

pvp *kraant*

1

Nieuwsbrief van
de Stichting PVP

Wordt verwacht:
Zelfbindingsverklaring

Verhaal cliënt:
Betere zorg gevraagd

Huisdier mee bij opname?

En verder
Jörgen Raymann en de GGZ
**Meest voorkomende
signalen**



Herbert Draper, 1909: 'Ulysses and the Sirens'

17e jaargang nummer 1, lente 2007

Een nieuwe wet maakt het psychiatrische patiënten mogelijk zelf aan te geven wanneer later verzet van hen tegen hun opname of behandeling genegeerd moet worden. Deze op 20 november 2006 tot stand gebrachte *wet zelfbinding* (Stb. 2006, 680) is daarom wel in verband gebracht met Odysseus, die zichzelf door zijn manschappen aan de mast laat binden om het gezang der Sirenen te kunnen weerstaan. (p. 2-3)



pvp *kraant*

Beste lezer,



Een jaar ben ik nu werkzaam als pvp. De kennismaking, ook met de hulpverleners, is me goed bevallen. In "mijn" ziekenhuis loopt al decennia lang een patiëntenvertrouwenspersoon rond. Ze kennen daar het klappen van de zweep... Algemeen wordt de functie van patiëntenvertrouwenspersoon belangrijk geacht. Mooi! Dat maakt de entree een stuk makkelijker. Maar... Dat beeld wordt allengs genuanceerder. Sommige hulpverleners vinden dat gedoe met "die pvp-er" maar onzin. En ook maatschappelijk lijkt er soms sprake van een minder (en nu komt er een mooi scrabblewoord) "cliëntenrechtvaardigheids" opvatting. Onlangs is de Wet Bopz aangepast. Kort samengevat komt het er op neer dat een behandelaar dwangbehandeling mag toepassen als hij voorziet dat er in de toekomst, nadat de cliënt de instelling verlaten heeft, toch weer gevaar ontstaat.

Een behoorlijke verruiming van de mogelijkheid tot dwangbehandeling. Zonder dat er duidelijke criteria zijn genoemd waaraan de behandelaar zich bij het toepassen van dwangbehandeling moet houden. En er is wel meer in beweging. Ook binnen de Stichting PVP zelf. In deze pvp-krant leest u er over. Naast de vaste rubrieken kunt u verder uw hart ophalen aan artikelen over de pogingen van pvp-en om door middel van hun signaleringstaak geconstateerde structurele problemen in instellingen aan te pakken en wat de gedragsregel "de pvp laat zich leiden door het cliëntbelang" in de praktijk betekent. En als slagroom op het toetje ook nog een artikel over "zelfbinding". Het lezen meer dan waard, lijkt me.

Paul Geurts,
pvp in de regio Zuid-Oost

Z E L F B I N D I N G

Zelfbinding in de Wet Bopz

Een nieuwe wet maakt het psychiatrische patiënten mogelijk zelf aan te geven wanneer later verzet van hen tegen hun opname of behandeling genegeerd moet worden. Deze op 20 november 2006 tot stand gebrachte *wet zelfbinding* (Stb. 2006, 680) is daarom wel in verband gebracht met Odysseus, die zichzelf door zijn manschappen aan de mast laat binden om het gezang der Sirenen te kunnen weerstaan (zie kader)'. De cliëntenbeweging heeft deze wetswijziging mede bepleit².

Dwang zonder gevaar

Genoemde wet introduceert in de Wet Bopz voor personen van zestien jaar of ouder die ervaring hebben met opname en verblijf (MvT, p. 7, 12), in de sector psychiatrie de rechtsfiguur *zelfbinding*. Nieuw aan deze rechtsfiguur is dat een patiënt onder bepaalde omstandigheden in wilsonbekwame toestand tegen zijn zin behandeld en eventueel zelfs opgenomen kan worden, terwijl dat niet nodig is om gevaar te voorkomen (het reguliere criterium voor dwangopname en -behandeling in de Wet Bopz).

Voorwaarde is dat de patiënt zelf deze wens van tevoren in wilsonbekwame toestand heeft neergelegd in een zogeheten *zelfbindingsverklaring*, en dat daarin de omstandigheden, de te ondergaan behandeling en de duur daarvan zijn gespecificeerd.

Twee typen zelfbindingsverklaring

De wet kent twee typen zelfbindingsverklaring. Het eerste type heeft zowel betrekking op opname en

verblijf, als ook op behandeling (art. 34a). In dit type brengt de patiënt tot uitdrukking onder welke omstandigheden hij wil worden opgenomen en welke behandeling hij dan wil ondergaan. Het tweede type zelfbindingsverklaring richt zich uitsluitend op behandeling (art. 34p). Dit type is slechts toepasselijk indien de desbetreffende patiënt gedwongen wordt opgenomen op grond van een voorlopige machtiging of een inbewaringstelling.

Vastlegging en geldigheidsduur

Beide typen van zelfbindingsverklaring worden opgesteld door de patiënt in overleg met een psychiater die aan het ziekenhuis is verbonden waar eventuele opname zal plaatsvinden. Een andere, niet bij de behandeling betrokken psychiater moet, na de patiënt kort tevoren onderzocht te hebben, verklaren dat deze wilsonbekwame was tijdens het afleggen van de verklaring. Daarnaast dient laatstgenoemde psychiater te verklaren dat de in de verklaring voorziene aanpak de patiënt naar verwachting weer wilsonbekwame zal maken ter zake van behandeling.

Vervolgens wordt de verklaring schriftelijk vastgelegd, gedateerd en ondertekend door de patiënt en de beide psychiaters. De patiënt krijgt het origineel. De aan het ziekenhuis verbonden psychiater verschaft gewaarmerkte kopieën aan (een) door de patiënt aangewezen vertrouweling(en) en de inspecteur.



Odysseus en de Sirenen

Odysseus, de listige Griekse held op zijn lange weg naar huis, wil graag het betoverende gezang der Sirenen beluisteren. De Sirenen zijn vrouwen met vogellichamen, die met hun onweerstaanbare stemmen al menig zeeman op de klippen hebben gelokt. Odysseus weet dat zodra hij de Sirenenstemmen hoort, hij haar verleiding niet zal kunnen weerstaan en dat hij zo zijn ondergang tegemoet zal varen. Daarom gelast hij zijn makkers om hem vast te binden aan de mast en hem te negeren als hij straks, betovert door het gezang, zal gebieden hem los te maken. Voor de zekerheid stopt hij ook nog hun oren dicht met was, zodat zij het sirenengezag en zijn boze protesten niet zullen kunnen horen.

naar Homeros, ca. 800 v. Chr.

