



# Oudere allochtoon weinig naar pvp

De meeste allochtone  
ggz-cliënten behoren  
tot de eerste generatie.  
Niet veel van hen  
weten de weg naar  
de pvp te vinden (p. 2-3)

## Geachte lezer,

Onlangs ben ik gestart als personeelsadviseur bij de Stichting PVP. Ergens nieuw starten is altijd een hele ervaring, alles, maar dan ook alles is nieuw: hoe kom ik het gebouw binnen, wat is de code van het alarm, hoe werkt het kopieerapparaat, waar zijn de nietjes, wat zijn de geschreven, maar vooral ook de ongeschreven regels en hoe gaan de mensen hier



met elkaar om? Gelukkig zijn er ook altijd weer dingen zeer vertrouwd, namelijk de hoeveelheid kastjes en muurtjes die je overal tegenkomt.

Je voelt je altijd een beetje als een Europeaan bij de Eskimo's of andersom. Dat gevoel had ik helemaal toen ik in het kader van mijn kennismaking met het werkveld van de stichting meeliep met een pvp. Ik ken de ggz als werkveld niet, dus dat is ook helemaal nieuw. Ik ben tweemaal op een groot instellingsterrein geweest en heb daar een paar gesprekken tussen een pvp en een cliënt mogen meemaken. Erg boeiend om te zien hoe een pvp zonder aanzien des

persoons, zeer respectvol het gesprek voert. Hoe verward of chaotisch een cliënt ook is, de pvp leidt het gesprek in goede banen, en haalt de essentie eruit. Wat me wel bijbleef is een gevoel van verwondering en machteloosheid. Het kan toch nooit de bedoeling zijn dat mensen de regie over hun eigen leven totaal kwijt zijn en er ook niet meer in slagen deze terug te krijgen? Helaas is dit iets dat ik niet zo een-twee-drie kan oplossen, dus ga ik dat doen waar ik zelf goed in ben en ik wens u veel leesplezier toe!

Alién Voorintholt, personeelsadviseur

### Opmerkelijke geslachts- en leeftijdsverschillen pvp-cliënten

## Allochtonen rapporteren meer dwang en vrijheidsbeperkingen

Met de integratie lijkt ook het gebruik van de ggz door allochtonen in Nederland toe te nemen. Een overzicht van GGZ Nederland over de afkomst van ggz-cliënten, laat zien dat er de afgelopen jaren vooral meer cliënten van Surinaamse en Antilliaanse afkomst zijn bijgekomen. En kunnen deze cliënten de pvp ook vinden?

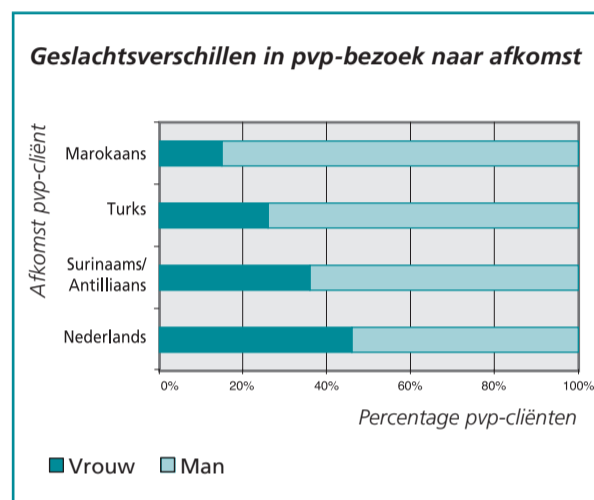
Er zijn volgens dit rapport geen grote verschillen tussen allochtone mannen en vrouwen in ggz-gebruik. Alleen bij Turken maken vrouwen iets vaker gebruik van de ggz dan mannen. Volgens het rapport behoort ruim 70 procent van alle allochtone cliënten in de ggz tot de eerste generatie. Jongeren van allochtone herkomst maken, in vergelijking met autochtone jeugd, relatief minder gebruik van de ggz. Dit geldt vooral voor Turkse en Marokkaanse jongeren.

#### Meer mannen naar pvp

Allochtonen weten de weg naar de ggz dus steeds beter te vinden. Maar hoe zit dat met de pvp, kunnen ze die ook vinden? En zo ja, hebben ze dan dezelfde vragen en klachten als pvp-cliënten van autochtone afkomst?

Bij de pvp zijn in 2008 in totaal 24.922 vragen en klachten ingediend. Vijf procent hiervan is afkomstig van Surinaamse of Antilliaanse cliënten en respectievelijk drie en twee procent van cliënten met een Marokkaanse en Turkse afkomst. Opvallend is dat er naar verhouding veel meer vragen en klachten door allochtone mannen bij de pvp worden ingediend dan door allochtone vrouwen.

