het voordeel van de twijfel krijgt, drastisch afneemt. Helaas is het gehoord worden geen recht dat een cliënt kan

eisen. In 2004 hebben pvp'en 99 keer een cliënt ondersteund die om een schorsing verzocht. De klachtencommissie heeft 34 keer de maatregel waarover geklaagd werd geschorst. De maatregelen die werden geschorst betreffen voornamelijk gedwongen medicatie (22 keer). Geen enkele keer is een separatie geschorst, terwijl daar wel 18 keer om verzocht is.

Dwangmedicatie dikwijls erger dan separatie

Als er op u dwangbehandeling moet worden toegepast, wat vindt u dan erger: medicatie of separatie? Deze vraag is afgelopen zomer gesteld aan vierhonderd mensen die op dat moment in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg waren opgenomen. Cliënten die beide dwangtoepassingen hebben meegemaakt, blijken dwangmedicatie vaak ingrijpender te vinden dan separatie. Ook mensen die nooit dwang meemaakten, zien vaker op tegen dwangmedicatie.

Hulpverleners discussiëren onderling veel over dwang. Ook onder psychiaters zijn er voor- en tegenstanders van separatie ten opzichte van dwangmedicatie. Sommige psychiaters menen dat separatie minder ingrijpend is dan dwangmedicatie, omdat dwangmedicatie ingrijpt in het lichaam en separatie niet. Andere psychiaters kiezen liever voor dwangmedicatie, omdat de werking daarvan bewezen is en de werking van separatie niet. De Wet Bopz geeft geen voorkeur aan voor de verschillende vormen van dwang, in ieder geval niet wat betreft de ingrijpendheid. Het gaat erom wat in een bepaalde situatie het minst ingrijpende alternatief is. De wens van de cliënt hoort bij die keuze en rol te spelen.

Maatregel geschorst: behandelaar haalt bakzeil

Karl staat er niet best voor. Hij is met een inbewaringstelling opgenomen, krijgt dwangmedicatie, is in alle vrijheden beperkt en wordt daarbovenop ook nog eens wilsonbekwaam verklaard. Zijn behandelaar wil niet meer met hem overleggen, maar doet alleen maar zaken met de Karls wettelijke vertegenwoordiger. En die vertegenwoordiger is door de behandelaar uitgezocht. Karl vindt de hele gang van zaken verschrikkelijk, en besluit om met de pvp een klacht in te dienen. Onderdeel daarvan is een verzoek om schorsing. Dat houdt in dat de maatregelen die de behandelaar wil nemen, niet mogen worden toegepast totdat de klachtencommissie een beslissing heeft genomen of die maatregelen terecht zijn of niet.

Binnen twee dagen wordt het schorsingsverzoek al door de klachtencommissie behandeld. Karl is daar zelf bij en heeft voor de zekerheid de pvp meegenomen. Maar het valt meer dan mee. Tijdens de behandeling van het schorsingsverzoek krijgt Karl van de behandelaar meteen vrijheden en weekendverlof voor maar liefst 36 uur. De dwangmedicatie volgens depotinjectie wordt afgebouwd en Karl krijgt het door hem gewenste medicament oraal: met pillen, zoals hij liever heeft. Ook wordt bij de beslissing van de klachtencommissie opgemerkt dat de cliënt zelf een wettelijk vertegenwoordiger mag aanwijzen bij een wilsonbekwaamverklaring.

Karl zit nog steeds vast in de instelling, maar heeft door de klacht en het schorsingsverzoek nu meer invloed op hoe zijn behandeling eruit ziet.



Drie vragen aan... Jolanda van Hoeve, stafmedewerker Kwaliteit, Innovatie en Ontwikkeling, Adhesie GGZ Midden-Overijssel

1. Is de onafhankelijkheid van de pvp anno 2006 nog steeds noodzakelijk?

Hulpverleners zijn de laatste jaren steeds meer op zoek gegaan naar objectieve maten om het eigen handelen te toetsen. Ook hebben zij onderling beter afgestemd welke kwaliteit van zorg zij willen leveren. Er is echter een verschil tussen objectieve kwaliteitsnormen afspreken en objectief tegenover de patiënt staan. Ik vind dat een onafhankelijke pvp noodzakelijk blijft binnen de hulpverlening. Er moet iemand zijn bij wie patiënten terecht kunnen met hun vragen, iemand die hen zonder enig ander belang kan adviseren en helpen.