ZELFBINDING JA/NEE Mensen uit de GGZ over de nieuwe wet zelfbinding



Charlotte Prunus, 24 jaar.

Diagnose: manisch-depressief en schizo-affectief. Ambulant in behandeling bij de GGZ.

"Tja, als ik de uitleg zo hoor over een zelfbindingsverklaring, dan denk ik: een stukje teveel gemoeder van de kant van de psychiatrische zorg. Je ontnemt iemand zijn geluk omdat hij met zo'n zelfbindingsverklaring nooit meer het gevoel kan hebben vrij in het leven te staan.

Zelf heb ik echt wel in de gaten wanneer ik manisch ben. Ik geef dan bijvoorbeeld meer geld uit en heb last van terugkerende gedachten. Als ze dan ook nog aan je gaan sleuren, zo van 'je moet opgenomen worden, want dat heb je zelf zo gewild, kijk maar hier is de zelfbindingsverklaring' - dan werkt dat alleen maar meer achterdocht in de hand. En ook een gevangen gevoel. En hoe weet de instelling nu wat er echt met je aan de hand is? Straks grijpen ze al in terwijl dat nog helemaal niet nodig is. Soms kan het helemaal geen kwaad een manische periode door te maken. Al met al zou die zelfbinding in mijn geval averechts werken."

AdG

ZELFBINDING JA/NEE *Mensen uit de GGZ over de nieuwe wet zelfbinding*

Livi Gaspar, psychiater depressiecliniek PsyQ, Den Haag

"De zelfbindingswet lijkt me een prima idee. Ik heb diverse keren patiënten gehad voor wie het goed zou zijn geweest. Pas ook weer. Ik had hier een patiënt die ernstig depressief-psychotisch was, maar enorm is opgeknapt van elektroshocks. Hij stond er zelf van te kijken hoezeer hij van die behandeling verbeterde. Ik heb hem gevraagd op papier te zetten hoe deze opname en behandeling is verlopen, zodat hij, mocht er een volgende keer komen, kan teruglezen wat hij zelf geschreven heeft. Het is een heel intelligente man, maar als hij ziek is, heeft hij geen enkel inzicht in de ernst en het verloop van zijn ziekte. Hij kan dan totaal niet relativiseren. Heel triest. Deze man zou heel goed gebruik kunnen maken van de zelfbindingsverklaring. Als de wet eenmaal van kracht is, denk ik dat ik sommige patiënten zeker zal wijzen op het bestaan ervan. Ik denk dat het ontzettend nuttig kan zijn. Maar het is belangrijk dat het altijd in overleg met de psychiater wordt opgesteld. De zelfbindingsverklaring en het behandelplan moeten inhoudelijk natuurlijk wel medisch verantwoord zijn."

WW

De geldigheidsduur van de verklaring bedraagt een jaar. Zij kan volgens de hierboven beschreven procedure telkens voor eenzelfde periode worden verlengd. Overigens is het tot de laatste dag waarop de verklaring geldig is, mogelijk hierop een zelfbindingsmachtiging –zie verder– te baseren (MvT, p. 12).

Machtiging door de rechter

Indien een patiënt een zelfbindingsverklaring van het eerste type heeft opgesteld, kan de rechter op verzoek van de officier van justitie een *zelfbindingsmachtiging* verlenen. Dit kan wanneer de in de verklaring beschreven omstandigheden zich daadwerkelijk voordoen, maar de patiënt onvoldoende bereid is tot opname, verblijf en behandeling. De rechter toetst alleen of de bedoelde omstandigheden inderdaad bestaan, en niet of opname en behandeling noodzakelijk zijn (MvT, p. 13). Op deze procedure zijn de voorschriften omtrent de "gewone" voorlopige machtiging van overeenkomstige toepassing. De rechter beslist uiterlijk binnen vijf dagen na indiening van het verzoek. De duur van de zelfbindingsmachtiging is maximaal even lang als die van de in de verklaring beschreven behandeling; deze kan op haar beurt hoogstens zes weken duren.

Mogelijk wordt ten aanzien van betrokkene tevens een inbewaringstelling of voorlopige machtiging afgegeven, bij voorbeeld omdat de in de verklaring voorziene interne rechtspositie –zie verder– niet toereikend blijkt om de patiënt adequaat op te vangen. De zelfbindingsmachtiging vervalt dan. Vanaf dat moment telt de zelfbindingsverklaring als een verklaring van het tweede type.

Heeft een patiënt een zelfbindingsverklaring van het tweede type, dan wordt deze juridisch actueel zodra de betrokken patiënt een reguliere Bopz-titel krijgt. Hier gelden uiteraard de gebruikelijke criteria voor gedwongen opname.

Interne rechtspositie

Op een patiënt met een zelfbindingsverklaring van het eerste type plus een daarop gebaseerde zelfbindingsmachtiging is hoofdstuk III van de Wet Bopz niet van toepassing. Dit betekent onder meer dat de mogelijkheden van dwangbehandeling ex art. 38 lid 5 derde volzin, middelen en maatregelen ex art. 39 en overige vrijheidsbeperkingen ex art. 40 op zo'n patiënt niet van toepassing zijn. Zonder toestemming kan de patiënt enkel worden onderworpen aan die behandeling waarin voorzien is in de zelfbindingsverklaring. Het Bopz-klachtrecht staat niet open, tenzij de klacht inhoudt dat

Pieken en dalen

Jaap maakt het nu goed, maar soms gaat het slecht met hem. Hij heeft al jarenlang af en toe manieën, waarin hij vreemde dingen doet die niet goed voor hem zijn. Hij maakt dan keuzes waar hij achteraf spijt van heeft, geeft veel te veel geld uit, of zoekt ruzie met zijn beste vrienden. Als hij in zo'n fase zit, ziet hij hulpverleners als vijanden en wijst medicatie af. Toch is dit juist wat hem er het beste bovenop helpt, en in zijn goede doen beseft hij dat terdege. Daarom besluit hij in overleg met zijn psychiater een 'zelfbindingsverklaring' op te stellen: daarin staat beschreven dat de psychiater hem, als hij in een manie dreigt te geraken, klinisch medicatie mag toedienen. Oók als Jaap op het moment zelf protesteert en de medicijnen weigert. Opdat de dreigende manie van Jaap zo gauw mogelijk wordt gekeerd en hij snel weer zijn gewone leven kan oppakken.

bedoelde behandeling achterwege blijft. Anders ligt dit bij gedwongen opgenomen patiënten met een zelfbindingsverklaring van het tweede type. Op hen is hoofdstuk III wel van toepassing. Dwangbehandeling kan dus plaatsvinden krachtens art. 38 lid 5. In aanvulling daarop kan de in de verklaring voorziene behandeling onder dwang worden uitgevoerd.