Figuur 1



In figuur 1 is te zien dat de man-vrouwverhouding bij pvp-cliënten van autochtone afkomst 54%-46% is. Bij de Surinaamse en Antilliaanse pvp-cliënten is deze verhouding 64%-36%, bij de pvp-cliënten van Turkse afkomst 74%-26% en bij de Marokkaanse pvp-cliënten zelfs 85%-15%. Dit komt niet doordat allochtone vrouwen minder vaak vaker gebruik maken van de ggz: het aantal ggz-cliënten is volgens bovengenoemd overzicht voor allochtone mannen en vrouwen nauwelijks verschillend. Waarom bezoeken allochtone vrouwen minder vaak de pvp? Is dat een cultureel verschijnsel?

Een pvp zegt hierover: 'In mijn praktijk heb ik wel eens te maken met Turkse vrouwen en mannen. Daarin valt een aantal zaken op. Vrouwen van de eerste generatie

lijken vaker een taalprobleem te hebben dan mannen, waardoor ze het moeilijker vinden hun vraag of klacht onder woorden te brengen en er mogelijk bij voorbaat van af zien de klacht te uiten. Ook is mijn indruk dat vrouwen mogelijk sneller denken dat klagen toch geen zin heeft, omdat de oorzaak van hun problemen vooral thuis ligt. De pvp beperkt zich immers tot vragen en klachten over de instelling. Mijn ervaring met Turkse mannen is dat ze juist vaak heel concrete klachten hebben over de instelling: dat er te weinig rekening met hun dieet wordt gehouden of over bepaalde huisregels.'

#### Minder oudere allochtonen naar pvp

Een ander kenmerk waarin de allochtone pvp-cliënten afwijken van de autochtone pvp-cliënten is de gemiddelde leeftijd. Tachtig procent van de allochtone pvp-cliënten is tussen de 18 en 44 jaar, terwijl bij de autochtone pvp-cliënten maar iets meer dan de helft van de cliënten binnen deze leeftijdsgroep valt. Procentueel komen er minder allochtone cliënten ouder dan 45 bij de pvp (16%) dan autochtone 45-plussers (38%). Ook dit is een verrassend gegeven, aangezien ruim 70 procent van alle allochtone cliënten in de ggz tot de eerste generatie behoort. Blijkbaar zijn oudere allochtone cliënten minder geneigd om een klacht bij de pvp in te dienen dan hun autochtone leeftijdgenoten.

Een pvp: 'Ook bij ouderen speelt nadrukkelijk het taalprobleem. In gesprekken met de dokter of andere specialisten, gaat er vaak één van de kinderen mee, die dan als tolk optreedt. Op de afdeling, waar de pvp komt, moet de oudere zelf zijn klacht uiten. Dat is te moeilijk. Ook heb ik wel meegemaakt dat men niet begrijpt waar de pvp voor is en dat ik het niet goed genoeg kon uitleggen.'

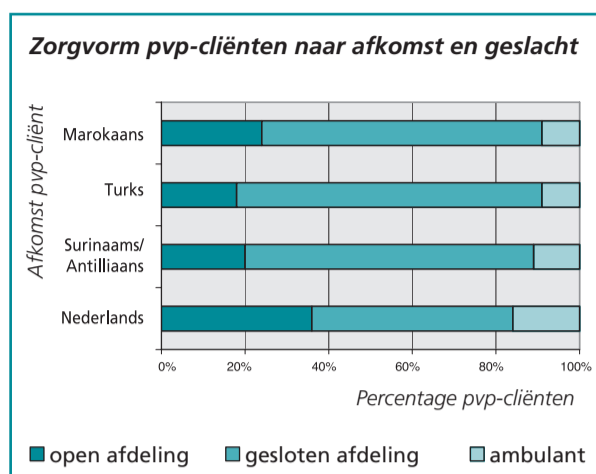
#### Allochtonen cliënten vaker onvrijwillig opgenomen

Wat verder opvalt is dat allochtone pvp-cliënten procentueel veel vaker onvrijwillig zijn opgenomen dan autochtone pvp-cliënten. Van de pvp-cliënten met een autochtone afkomst is 47 procent vrijwillig opgenomen, bij de allochtone pvp-cliënten is gemiddeld 27 procent vrijwillig opgenomen. Meer dan de helft van de Surinaamse en Antilliaanse pvp-cliënten is opgenomen met een RM. Ook zijn allochtone pvp-cliënten vaker met een IBS of TBS opgenomen. Bijna 70 procent van de allochtone pvp-cliënten is op een gesloten afdeling opgenomen, bij pvp-cliënten van autochtone afkomst is dit 47 procent. Dit geldt overigens zowel voor vrouwelijke als mannelijke allochtone pvp-cliënten. Daarnaast zijn pvp-cliënten van allochtone af-

Allochtonen pvp-cliënten hebben procentueel vaker klachten over dwangtoepassing en vrijheidsbeperking



komst naar verhouding ook vaker afkomstig uit het forensische en verslavingscircuit dan cliënten van autochtone afkomst. In figuur 2 is de zorgvorm van de pvp-cliënten uitgesplitst naar afkomst.