2. De Stichting PVP wil meer prioriteit gaan geven aan klachten over dwang en drang. Andere rechtsvragen zullen dan toenemend bij instellingsmedewerkers terecht komen. Wat vind je daarvan?

Ik ben het er mee eens dat patiënten die te maken hebben met dwang en drang kwetsbaar zijn en dat zaken voor hen goed geregeld moeten zijn. Mogelijk hebben zij meer behoefte aan een onafhankelijke pvp dan andere patiënten. Maar ik vind het jammer dat daardoor andere patiënten, die het misschien even hard nodig hebben om bij de pvp terecht te kunnen, minder of geen gebruik meer kunnen maken van de pvp.

3. Nog andere (kritische) opmerkingen over het fenomeen pvp in de GGZ?

Ik denk dat ook hulpverleners als professionals in staat moeten zijn om vragen van patiënten zo onafhankelijk mogelijk te beantwoorden. Maar om die onafhankelijkheid te allen tijde te kunnen garanderen is een pvp belangrijk. Wat ik me wel eens afvraag is of iedere patiënt op de hoogte is wat een pvp voor hen kan betekenen en of iedereen zijn weg weet te vinden naar de pvp.

Klachtencommissie PVP

Op twee klachten uitspraak gedaan

Ook over de pvp kunnen cliënten klagen. Wanneer cliënten vinden dat de dienstverlening van een pvp niet optimaal is, kunnen zij terecht bij de klachtencommissie PVP. De Stichting PVP en GGZ-instellingen wijzen cliënten zowel persoonlijk als schriftelijk de weg naar deze onafhankelijke klachtencommissie.

In 2005 kreeg de Klachtencommissie twaalf klachten voorgelegd. Twee daarvan hebben tot een uitspraak geleid; deze staan hieronder kort geschetst. Van de overige klachten waren er een aantal niet-ontvankelijk, bijvoorbeeld omdat de klacht niet over een pvp ging maar over een andere kwestie, en zijn de klagers naar de juiste instanties doorverwezen. De overige klachten zijn op een andere manier afgehandeld; een klacht is opgelost en ingetrokken.

Ontoereikende ondersteuning

De klager vindt dat de beklagde pvp zich bij een dreigende overplaatsing ten onrechte heeft beroepen op zijn zwijgplicht tegenover een familielid. Verder vindt hij dat de pvp niet al het mogelijke heeft gedaan om hem bij te staan.

De commissie verklaart het eerste klachtonderdeel ongegrond en het tweede gegrond. Naar aanleiding van deze klacht beveelt de commissie de Stichting PVP

aan om in de instructie aan pvp'en nadrukkelijk aandacht te besteden aan de communicatie met naasten van de cliënt, die zich kunnen voordoen als vertegenwoordiger of zaakgelastigde. De pvp zou in dergelijke gevallen standaard aan de cliënt moeten vragen of hij instemt met het geven van informatie over de verdere gang van zaken aan de betreffende naaste(n). De Stichting PVP neemt deze aanbeveling over. Het tweede klachtonderdeel heeft het management van de Stichting PVP indringend met de betrokken pvp besproken.

Onzorgvuldigheid en belediging

Bij deze klacht wil de klager dat zijn pvp hem helpt bij een conflict met zijn laatste werkgever. Hij heeft daarover een uitgebreid verslag geschreven. De pvp zou beloofd hebben zijn verslag te lezen, maar heeft dit - zonder uitleg - niet gedaan (klachtonderdeel 1). De pvp heeft de klager naar eigen zeggen meermaals denigrerend toegesproken, waarbij twee negatieve termen zijn gebruikt (klachtonderdelen 2+3).