Tot slot

De hier besproken wetwijziging is nog niet in werking getreden. Dit zal geschieden op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip. Hopelijk loopt het met diegenen die daarvan gebruik zullen maken, even goed af als met Odysseus: na een avontuurlijke reis keert die behouden weder thuis bij zijn familie op Ithaka.

- 1). Berghmans, R.L.P. (1992). *Om Bestwil, Paternalisme in de Psychiatrie: een gezondheidsethische studie*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- 2). Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg. (1994). Voorwaarden zelfbindingscontract. *Bulletin* (September 1994), 22-23.
Hunsche, P., Geelen, K., & Graaf, W. v.d. (1998). *Een haalbare kaart: wilsverklaringen en zelfbinding in de psychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut i.s.m. Instituut voor Gebruikers-participatie en Beleid.
Stichting Pandora. (1994). *Wilsverklaring en signalenplan*. Amsterdam.

SW



Zelfbindingsverklaring: een wilsbekwame beslissing over hoe het moet als het slecht gaat

Slecht werkende sloten, uitgewoonde separeers, gebrekkige schoonmaak... In elke instelling zijn er wel zaken minder goed geregeld dan wenselijk is. De kwaliteit van het dagelijks leven van cliënten kan daar ernstig onder lijden. Sommige onderwerpen komen daarbij landelijk vaker voor dan andere. Een overzicht van meest gesignaleerde thema's en de verhalen erachter.

Hotel

Een GGZ-instelling is geen hotel, maar iedere GGZ-instelling heeft wel iets dat 'hotelfunctie' wordt genoemd. Hoe verblijf je, hoe veilig zijn je spullen, hoe is de was geregeld? Het is bij uitstek een kant van de instelling die het dagelijks leven van cliënten raakt, en waar vaak over gesignaleerd wordt. Accommodatie, huisregels en privacy vormen de top drie van meest genoemde onderwerpen in signalen. Een voorbeeld.

Het meubilair is totaal versleten of kapot. Cliënten schamen zich voor hun familie en vrienden als die op bezoek komen en de verwaarloosde huiskamers van de afdeling zien. De hygiëne van het sanitair laat ook te wensen over. Op een totaal van 12 heren is er slechts één toilet en één douche. En de wettelijke schoonmaak wordt dikwijls overgeslagen.



Een instelling is geen hotel, maar de afdeling hoort er fatsoenlijk uit te zien

Gesepareerd

Separatie is na de bovenstaande onderwerpen het meest voorkomende thema in signalen. Het kan gaan over de manier van separeren, het gebrek aan protocols rondom separeren, de staat van de separeerverblijven, de bezoekfrequenties door de verpleging, etc. Maar bijvoorbeeld ook de onderstaande observaties waren aanleiding voor pvp'en om signalen af te geven.

De verpleging wil cliënten in de separeer goed in de gaten houden en hebben daarom in het verpleegkantoor een monitor opgesteld die permanent laat zien wat er in de separeer gebeurt. Handig en praktisch? Jazeker. Cliëntvriendelijk? Toch niet helemaal. Want in hun ijver is de verpleging vergeten dat het beeld op de monitor voor iedereen die langsloopt zichtbaar is.

Een cliënt in scheurkleding klaagt in het weekend over een koude separeer; de temperatuurregelaar is van slag. Geen noodgeval, oordeelt de verpleging, dus we wachten tot de technische

dienst maandag weer komt werken. De cliënt wikkelt zich dan maar in dekens om enigszins warm te blijven tot maandag.

Rechtspositie en voorlichting

De rechtspositie van cliënten vormt een belangrijk deel van de signalen. Zo komt het functioneren van de klachtencommissie regelmatig in beeld, evenals de kwaliteit van de voorlichting over de klachtenprocedure en de rechtspositie aan cliënten.

Een cliënt dreigt met ontslag te worden gestuurd. Het beroep tegen het ontslag bij de eerste geneeskundige wordt afgewezen. Als laatste redmiddel dient de cliënt met ondersteuning van de pvp een klacht in, maar wordt uit de instelling gezet voordat zijn klacht behandeld is. De klachtencommissie verklaart de klacht wel gegrond. Helaas heeft de cliënt hier niets meer aan.

Oprechte aandacht

Eveneens veel voorkomend zijn de signalen over bejegening. Deze gaan over een gebrek aan

Signalen

Wanneer een pvp in een instelling een structurele tekortkoming aantreft, kan de pvp hierover een zogeheten 'signaal' afgeven. In 2006 kwamen de pvp'en 183 maal in actie. In totaal gaven zij over 261 onderwerpen signalen af. In vrijwel alle gevallen kon de instelling de tekortkoming geheel of deels wegnemen. Slechts bij 12 van de 183 keer dat een pvp met de instelling contact opnam bleef de tekortkoming bestaan.

aandacht voor de cliënten en over de wijze waarop instellingsmedewerkers cliënten benaderen.

Als een bepaalde verpleegkundige dienst heeft, zitten de cliënten te bibberen voor wat hen nu weer te wachten staat. Volgens de cliënten kan deze verpleegkundige met zijn harde en botte opmerkingen de sfeer in een keer doen verkillen. Cliënten vluchten als het maar enigszins kan naar hun kamer. De verpleegkundige is niet aanspreekbaar op zijn gedrag. Hij houdt scherp de grens in stand tussen normale en gekke mensen. Dit laatste wordt door de cliënten als nog het meest kwetsend gezien.