Dat allochtone pvp-cliënten vaker onvrijwillig en op gesloten afdelingen zijn opgenomen is ook van invloed op de onderwerpen van de vragen en klachten. Pvp-cliënten van Surinaamse, Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst klagen naar verhouding veel vaker over dwangtoepassing en vrijheidsbeperking dan pvp-cliënten van autochtone afkomst. De klachten van allochtone cliënten gaan met name vaker over separatie volgens behandelplan en beperking van bewegingsvrijheid. Autochtone pvp-cliënten klagen binnen deze klachtcategorie procentueel vaker over medicatie volgens behandelplan. Daarnaast willen allochtone pvp-cliënten vaker ontslag of overplaatsing dan pvp-cliënten van autochtone afkomst. De allochtone cliënt die het beste de weg naar de pvp weet te vinden is dus een man tussen de 18 en

Figuur 2

**Volgens het Centraal Bureau voor Statistiek is de definitie van een allochtoon 'een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren'. De vier grootste groepen niet-westerse migranten in Nederland zijn: Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen.**

44 jaar die op een gesloten afdeling verblijft. Het is belangrijk dat de pvp alert blijft op oudere allochtone cliënten en allochtone cliënten van het vrouwelijk geslacht. Cliënten die de neiging lijken te hebben om niet te klagen, maar te dragen.

PbtV/AdG



Bronnen:  
Factsheet Culturele herkomst van cliënten in de ggz en verslavingszorg 2008, GGZ Nederland  
Registratie 2008 Stichting PVP

*Allochtone ouderen dienen minder vaak een klacht bij de pvp in*

## VWS wil positie van cliënt versterken

Op het gebied van de cliëntenrechten zijn er op korte termijn veel veranderingen te verwachten. Zo is er de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGG) die op termijn de Wet Bopz gaat vervangen en de manier van werken met Dwang en Drang in de ggz ingrijpend zal veranderen. Daarnaast wordt er op de diverse ministeries gewerkt aan de Wet Cliëntenrechten Zorg, die de positie van de cliënt in de zorg moet gaan versterken. Het is de bedoeling dat binnen deze wet rechten worden vastgelegd, die nu nog in verschillende wetten zijn terug te vinden.

Uitgangspunt van de wet is dat de cliënt goede zorg moet krijgen, die past bij wat hij of zij wil. De cliënt moet weten waar die zorg te vinden is. De cliënt moet er op kunnen vertrouwen dat kwaliteit en veiligheid als hoogste prioriteit worden beschouwd. Om dat voor elkaar te krijgen worden in de wet zeven rechten geformuleerd:

1. Het recht op beschikbare en bereikbare zorg
2. Het recht op keuze en keuze-informatie
3. Het recht op kwaliteit en veiligheid
4. Het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy
5. Het recht op afstemming tussen zorgverleners
6. Het recht op een effectieve, laagdrempelige klachten geschillenafhandeling
7. Het recht op medezeggenschap en goed bestuur

De rechten voor cliënten worden uitgebreid naar de langerdurende zorg. De zeven cliëntenrechten gelden naast de geneeskundige behandeling, ook bij verzorging, verpleging en begeleiding. De bedoeling is dat iedereen die zorg ontvangt binnen de reikwijdte van de wet valt.

### Informatie voor cliënt

Het recht op informatie over fouten die merkbare gevolgen (kunnen) hebben voor de cliënt wordt vastgelegd. Hierdoor kunnen aansprakelijkheidsverzekeraars geen beperkingen opleggen in de polisvoorwaarden. Ook komt voor de cliënt informatie over de rechtspositie en over de mogelijkheden in de behandeling, verzorging, verpleging en begeleiding beschikbaar. Met deze informatie hoopt het kabinet dat cliënten beter kunnen kiezen van wie zij zorg willen ontvangen. Openheid geven over fouten kan er toe leiden dat cliënten meer vertrouwen in de zorg krijgen omdat fouten niet in de doofpot worden gestopt. Bij veel cliënten leeft de gedachte dat klagen geen zin heeft omdat "men elkaar toch dekt". Het recht op informatie over fouten moet dit voorkomen.