De commissie verklaart klachtonderdeel 2 ongegrond en klachtonderdelen 1 en 3 gegrond. De commissie beveelt de Stichting PVP aan excuses aan te bieden aan klager voor het handelen van haar werknemer. De Stichting PVP heeft deze aanbeveling uitgevoerd. n

Personalia

Onderstaande personalia betreffen de situatie per 31 december 2005. Voor een volledig actueel overzicht van personalia verwijzen wij naar onze website.

In 2005 hebben de directeur en zeven pvp'en de Stichting verlaten.

Onze gewaardeerde collega de heer P.C. Bosters, pvp, is in 2005 tot onze grote ontsteltenis overleden. Op pagina 8 in deze krant leest u een In Memoriam voor Pieter.

Bestuur

De samenstelling van het bestuur was in 2005 als volgt:

Onafhankelijke leden:

Mevrouw C. Langelaar (voorzitter)

Mevrouw mr. dr. C.J. van de Klippe

De heer drs. E.E. de Jong

Voorgedragen door de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de Geestelijke Gezondheidszorg dan wel de Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg:

De heer D. Bralds

Vacature

Vacature

Voorgedragen door GGZ Nederland:

De heer L. van Leersum (penningmeester)

De heer dr. J.B. Bakker, psychiater

Mevrouw drs. D.R.M. Maas

Landelijk Bureau

Mevrouw drs. M. Heringa, Interim-directeur

Mevrouw drs. F.E. Welles, Hoofd patiëntenvertrouwenpersonen

De heer drs. A.A.M. Stoop, Hoofd patiëntenvertrouwenpersonen

De heer drs. P.T. ten Cate, Hoofd patiëntenvertrouwenpersonen

De heer mr. drs. T.P.J.C. Widdershoven, Senior juridisch medewerker

Mevrouw mr. G.A. Koelewijn, Juridisch medewerkster

De heer mr. S.P.K. Welie, Juridisch medewerker

De heer dr. A.A.V.M. Deenen, Medewerker onderzoek en registratie

Mevrouw C.E. Hellema, Personeelsfunctionaris

Mevrouw Y. Anbeek-van der Graaf, Coördinerend secretaresse

Mevrouw O. Peperkamp, Secretariaatsmedewerkster

De heer H.C. Siperma, Financieel medewerker

De heer J.G.E. Wilms, Systeembeheerder

Ondernemingsraad

De heer H.H.J. Hilttemann (voorzitter)

Mevrouw G.A. Koelewijn

De heer H. Ilzerman

De heer R.C.J. Hofstee

De heer A.H. van der Meer de Walcheren

De heer W. Hart, ambtelijk secretaris

Klachtencommissie Patiëntenvertrouwenpersonen

De heer mr. P.O.H. Gevaerts (voorzitter)

De heer H. Beijers

Mevrouw S.H. Hartmann - Faber, psychiater

De heer R.E. Offerhaus, psychiater

De heer E. Dekker

Het secretariaat van de Klachtencommissie Patiëntenvertrouwenpersonen werd in 2005 verzorgd door mevrouw mr. R. Talma van de Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg te Utrecht.



Drie vragen aan... Kirsten Pauwels, patiëntenvertrouwenpersoon

1. Waarom werk je bij de Stichting PVP?

Omdat ik het belangrijk vind dat mensen die het niet steeds even makkelijk hebben om voor hun rechten op te komen, hierbij ondersteund worden. Dit hoeven niet steeds spectaculaire dingen te zijn: schijnbaar kleine dingen kunnen voor cliënten een wereld van verschil maken!

2. Je bent in 2005 met dit werk begonnen. Wat is je totaalindruk tot nu toe?

Na een dik jaar vind ik dit vak steeds boeiender en leuker. Geen enkele dag is dezelfde, elke vraag of klacht is anders en je kunt een hoop voor mensen betekenen.