Onderwerpen van signalen in 2006

| | |
|---|------------|
| De accommodatie | 27 |
| De huisregels | 18 |
| De privacy van cliënten | 14 |
| Het separeren of de separeercel | 13 |
| Het functioneren van de klachtencommissie | 13 |
| De voorlichting over de klachtenprocedure | 13 |
| De voorlichting over de rechtspositie | 12 |
| Een gebrek aan persoonlijke aandacht | 10 |
| De toon waarop cliënten worden benaderd | 7 |
| Cliënten voelen zich gekleineerd/geschoffeerd | 7 |
| Overige signalen | 127 |
| Totaal aantal onderwerpen | 261 |

De instellingen vinden meestal wel een manier om de tekortkoming op te heffen. Dat betekent dat het signaleren een effectief middel is om aandacht te vragen voor de omstandigheden in de instelling.

ADM

Jörgen Raymann op de bres voor GGZ-cliënt



'Nummer 13866' heet het theaterstuk waarmee cabaretier Jörgen Raymann momenteel door Nederland toert. In deze eenmansvoorstelling is hij Anton Depman, een man als vele anderen, zo lijkt het in het begin. Maar gaandeweg verandert dat. In '13866' schetst Raymann het maatschappelijk afglijden van een bipolair ontregelde man en het sociale isolement waar hij in terecht komt. "Als het lukt om met humor zo iets ernstigs bespreekbaar te maken, ben ik heel tevreden."

Tussen grappen en grollen over buitenlanders, woordspelletjes en rinkelende telefoons door, zien we Anton geleidelijk veranderen van een man die vrolijk van vakantie terugkomt in een manisch-depressief, paranoïde wrak. En niet voor de eerste keer in zijn leven, ontdekken we. Hij blijkt al diverse verblijven in het Dolhuys achter de rug te hebben, "in een leuk, klein privé-kamertje met

zachte wanden". De voorstelling is werkelijk erg grappig, maar ondanks die humorvolle invalshoek weet Raymann haarfijn te portretteren hoe een GGZ-cliënt zijn eigen ontsporing beleeft. Een portret van iemand die langzaam gek wordt – deels door wat zich in zijn hoofd afspeelt, maar deels ook door reacties van derden en een toenemend sociaal isolement. Decompensatie vanuit het cliëntperspectief in beeld gebracht. Een mooie en leuke voorstelling, maar ook onomwonden betrokken. Het is een duidelijke oproep aan het publiek om stil te staan bij de wereld van GGZ-cliënten.

Raymann werd tot zijn huidige thema geïnspireerd doordat diverse mensen in zijn omgeving kampten met psychiatrische problematiek. "Mankeer je iets, dan zitten mensen direct met een vooroordeel klaar en sluiten je buiten. Dat geldt voor meer gebieden, maar ook voor psychiatrische problematiek. Met het voertuig dat ik als cabaretier tot mijn beschikking heb, humor, wil ik dit bespreekbaar maken en helpen het maatschappelijk taboe dat erop rust te doorbreken." Raymann oriënteerde zich op het onderwerp bij het Dolhuys, het psychiatrie-museum

te Haarlem. De menselijke kant van bipolariteit leerde hij nader kennen door gesprekken met ervaringsdeskundige Jeroen Overduin, die over zijn aandoening diverse boeken publiceerde. Het personage Anton Depman werd geboren. Psychiatrische problemen, maatschappelijke ontsporing, vereenzaming: ongebruikelijke thema's voor cabaret. Het valt dan ook niet bij iedereen direct goed, vertelt Raymann: "Laatst verliet een dame de voorstelling voortijdig. De volgende dag ontving ik een bericht van haar dat zij en haar dochter vreselijk hadden geleden onder een bipolaire stoornis. Ze vond dat je over zo iets geen grappen moet maken. Het onderwerp kan heel confronterend zijn voor mensen, en dat is een risico dat ik neem met deze voorstelling. Maar als mensen gewoon tot het eind blijven, dan horen ze bij de afsluiting wat mijn bedoeling is: een bijdrage te leveren aan de discussie rond onbespreekbaar, maar veel voorkomend leed."

WW

'Nummer 13866' loopt nog tot eind juni. Voor speeldata zie www.jorgenraymann.nl. De speelttekst van de show is ook in boekvorm verkrijgbaar.

Geen opname zonder Cavia

"Ik ga niet weg zonder Cavia!" zei meneer Kortenhof toen hij vier maanden geleden moest worden opgenomen bij GGNet, regio Apeldoorn (voorheen: Spatie). Op dat moment was hij al zeven maanden de tevreden bezitter van een langharige rood-witte cavia, die eenvoudigweg 'Cavia' heet.



Cavia op schoot bij zijn baas

"Vroeger heb ik honden gehad. Ik wilde graag weer een dier. Een cavia is makkelijk binnenshuis te houden en je kunt zonder problemen een dagje weg. Maar Cavia is ook een speelkameraadje; ik beleef veel plezier aan hem. Hij ook aan mij, denk ik, want als ik hem op schoot heb knort en fluit hij er flink op los".

Toen opname noodzakelijk bleek, was het meneer Kortenhof ernst dat hij niet zonder Cavia wilde vertrekken. Gelukkig wees een hulpverlener meneer Kortenhof op de huisdierenopvang van GGNet. Nog diezelfde dag werd Cavia ondergebracht in een riant hok in de opvang. Het betekent veel voor meneer Kortenhof dat hij zijn cavia bij zich kan houden en dagelijks kan bezoeken.

Mariska van Heiningen,

coördinator van de huisdierenopvang: "De opvang is anderhalf jaar geleden gestart en vanaf het begin goed bezet. Naast meer dan vijftien honden hebben we al een slang, goudvissen, vogels, diverse katten en natuurlijk Cavia gehad. De opvang kost de eigenaar het haast symbolische bedrag van 1 euro per dag en de dieren mogen er maximaal een jaar verblijven." Mariska is de enige, gedeeltelijk betaalde, kracht: een aantal vrijwilligers verzorgt samen met haar de dieren. En natuurlijk, als het even kan, de eigenaar van het dier ook. De voordelen van deze opvang zijn duidelijk: de eigenaar kan dagelijks zelf zien dat er goed voor zijn huisdier wordt gezorgd en het kan een stimulans zijn om actief te rehabiliteren. Bovendien leidt het verzorgen van het dier af van zijn eigen problematiek. Zo werkt meneer Kortenhof zelf met plezier een dagdeel in de week mee in de huisdierenopvang. Het geeft hem rust.