### Afstemming zorgverleners

Zorgverleners die een cliënt tegelijk of kort na elkaar zorg verlenen, moeten de informatie tijdig overdragen en nazorg verlenen. Dit recht zal er hopelijk toe leiden dat de cliënt geen nadelen meer zal ondervin-

den van een overdracht naar een andere hulpverlener of zorginstelling. Ook voor cliënten die vanuit diverse zorginstellingen hulp ontvangen moet dit een verbetering opleveren. Het is immers de plicht van de instellingen ervoor te zorgen dat hun dienstverlening op elkaar wordt afgestemd.

### Klachtprocedure

Binnen de zorginstelling wordt de klachtprocedure eenvoudiger. Cliënten kunnen met hun signaal of klacht minimaal terecht bij een klachtfunctionaris. Dit kan escalatie voorkomen. Het kabinet lijkt hiermee te benadrukken dat de onderlinge relatie tussen cliënt en hulpverlener erbij gebaat is als conflicten worden uitgesproken en opgelost. Voorts komt er een laagdrempelige en onpartijdige commissie buiten de zorginstelling die uitspraak kan doen over de toepassing van cliëntenrechten. De positie van cliëntenraden wordt versterkt, onder andere door meer invloed op de samenstelling en de besteding van hun eigen budget en een verzwaard adviesrecht bij fusies.

Al met al biedt deze beoogde wetgeving de nodige vernieuwingen. In de PVP-krant zullen wij u van verdere ontwikkelingen op de hoogte houden.

RdK



Zachte heelmesters?

## Bemoeizorg wil meer dwang

Gemotiveerd meewerken is een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle behandeling in de gezondheidszorg. Maar wil dat zeggen dat iemand die niet wil dan maar aan zijn lot overgelaten moet worden? Nee, dacht men in de jaren '80. We gaan deze mensen actief benaderen. Zo ontstond de bemoeizorg. Sinds kort houden pvp'en bij hoeveel en welke vragen en klachten cliënten stellen over deze specifieke tak van hulpverlening.

Hulpverleners die zich met bemoeizorg bezighouden, gaan op zoek naar mensen die 'de weg kwijt zijn', of die simpelweg geen zin hebben in 'die zogenaamde hulpverlening'. Het ontstaan van bemoeizorg tegen het eind van de jaren '80 was een reactie op het toenemend belang dat werd gehecht aan de motivatie en het eigen initiatief van mensen om hulp te zoeken. Maar tegen een maatschappelijk decor van individualisering en een lage tolerantiegrens voor 'gekke burens', vielen sommige mensen tussen wal en schip. De oorzaak hiervan varieerde van onvoldoende inzicht in de eigen problematiek tot onbekendheid met het hulpverleningsaanbod of hulpvragen waar het systeem niet op was geijkt. Van de weeromstuit ontwikkelden zich nieuwe initiatieven, gericht op het toeleiden van deze groep mensen naar de reguliere hulpverlening. De bemoeizorg was geboren. Al snel groeide die nieuwe hulpverleningspoot uit tot een compleet pakket van zorg dat bestond uit onder meer het opsporen van cliënten, contact leggen, zorgcoördinatie, begeleiding en praktische ondersteuning. En daar waar binnen de muren van de psychiatrische klinieken het besef is gegroeid dat met drang en dwang weinig recht gedaan wordt aan de cliënt, zien we dat de bemoeizorg steeds meer middelen in handen wil krijgen om gebruik te kun-



*In veel steden zijn inmiddels zorgnetwerken om mensen op te vangen die dreigen te verkommeren.*

nen maken van drang en eventueel ook dwang.

Dit vraagt natuurlijk om een wat meer gereguleerde aanpak, en zo kwam zowel bij de KNMG (beroepsvereniging artsen) als bij GGZ Nederland een Handreiking Bemoeizorg tot stand. In artikel 3 van deze leidraad staat dat het tijdelijk beperken van de rechten van de cliënt geoorloofd is indien daartoe een dringend belang bestaat (bijvoorbeeld nadelige gevolgen voor de gezondheid). In de praktijk kan dat tot vreemde interpretaties leiden. Zo werd op een bemoeizorgbijeenkomst met hulpverleners, politie en woningbouw gepromoot dat je gegevens over de cliënt gewoon uitwisselt, ook zonder toestemming van de cliënt.

Waar deze ontwikkeling toe gaat leiden, valt nog niet te voorspellen. Op het moment krijgen pvp'en gemiddeld slechts één tot twee cliënten per jaar met vragen of klachten over de bemoeizorg. Maar het registreren van klachten specifiek over bemoeizorg is nog jong. De Stichting PVP blijft de ontwikkelingen volgen, om óók voor de bemoeizorgcliënt een

zo goed mogelijke borging van diens rechten te helpen realiseren. Aarzelt u dan ook niet om met uw vragen of klachten over bemoeizorg naar de pvp in uw ziekenhuis te stappen. U bent onze belangrijkste informatiebron!