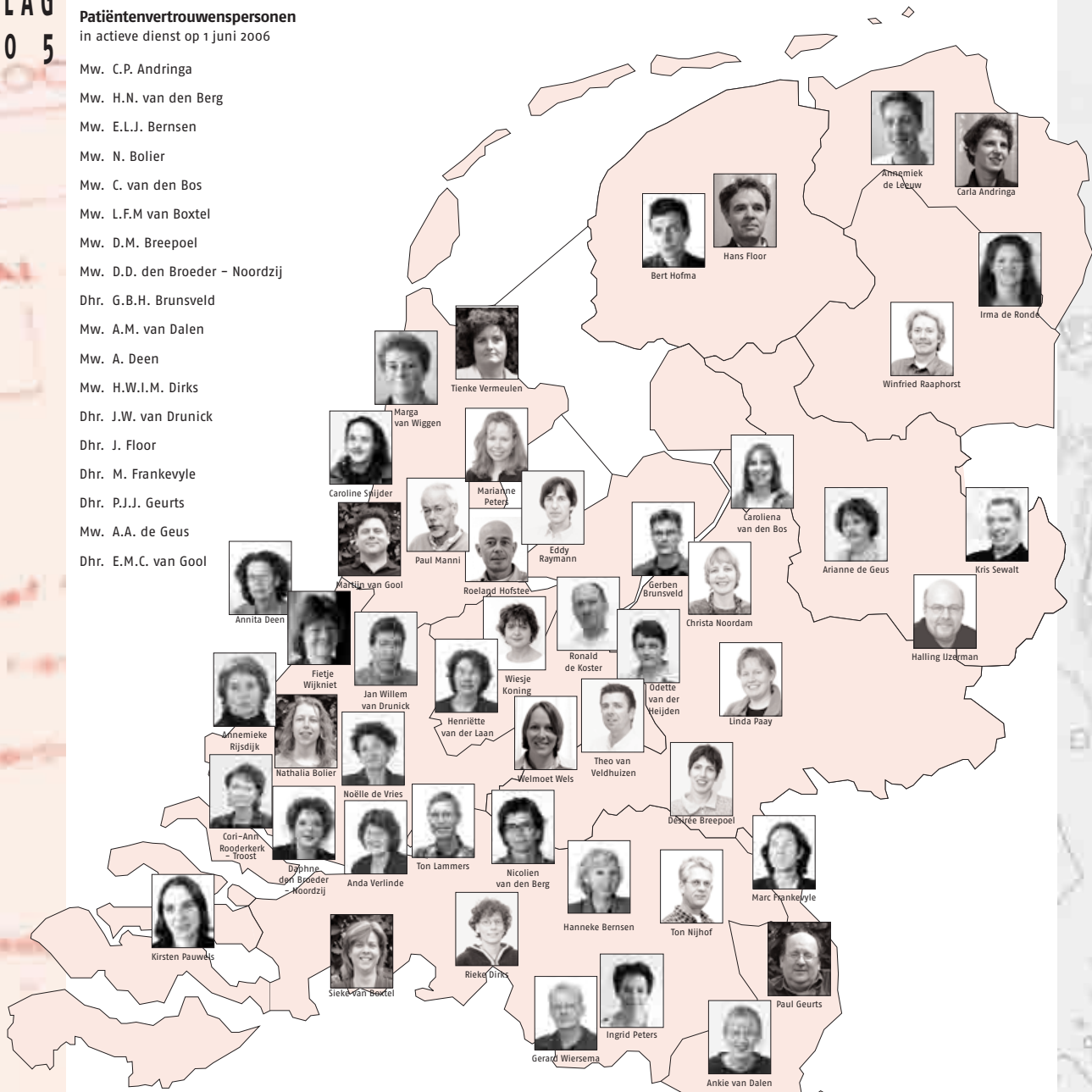
3. Geef je wel eens groepsvoorlichting aan cliënten over hun rechten en wat zijn je ervaringen daarmee?

Tijdens groepsvoorlichtingen valt me op dat cliënten in eerste instantie denken te weten wat hun rechten zijn. Als je je voorlichting hebt gegeven, dan zijn ze vaak verbaasd over wat ze allemaal gehoord hebben. Het loont dus wel degelijk de moeite!

Patiëntenvertrouwenspersonen

in actieve dienst op 1 juni 2006

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



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

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

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

Pvp-vertalers

- Mw. L. van Bemmelen
- Dhr. H.H.J. Hiltemann
- Dhr. A.H. van der Meer de Walcheren
- Dhr. A.A. de Mol
- Mw. C. van Muijen

Pvp-vertalers