Meer weten? Neem contact op met Mariska van Heiningen, huisdierenopvang GGNet, regio Apeldoorn. Telefoon: 055-3686200.

AdG

Vrijheidsbeperking

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

Niet vrij wandelen

Een cliënt mag niet meer naar buiten wanneer hij wil. Hij dient op de afdeling te blijven, hebben zijn behandelaars bepaald. De cliënt dient over deze vrijheidsbeperking een klacht in bij de klachtencommissie. De cliënt heeft eerder al bij de behandelaar een verzoek ingediend om meer vrijheden te krijgen; dat verzoek werd door de behandelaar afgewezen. Vandaar dat de cliënt zich nu tot de klachtencommissie wendt.

Hij geeft in zijn klaagschrift aan dat er naar zijn mening onvoldoende grond is voor een vrijheidsbeperking; er is geen enkel gevaar als hij af en toe wat buiten wandelt. De cliënt vraagt eveneens aan de klachtencommissie om de maatregel te schorsen totdat de commissie een uitspraak heeft gedaan. De commissie kan dat doen wanneer ze uit het eerste onderzoek de indruk krijgt dat daar voldoende reden voor is. De commissie neemt de klacht wel in behandeling, maar gaat tot teleurstelling van de cliënt niet over tot schorsing van de maatregel. Hij moet hangende de beslissing van de commissie dus nog binnen blijven.

Nadelige gevolgen

Op de zitting wordt er geluisterd naar de motivatie van de cliënt om opheffing van de maatregel te vragen en ook het verweer van de behandelaar wordt besproken. De cliënt maakt op de zitting nogmaals duidelijk dat het halve uur vrijheid dat hij kreeg onvoldoende is en dat er onvoldoende gronden zijn om zijn vrijheid zo te beperken. De verweerders stellen dat de cliënt al jaren hetzelfde ziekteverloop vertoont, en dat ze uit ervaring weten dat uitbreiding van vrijheden een verergering van het ziektebeeld geeft.

Het recht op vrijheid mag alleen beperkt worden indien gevreesd wordt voor ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheid van de cliënt, of ter voorkoming van een strafbaar feit. Uit de stukken en uit de informatie die de commissie op de zitting heeft gekregen maakt de commissie op dat er voldoende redenen zijn om aan te nemen dat de gezondheid van de cliënt inderdaad in gevaar komt wanneer de cliënt volledige vrijheid krijgt buiten de

afdeling. Verder denkt de commissie dat het behandelteam op zorgvuldige wijze omgaat met de vrijheidsbeperking; er is een redelijk stappenplan opgesteld, de cliënt is hierover uitgebreid geïnformeerd, en hij is goed op de hoogte van de afspraken over zijn beperkte vrijheden. De commissie is van mening dat de inperking van de vrijheid niet in strijd is met wet- en regelgeving, en verklaart de klacht van de cliënt **ongegrond**.

NvdB



ZELFBINDING JA/NEE Mensen uit de GGZ over de nieuwe wet zelfbinding

Loes van Nooijen, ex-patiënt. Opgenomen geweest voor depressie.

"Ik vind dat een psychiater alleen maar mag meewerken aan zo'n zelfbinding als de patiënt daadwerkelijk ervaring heeft met de behandeling. Anders weet hij of zij niet goed waar hij voor kiest, en zijn mening op het moment zelf wordt niet gehoord – die heeft hij uitgeschakeld met die zelfbinding. Dit soort overeenkomsten kun je eigenlijk alleen sluiten als er reeds een grote vertrouwensrelatie tussen psychiater en patiënt is. De psychiater moet de patiënt heel goed kunnen inschatten en de patiënt moet weten dat de psychiater betrouwbaar is. Dan zal ook de onvermijdelijke angst op het moment van uitvoer minder ingrijpend zijn.

Diagnoses schieten soms tekort, artsen baseren zich op wat verpleegkundigen over patiënten zeggen in plaats van op wat patiënten over zichzelf vertellen. Vergissingen worden gemaakt. Hoe weet een psychiater dat een patiënt er werkelijk zo slecht aan toe is dat de zelfbindingsverklaring in werking moet worden gesteld? Ik vind die nieuwe wet geen goed idee. De haken en ogen eraan zijn te groot."

WW

Blik vooruit

De Stichting PVP onderzoekt wat nut en noodzaak is van het vertrouwenswerk in de toekomst. Een spannend proces, waarbij intern alle aspecten van het werk onder de loep worden genomen. Maar ook externen spreken zich daarover uit. In oktober 2007, tijdens het jubileumcongres ter ere van ons 25-jarig bestaan, zal bekend worden gemaakt welke koers de stichting in de toekomst zal varen. Tot het zover is, houden we u in de pvp-krant beknopt op de hoogte van de ontwikkelingen. Recentelijk hebben we weer enkele etappes afgelegd op deze reis, waarvan hier enkele impressies worden gegeven. De volgende pleisterplaats is het ontwikkelen van mogelijke scenario's voor de toekomst van de Stichting PVP. Op de site van de stichting staat een uitgebreid verslag van ons missie- en visietraject. Ik wil u van harte uitnodigen dat te lezen en via de redactie te reageren. U hoort van ons!

Nannie Flim, directeur/bestuurder

Vier werkgroepen aan de slag

Vier verschillende aspecten van het pvp-werk zijn door interne werkgroepen nauwkeurig bekeken: kerncompetenties van de pvp; relevante wet- en regelgeving nu en in de toekomst; is er sprake van een markt en marktwerking in het vertrouwenswerk; hoe waarborgen we adequate financiering? Elke werkgroep heeft onderzoek gedaan en in- en externe deskundigen geïnterviewd. De gewogen resultaten van dit alles zijn vastgelegd in een eindverslag.