PG

De Handreiking Bemoeizorg van GGZ Nederland is te vinden op [www.ggz nederland.nl](http://www.ggz nederland.nl)

De Handreiking Gegevensuitwisseling bij Bemoeizorg van de KNMG is te vinden op [www.knmg.nl/publicaties](http://www.knmg.nl/publicaties)

### Hoe zijn uw ervaringen met bemoeizorg? De PVP-krant wil het graag weten!

Incidenten en klachten over bemoeizorg zijn onderwerp van aandacht voor de PVP-krant. In een volgende editie willen we daar graag een artikel aan wijden. We verzoeken u, onze lezer, om uw ervaringen met de bemoeizorg aan uw pvp of direct aan de redactie van de PVP-krant door te geven, via [redactie@pvp.nl](mailto:redactie@pvp.nl) of via het adres F.C. Dondersstraat 9, 3572 JA Utrecht. U kunt ook contact opnemen met de Helpdesk PVP, 0900-444 8888.

#### ***Ik wil niet bemoeid worden!***

*Bemoeizorg is een vorm van sociaalpsychiatrische hulpverlening die zich richt op wat genoemd wordt 'zorgwekkende zorgmijders'. Mensen die verkommeren, overlast veroorzaken, en die de stap naar reguliere hulpverlening nog niet kunnen, of niet meer willen maken. Vaak wordt er vanuit de bemoeizorg samen gewerkt met politie, de gemeentelijke sociale dienst, het Leger des Heils en sociale verhuurders. In veel steden zijn inmiddels overlegstructuren opgezet, die samen een zogenaamd lokaal zorgnetwerk vormen. Een net waaraan steeds minder 'zorgwekkende zorgmijders' kunnen ontsnappen...*



## “Help me – ik wil dood!”

Op 23 november organiseerde de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensinde (NVVE) een dag rond het thema “Hulp bij zelfdoding, wat is er tegen?” De dag was speciaal bedoeld voor hulpverleners uit de tweede lijn: verpleegkundigen, psychologen, vaktherapeuten, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers. Ook een aantal pvp'en bezocht deze dag. Een drietal sprekers belichtte het thema op heel verschillende wijze.

### Morele bezwaren?

Eugène Sutorius, hoogleraar strafrecht en raadsheer, benadrukte dat de huidige wet en de Richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) rond euthanasie bij psychiatrische patiënten duidelijk is. Op basis van de eisen die de wet stelt aan zorgvuldigheid en op basis van de professionele standaard en jurisprudentie, zou hulpverleners niets in de weg hoeven te staan de wens tot euthanasie serieus met de vrager te bespreken. Onbekendheid met deze kaders, maar zeker ook de eigen gevoelens van machteloosheid, schrik of morele bezwaren, dragen ertoe bij dat hulpverleners niet open of betrokken kunnen luisteren naar hun cliënt met een doodswens. Hier-



Eugène Sutorius

door voelen cliënten zich nog meer in de kou staan. Er is een aantal vastgestelde eisen waaraan een verzoek moet voldoen. Zo moet het een competent, dus wilsbekwaam verzoek zijn. Daarnaast moet de lijdensdruk voor de cliënt ondraaglijk en volgens de professionele maatstaven van de behandelaar uitzichtsloos zijn. De behandelaar moet ervan overtuigd zijn dat het lijden alleen weg te nemen is door levensbeëindiging. Zoals een chirurg niet eindeloos blijft opereren als duidelijk is dat de kanker zich door het hele lichaam heeft verspreid, zo zal een psychiater ook moeten kunnen erkennen dat hij zijn patiënt niet anders meer kan helpen dan door hem te helpen op een waardige manier te sterven.

### Delen van ervaringen

Cornelis van Houwelingen, psychiater bij GGZ Eindhoven, wees er op dat cliënten vaak eerder aan een medewerker in de tweede lijn dan aan hun behandelaar laten weten dat ze niet meer verder willen leven. Hij adviseert de tweede lijn om een vraag tot levensbeëindiging direct te 'problematiseren' door er expliciet aandacht voor te vragen in een teambespreking. Uiteraard na toestemming van de cliënt. Het gaat dan om het samen delen en ervaren van wat de cliënt aangeeft. En vervolgens met elkaar mogelijkheden te zoeken om deze cliënt professioneel te begeleiden. Dit moet leiden tot een zo concreet mogelijk behandelplan, waarin vanzelfsprekend ook de cliënt gehoord en gekend wordt. Vaak blijkt overigens dat praten over dit onderwerp de cliënt toch weer voldoende perspectief biedt om verder te leven.