De werkgroep Kerncompetenties

Presentaties aan collega's en belanghebbenden

Door middel van presentaties op een interne conferentie namen alle medewerkers van de stichting kennis van de resultaten van vier deelonderzoeken, en debatteerden over de toekomst. Daarop volgde een bijeenkomst met externe belanghebbenden: cliënten en cliëntenorganisaties, zorgaanbieders uit de GGZ en uit andere zorgsectoren, de Nederlandse Zorgautoriteit, samenwerkingpartners, de Inspectie voor de Volksgezondheid, en experts. Ook hier waren de resultaten aanleiding voor verdiepende discussie.

Vragen

Zowel de interne als externe presentaties van de onderzoeksresultaten wisten scherp geformuleerde vragen op te roepen. Is er in de toekomst behoefte aan een functionaris met een pvp-rol? Is het nodig dat een pvp aan de kant van de patiënt staat? Wat zijn de consequenties van de huidige en toekomstige wet- en regelgeving voor het patiëntenvertrouwenswerk? Leent het patiëntenvertrouwenswerk zich voor marktwerking?

Zo ja, hoe en zo nee, hoe voorkom je de nadelen van een monopoliepositie? Is het wenselijk dat er pvp'en in andere zorgsectoren dan de GGZ komen? Hoe zou de financiering van het vertrouwenswerk eruit moeten zien in de toekomst binnen de GGZ? En binnen andere sectoren? Wat zijn de consequenties van de verschillende financieringsvormen?



Presentatie aan collega's

Bevindingen

"De oogst van de dag is niet eenvoudig", stelde dagvoorzitter Rembrandt Zuiderhoudt (jurist en psychiater, en goed bekend met het werk van de Stichting PVP), op de externe conferentie.

Enkele conclusies kunnen desalniettemin voorzichtig genoemd worden. Er is veel waardering voor en behoefte aan het vertrouwenswerk van de Stichting PVP, ook voor in de toekomst. Belangrijk daarin zijn de onafhankelijke positie van de pvp en de keus om altijd aan de kant van de patiënt te staan. Maar het signaleren van structurele tekorten binnen de zorginstelling kan worden verbeterd, evenals de samenwerking met cliëntenorganisaties. In de GGZ en de Jeugdzorg is het vertrouwenswerk wettelijk verankerd. In andere zorgsectoren echter niet. Een wettelijke verankering in de diverse zorgsectoren zou een verbetering betekenen. Ook bij financiering speelt wettelijke verankering een belangrijke rol, met dien verstande dat in de financieringsvorm de onafhankelijkheid, de kwaliteit en de continuïteit van het werk gewaarborgd moeten worden.

Er lijkt veel draagvlak te zijn voor uitbreiding van het vertrouwenswerk naar andere sectoren. In elke sector zal dan een passende formule nodig zijn. Daarbij kan de Stichting PVP behulpzaam zijn; want naast 25 jaar ervaring in vertrouwenswerk heeft de stichting ook de gedrevenheid om die ervaring te delen.

NF/TS

Tweede Kamer neemt wetsvoorstel aan

Het wetsvoorstel over aanpassing van de voorwaardelijke machtiging en de dwangbehandelingsregeling is op 15 februari j.l. aangenomen in de Tweede Kamer. Als het voorstel wet wordt, zal dit met name een duidelijke verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling inhouden. Ten aanzien van het oorspronkelijke voorstel is een aantal kleine veranderingen doorgevoerd. Nu is het wachten op behandeling in de Eerste Kamer; op welke termijn dit gaat plaatsvinden is onbekend. De Stichting PVP heeft eerder kritisch op het wetsvoorstel gereageerd. Zie het eerdere artikel hierover in pvp-krant 2 van 2006, p. 9. In de toekomst komen we er zeker op terug.

SW/TPW

Vier pvp'en nieuw in dienst

De Stichting PVP heeft vier nieuwe pvp'en in dienst. Deze pvp'en werken als pvp-in-opleiding al een jaar bij de stichting. Met het succesvol afronden van het opleidingstraject zijn ze nu officieel pvp geworden. De opleiding legt grote nadruk op juridische kennis van patiëntenrecht. Daarnaast is er veel aandacht voor diverse vaardigheden zoals mondelinge en schriftelijke communicatie, onderhandelen en omgaan met agressie. Een ervaren collega treedt gedurende het jaar op als mentor voor de pvp-in-opleiding.

Met deze vier pvp'en erbij telt de Stichting PVP nu 51 pvp'en. Sinds de oprichting 25 jaar geleden zijn er 147 pvp'en in dienst getreden. Een nieuwe groep pvp'en-in-opleiding begint in het najaar. Deze zomer worden daarvoor de vacatures uitgezet.

WW



Vragen en klachten
over de ggz?

Bel de Helpdesk PVP
0900 444 88 88

(10 cent per minuut)

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

Of mail naar: helpdesk@pvp.nl

Voor meer informatie: www.pvp.nl



PVP Stichting Patiëntenvertrouwenpersoon Geestelijke Gezondheidszorg

ZELFBINDING JA/NEE Mensen uit de GGZ over de nieuwe wet zelfbinding



Paul Geurts, pvp in de regio Zuid-Oost

"Mijn reactie op de wetswijziging bestaat voornamelijk uit vragen. Bij het maken van de afspraken met je psychiater over je zelfbindingsverklaring kun je als cliënt ondersteuning van een pvp invoeren. Maar wat betekent dat voor de vertrouwenspositie van de pvp? Wordt zijn advies bij het operationaliseren van de zelfbindingsverklaring nog wel positief beoordeeld door de cliënt? De pvp kan je ook bijstaan bij verlenging of wijziging van de zelfbindingsverklaring. Maar wat als het moment zich aandient dat de zelfbinding ingezet wordt? Dan is het toch een ander die beoordeelt of het inderdaad gaat om de omstandigheden die jij – toen je de zelfbindingsverklaring opstelde – bedoelde? Mag en kan de pvp zich er dan ook tegenaan bemoeien? Of is hij "gebonden" aan zijn eigen eerdere advies? En als je de opname eerder wilt beëindigen dan afgesproken? Of je wilt de verklaring intrekken. Lukt dat dan gemakkelijk? En mag de pvp je dan ook bijstaan? En wat gebeurt er als er tijdens de opname situaties ontstaan die verder ingrijpen – in de vorm van Middelen of Maatregelen – vragen, waar je geen toestemming voor hebt gegeven?"

WW

21 Geboden

Wat doet een pvp wel en wat niet? Hoe moet een pvp zich op de werkvloer gedragen? De taak en rol van de pvp staan nauwgezet beschreven in 21 bepalingen: de Gedragsregels PVP. In deze rubriek worden deze gedragsregels toegelicht aan de hand van praktijksituaties.

De pvp volgt altijd de cliënt

Gedragsregel IIB

De pvp ondersteunt cliënten bij het zoeken naar een oplossing voor klachten die verband houden met de relatie cliënt-instelling. Hij laat zich hierbij leiden door hoe de cliënt zelf zijn belang ziet.

In eerste instantie lijkt dit een gedragsregel waar- aan niemand zich kan storen. Zoeken naar een oplossing voor klachten en daarbij het gezichtspunt van de cliënt als uitgangspunt nemen – de ABC-tjes van de gemiddelde hulpverlener. Toch leidt juist deze gedragsregel vaak tot verwondering en soms zelfs tot (lichte) afkeuring bij hulpverleners. Vooral door het zinnetje in de toelichting: *de pvp neemt elke klacht serieus, ook wanneer een ander geneigd is deze toe te schrijven aan het ziektebeeld van cliënt.*

Manisch

Ik moet denken aan Cora, de 35-jarige moeder van twee jonge kinderen. Ze is met een IBS opgenomen, heeft een serie van klachten over bejegening en is fel tegen het gebruik van medicijnen. Cora wil zo snel mogelijk vertrekken; weg van de afdeling waarin ze wordt geconfronteerd met teveel beperkingen, betuttelend personeel, en de dreiging van dwangmedicatie. Ze vertelt me dat ze zich nog nooit zo goed heeft gevoeld en dat ze dit niet wil laten wegdrücken door die pillen.

In een driegesprek vertelt de psychiater haar dat hij



zich ernstig zorgen maakt om haar gezondheid. "Manisch en niet wilsbekwaam", is zijn oordeel. Als Cora niet vrijwillig instemt met medicijnen, zal hij een RM en dwangbehandeling aanvragen. Daarna spreekt hij mij persoonlijk aan: ook ik als pvp moet toch wel inzien dat de klachten van Cora vooral samenhangen met haar manie? Klachten indienen is niet in Cora's belang, vindt hij. Haar ontevredenheid over bejegening wordt afgedaan als "passend bij de manische fase" en "voortkomend uit de irritatie die Cora met haar gedrag oproept".

In het nagesprek zit Cora er verslagen bij en het huilen staat haar nader dan het lachen. "Ik word

gewoon niet geloofd en alles ligt aan mij!" Cora wil direct diverse klachten indienen bij de klachten-commissie en ook een ontslagverzoek bij de eerste geneeskundige. Op mijn aandringen gaat ze er echter mee akkoord om het gesprek een dagje te laten bezinken en er morgen verder over te praten.

Vertrouwen opbouwen

Het is een lastige situatie. Natuurlijk is het mij ook niet ontgaan dat Cora in haar gedrag drukker is dan de gemiddelde Nederlander. Dit zal ongetwijfeld mede kleuring geven aan de inhoud van Cora's klachten en wensen. Toch kan ik mij als pvp prima vinden in de gedragsregel zoals die hierboven staat. Ik heb het met de cliënt niet over de mogelijke invulling van haar klacht door een psychiatrische ziekte. Dat is eenvoudigweg mijn taak niet. Ik werk vanuit een *juridisch* model; de psychiater vanuit een *medisch* model. Dit zal altijd aanleiding zijn tot verschillen van inzicht. En wat mij betreft is dat prima, zolang eenieder maar weet vanuit welke visie hij werkt en de positie van de ander respecteert.

Juist als je als pvp de zijde van de cliënt kiest, en luistert naar wat de cliënt zelf als zijn belang formuleert, dan ontstaat er al snel een vertrouwensband. Vanuit die vertrouwensband kan er dan wel degelijk over de invloed van een psychiatrische ziekte worden gesproken, maar eerst moet de cliënt merken dat de klacht wordt begrepen en geaccepteerd zonder mitsen en maren en medische molen. Pas daarna praat ik met de cliënt over hoe zijn belang het beste wordt gediend. Ik leg de cliënt de mogelijkheden voor die de wet biedt, welke rechten hij heeft, en welke klachtprocedures er zijn. Daarnaast schets ik ook de optie van het onderhandelen met de psychiater en de eventuele concessies die dan van de cliënt kunnen worden gevraagd. Het is aan de cliënt om te kiezen uit de diverse mogelijkheden en wat de cliënt ook kiest, ik volg de cliënt hierin en ondersteun hem van harte.

Versneld ontslag

Cora koos met enige tegenzin voor onderhandelen met de psychiater. Ze accepteerde de medicatie zoals door hem voorgesteld, maar met de nodige tegenzin. Het pakte gelukkig goed uit: Cora kon met versneld ontslag en dat was haar uiteindelijk veel meer waard dan de strijd over medicatie.

Ronald de Koster, pvp in de regio Noord-Midden

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

Colofon

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

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

Voor informatie over de Stichting PVP: Stichting PVP, F.C. Dondersstraat 9, 3572 JA Utrecht, tel 030-2718353, fax 030-2716256
Voor vragen en klachten over de GGZ: Helpdesk PVP, tel 0900-4448888

Deze pvp-krant werd geschreven door: Ad Deenen-Meijer Arianne de Geus
Loes van Nooijen Nannie Flim
Nicolien van de Berg Paul Geurts
Ronald de Koster Sander Welie
Ton-Peter Widdershoven Ton Stoop
Welmoet Wels

Foto's: Katinka Reinten, Arianne de Geus, stockfoto's
Beeldredactie: Arianne de Geus
Eindredactie: Welmoet Wels
druk: TGO ontwerp reclame drukwerk, Uden
Oplage: 8600; ISSN 1380-1996

Overname van artikelen en illustraties is uitsluitend toegestaan met bronvermelding.

De heer Kortenhof en Cavia (p. 5) en mevrouw Van Nooijen (p. 8) worden bij hun eigen naam genoemd. Voor het overige zijn namen van cliënten in deze krant gefingeerd.