### Signalen

Docent en consulent hersenletsel Hans van Dam gaf aan waarom iemand overweegt om een eind aan zijn leven te maken. Dat kan bijvoorbeeld zijn omdat hij de komende vijf minuten of de uren daarna, niet meer wil meemaken vanwege een aanhoudende ervaring van isolement en onveiligheid. Centraal kenmerk is de ervaring van volstrekte hopeloosheid, waarin geen andere uitweg dan de dood wordt gezien. Hierbij kunnen sterk wisselende gedragingen voorkomen, van een uitgelaten stemming tot zwaar-



Cornelis van Houwelingen

moedigheid en van altruïsme tot egocentrisme. De signalen zijn dus niet eenduidig: iemand kan het contact mijden of juist contact zoeken om over concrete suïcideplannen te praten. Ook automutilatie (de levenspijn is ondraaglijk en moet verzacht!) en plotse gedragsveranderingen komen voor.

De hulp aan mensen met suïcideneigingen of – plannen wordt voor een belangrijk deel bepaald door de houding van de hulpverlener. Deze houding wordt vaak beïnvloed door persoonlijke gedachten en opvattingen over suïcide, zoals bijvoorbeeld de gedachte dat suïcide een zonde is, voorkomen kan worden of dat praten over suïcide het juist uitlokt. Van Dam benadrukte, evenals de vorige sprekers, dat een hulpverlener iemand met een doodswens alleen goed kan helpen als hij open, betrokken, beschikbaar en belangstellend met zijn cliënt in gesprek durft te gaan

### Steungroep

De NVVE heeft een steungroep opgericht om een werkbaar richtlijn voor psychiaters te ontwikkelen waardoor zij meer houvast hebben bij de begeleiding van mensen met een langdurige, wilsbekwame en weloverwogen doodswens. Als dit lukt zal het taboe op de vraag “Help me – ik wil dood!” afnemen en kunnen cliënten met een doodswens beter geholpen worden. Voor meer informatie en het verslag van de themadag: [www.nvve.nl](http://www.nvve.nl).

AV

## Nieuwe website over angst en depressie

Sinds kort bestaat er een nieuwe website voor iedereen die geïnteresseerd is in nieuws over depressie en



De nieuwssite over angst en depressie is ontstaan uit een samenwerkingsverband tussen het Trimbos-instituut, het Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (NedKAD) en de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA). Het doel is om nieuws over de laatste ontwikkelingen op het gebied van onderzoek naar angst en depressie toegankelijk en aantrekkelijk te maken voor een breed publiek. ■

## Nieuwe website Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

V&VN, de beroepsvereniging van zorgprofessionals heeft een eigen website gekregen: [www.vwnvn.nl](http://www.vwnvn.nl)



## Betrek familie bij terugdringen dwang en drang

Vanuit de psychiatrie wordt er de laatste jaren veel energie gestopt in het terugdringen van dwang en drang. De werkgroep Dwang en Drang, onderdeel van het Landelijk Platform GGZ, heeft nu ook haar steentje bijgedragen aan de gewenste, maar tijdrovende cultuurverandering, die nodig is om dwang terug te dringen. Bijzonder is de invalshoek vanuit het cliënten- en familieperspectief.

Met 47 ggz-instellingen die nog niet betrokken waren bij de al lopende projecten van GGZ Nederland werden gesprekken gevoerd. De werkgroep stelde de instellingen de volgende vragen:

- Of zij dwang en drang toepasten.
- Hoe zij omgingen met evaluatie, scholing, preventie, veiligheid, alternatieven, registratie en het geven van informatie.
- Of er, en in welke mate, cliënten en familieleden werden betrokken in het toepassen van dwang en drang.

Uit de conclusies die hieruit naar voren kwamen heeft de werkgroep een aantal aanbevelingen gedaan ter verbetering van de praktijk:

1. Praat met cliënten over het te voeren beleid, over de dwang, over alternatieven, over het verbeteren van de communicatie en over de eigen ervaringen.
2. Betrek familieleden en naastbetrokkenen in het denken over en het toepassen van dwang, zonder de regie van de cliënt aan te tasten.
3. Problematiseer de combinatie van separatie met (dwang)medicatie.
4. Werk aan de 'intensive care'-zorg, ondanks het gebrek aan personeel.
5. Gebruik vaker signaleringsplannen, zeker bij langere opnames.
6. Zie af van de introductie van het separeren in de verslavingszorg. Zorg voor alternatieven.
7. Richt de scholing met name op: de-escalerend werken, 'moreel beraad' en positieve attitude.
8. Creëer omstandigheden en een leefomgeving waarin cliënten zich veilig voelen. Hierdoor ontstaat ook een veilige werkomgeving voor een behandelteam.
9. Registreer goed. Gebruik hiervoor ARGUS. Dit systeem is genuanceerder dan welk ander systeem dan ook.
10. Evalueer standaard en bij herhaling. Neem de evaluaties op in het EPD.
11. Informeer pro-actief over rechten en plichten.