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

Beste verpleegkundige,

Ruim drie maanden heb ik de opname laten bekoelen. Dat was nodig, omdat ik mijn verblijf van zes maanden in de instelling als ontzettend zwaar heb ervaren, en ik niet vanuit emotie wilde schrijven. Dit verslag is gebaseerd op mijn eigen ervaringen en observaties tijdens mijn opname. Het geeft mijn persoonlijke indrukken weer. En die zijn helaas niet positief.

Ik had de instelling graag alle lof willen toezwaaien. Die lof is er zeker voor het medische deel van de opname. De zorgvuldigheid en deskundigheid waarmee mijn ziekte is behandeld gaf een betrouwbare indruk. Graag was ikzelf behandeld zoals mijn ziekte behandeld is: met zorg en begrip.

Er werd veel over mij gepraat, weinig met mij. Terwijl ik de enige was die echt wist hoe het met mij ging. Artsen en verpleging gaven de voorkeur aan lezen en schrijven over mij en andere patiënten. Misschien vonden ze dat betrouwbaarder dan de patiënt zelf om informatie vragen over hoe hij of zij zich voelt. Maar voor mijn subjectieve beleving was er weinig aandacht op deze manier.

Wat ik miste was de gastvrijheid en belangstelling die ik bij een zorginstelling vind horen. De gedachte dat een patiënt vooral veel eigen verantwoordelijkheid moet houden, lijkt doorgeslagen naar een afstandelijke houding bij de verpleging. Die besteden zoveel tijd aan observatieverslagen, dat het eigenlijke observeren erbij inschiet. Vergaderen, overdragen etc. – de patiënt zelf is niet in beeld.

De patiënten moesten zelf steeds om een gesprek vragen; "mondig zijn" heette dat. Dat stuitte me tegen de borst. Om een gesprek vragen heeft niets met assertiviteit of initiatief te maken; die liggen op een heel ander vlak. Om maar een voorbeeld te noemen: een kerstontbijt organiseren met elkaar. Dat is nog eens een initiatief dat je niet verwacht van een depressieveling. Dit voorstel werd echter door de verpleging niet gehonoreerd. Want met een kerstontbijt zou de ochtendontmoeting niet doorgaan. Het leuke idee van de patiënt om een incidenteel feestontbijt te organiseren werd ondergeschikt geacht aan de regels van de afdeling. Dat dit plan de grond in werd geboord heeft alle patiënten op de afdeling gedemotiveerd, en het leek me van de verpleging een ondeskundige houding ten opzichte van een initiatiefrijk patiënt. Die man had moeten worden aangemoedigd, beloond en geprezen: dát geeft de patiënt zelfvertrouwen, niet het aankloppen bij de verpleging om een gesprekje. Het staat zoveel sympathieker als de verpleging complimentjes uitdeelt in plaats van standjes; schouderklopjes geeft in plaats van regeltjes handhaaft. Positieve bejegening werkt genezender dan negatieve.

Telkens rees bij mij de vraag "Waar draait het hier in deze opname om?" Niet om de patiënt, zo leek het vaak. Na het verslapen op een ochtend kreeg ik mijn medicijnen niet. "Eigen verantwoordelijkheid", zeiden ze, en "de medicijntijd is voorbij". Dit is de wereld op zijn kop. Ik was juist opgenomen voor medicatie, maar die kreeg ik niet, alleen omdat de "medicijntijd" voorbij was. Mijn eigen verantwoordelijkheid over de medicijnen was mij al bij opname ontnomen, doordat ik de medicijnen niet in eigen beheer mocht hebben. Het op een door een ander gestelde tijd je medicijnen ophalen is nou niet het toppunt van aantonen dat je verantwoordelijkheden aankunt. Verslapen doet iedereen wel eens. De starheid van die regels... goed, structuur in je dag is belangrijk, maar onbuigzaamheid niet. Zeker niet daar het belangrijkste van mijn opname juist die medicatie was. Ik noem dit voorval hier omdat het culmineerde in een soort machtsspel, en ik vind dat niet thuishoren in de psychiatrie. Juist niet in de psychiatrie. Uiteindelijk heb ik op grond van mijn argumentatie mijn medicijnen



gekregen, maar de energie die het me kostte... bovendien was ik diep teleurgesteld dat er op die manier met patiënten werd omgesprongen. Dit soort incidenten – waar "regels zijn regels" de toon zette – kwam helaas maar al te vaak voor.

Onderliggend aan deze problematiek leek mij het gebrek aan zelfkritiek bij de verpleging. Bij uitstek in deze beroepsgroep zou dat voortdurend aanwezig moeten zijn. Ik heb de indruk dat de angst om het de patiënten te makkelijk te maken, hier de oorzaak van is. Een teveel verzorgde patiënt neemt zijn verantwoordelijkheden niet, hospitaliseert en blijft eeuwig in een opnamecircuit hangen. Deze gedachte is achterhaald en wel heel weinig patiëntgericht. Met die zogenaamde hospitalisatie moet men creatiever en mensvriendelijker om kunnen gaan.

Mijn persoonlijk begeleiders tijdens mijn opname waren allebei ouderwets goede verpleegkundigen. Ze leverden kwaliteitszorg, bejegenden me met respect en ze luisterden goed naar me als ik ergens mee zat. Zo zouden er meer moeten zijn. Het is niet mijn bedoeling mensen nodeloos te kwetsen met mijn verhaal. Maar als u boos wordt als u dit leest, beste verpleegkundige, denk dan even na of het misschien is omdat ik de zere plek heb geraakt. En trek uw conclusies.

Het zou zo anders kunnen in de psychiatrie. En opname daar is zo ongelooflijk zwaar; maak het niet nóg zwaarder, maar doe alles wat u kunt om de pijn voor patiënten te verlichten. En dan heb ik het niet over medicatie. Praat, luister, wees positief, toon belangstelling, en houd niet te star vast aan regeltjes.

Ga weer gewoon met patiënten om. Geef de psychiatrie een warm gezicht. Ik zou het Nederland zo gunnen.

Vriendelijke groeten,

Loes van Nooijen

Reacties zijn welkom via redactie@pvp.n

Het zomernummer van de pvp-krant, met daarin o.a. jaarverslag 2006 verschijnt 25 juni 2007.