Verder lezen? Ga dan naar [www.platformggz.nl/lpggz/downloads](http://www.platformggz.nl/lpggz/downloads)

JWvD

## Het Elektronisch Patiënten Dossier, wat gaat het ons brengen?

In een serie artikelen in de komende PVP-kranten besteden we aandacht aan het Elektronisch Patiënten Dossier, het EPD. Dat klinkt als één compact dossier. Maar dat is niet zo en daarom leggen we in deze krant uit met welke verschillende soorten dossiers u als cliënt te maken kunt krijgen. Want dat is een ding dat zeker is: elke Nederlander zal straks een EPD krijgen. Verder aandacht voor uw privacy in het EPD.

### Niet één EPD

Bijna dagelijks verschijnen er nieuwsberichten rond het EPD. Met de verscheidenheid aan nieuws, nemen ook de vragen toe. Bijvoorbeeld hoe het met de privacy van de zorgvrager zal zijn gesteld. En of het systeem wel afdoende beveiligd kan worden. Er wordt wel gedacht dat er straks één elektronisch dossier voor elke Nederlander zal zijn. Dat is niet het geval. Er is wel een landelijk EPD en dat moet niet verward worden met het regionaal EPD of het Huisartsen Informatiesysteem. Het landelijk EPD is een netwerk dat digitale dossiers van één patiënt aan elkaar koppelt via een landelijk schakelpunt (LSP). De informatie blijft op de computer van de behandelend arts en de verschillende computers van artsen worden met elkaar verbonden. Lang niet alle gegevens worden landelijk uitgewisseld. In het EPD zoals dat nu wordt ingevoerd, zijn het waarneemdossier van de huisarts en het Elektronisch Medicatie Dossier opgenomen. Dit wordt op termijn uitgebreid met laboratoriumuitslagen en spoeddossiers. De patiënt wordt geïdentificeerd aan de hand van het burgerservicenummer. Ook de hulpverlener wordt aan de hand van een Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI) herkenbaar gemaakt. Tot slot krijgt u ook te maken met een EPD als u cliënt bent in de ggz. Hierover kunt u meer lezen in de rubriek 'Signalen', op pagina 7 van deze krant.

### Wetsvoorstel naar Eerste Kamer

De ontwikkeling van het EPD is al in een vergevorderd stadium, maar het wetsvoorstel moet nog wel door de Eerste Kamer goedgekeurd worden. De Eerste Kamer heeft ernstige twijfels over de invoering van het EPD. In december heeft de senaat daarom een serie burgerraadplegingen gehouden en op 9 december een expertbijeenkomst.

Als het wetsvoorstel goedgekeurd én ingevoerd is, krijgt iedereen toegang tot zijn eigen dossier via [www.infoepd.nl](http://www.infoepd.nl). Op deze site is nu ook al informatie te vinden over het landelijk EPD. Daarnaast kan iedereen via deze site nu al bezwaar maken tegen de uitwisseling van zijn medische gegevens via het landelijk EPD of een eerder ingediend bezwaar weer intrekken.

### Privacy

Maar hoe is nu de privacy geregeld rond het EPD? Niet iedere hulpverlener die aangesloten is op dit systeem, kan alle informatie van alle patiënten zien. Het inzagerecht is beperkt. Om toegang tot een EPD te krijgen moet men geautoriseerd (bevoegd) zijn en moet men zich identificeren. Het systeem controleert dan of men daadwerkelijk is wie men zegt te zijn, bijvoorbeeld door een unieke code te vragen. Pas dan krijgt men toegang tot het EPD. Via logging wordt bijgehouden wie er wanneer in welk dossier heeft gekeken en of er wijzigingen zijn aangebracht. Doel van het loggen is het voorkomen van misbruik. De uitwisseling van gevoelige gegevens mag bovendien alleen via speciaal beveiligde lijnen plaatsvinden. Elke individuele zorgverlener moet over een goed beheerd zorgsysteem beschikken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en het College Bescherming Persoonsgegevens controleren of het EPD op de juiste manier gebruikt wordt.

### Landelijk Platform GGz

Het Landelijk Platform GGz (LPGGz) organiseerde onlangs een bijeenkomst rond het EPD. Het ging over privacy bij opname in computerbestanden, bedoeld om discussie en input uit de achterban te krijgen. Die achterban was volop aanwezig: er waren vertegenwoordigers van verschillende cliëntenorganisaties, het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en de Stichting PVP. Er waren verschillende lezingen met daarnaast ruimte voor vragen uit de zaal. Zo wilde iemand weten hoe vaak het EPD tot nu toe al gebruikt is: dat blijkt ondertussen al zo'n half miljoen keer te zijn. Een andere vraag luidde of de zorgverzekeraar toegang tot het dossier heeft. Dat is zeker niet het geval. Er kunnen zelfs zware sancties volgen als een verzekeraar via een omweg toch probeert inzage te krijgen. Iemand merkte op dat juist veel hulpverleners bezwaar maken tegen het EPD en dat dat weinig vertrouwen wekt. Spreker Marcel Heldoorn van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie erkende dit, maar vroeg zich af of de betreffende hulpverleners voldoende geïnformeerd zijn. Dat het schort aan informatie bleek ook uit de opmerking uit de zaal dat het raar is dat iedereen in december 2008 al toestemming heeft moeten geven voor de uitwisseling van gegevens, terwijl nu pas een beetje duidelijk wordt wat voor systeem het is. Heldoorn realiseert zich dat en de NPCF probeert de mi-

**Meer informatie over de uitwisseling van medische gegevens via het landelijk EPD of bezwaar maken?**

**Kijk op: [www.infoepd.nl](http://www.infoepd.nl)**



Bijeenkomst van het landelijk platform ggz

nister dan ook te overtuigen van het belang van een goede voorlichting. Het is duidelijk dat de invoering van het landelijk EPD niet over één nacht ijs gaat: er zijn veel controlerende instanties nauw betrokken bij een veilige, verantwoorde invoering. Komende tijd zal blijken of het wetsvoorstel voldoende steun van de senaat krijgt. Wij houden u daarover, en over andere aspecten van het EPD, op de hoogte in de komende afleveringen van de PVP-krant.

AdG/HvdL/PbtV

Een uitgebreid verslag van de bijeenkomst is te vinden op de website van het NPGGz ([www.platformggz.nl](http://www.platformggz.nl)).





Pvp'en ondersteunen cliënten bij de naleving van hun rechten. Ziet of hoort een pvp van een situatie die nadelig is voor veel cliënten, dan kan de pvp daarover een 'signaal' schrijven aan de raad van bestuur van de instelling. In een signaal legt de pvp de situatie voor en verzoekt om aanpassing van het beleid.

## Elektronisch dossier ggz-instellingen kampt nog met kinderziektes

In veel instellingen is de afgelopen jaren het elektronisch patiëntendossier in gebruik genomen. Dit is wat anders dan het nog in te voeren landelijk Elektronische Patiënten Dossier. Het gaat om de elektronische versie van het verpleegkundig en medisch dossier dat voorheen op papier werd bijgehouden. Met behulp van het elektronisch patiëntendossier zou de kwaliteit van zorg toenemen. Niet altijd wordt deze belofte waargemaakt. In een aantal gevallen schreef de pvp een signaal naar aanleiding van een tekortkoming in de zorg ten gevolge van het gebruik van het elektronische patiëntendossier.

### Kant en klaar behandelplan

Nadat in een instelling het elektronisch patiëntendossier is ingevoerd klagen cliënten regelmatig bij de pvp over onduidelijkheden en onvolkomenheden in hun behandelplannen. Twee voorbeelden schetsen hoe verwarrend een standaard format kan zijn. Een cliënte heeft al langere tijd psychiatrische klachten en ze heeft lang nagedacht of ze daarvoor opgenomen wil worden. Ze vindt een opname spannend en is bang voor wat haar te wachten staat. Met veel overredingskracht van haar huisarts en haar familie besluit ze toch voor een opname in een ggz-instelling te kiezen. Het valt haar gelukkig erg mee, de verpleging is vriendelijk en de cliënte is tevreden over de behandeling. Wanneer ze echter haar behandelplan krijgt, leest ze daarin 'dwangmedicatie: ja/nee' en 'separatie: ja/nee'. Mevrouw schrikt hier heel erg van en overweegt haar opname zo snel mogelijk te beëindigen.

Een andere cliënt heeft voor het eerst een inbewaringstelling (ibs) gekregen en is nu gedwongen opgenomen in een instelling. Van zijn advocaat heeft hij begrepen dat de ibs een duur van drie weken heeft en dat hij er rekening mee moet houden dat zijn opname ook drie weken zal duren. Van zijn behandelaar krijgt hij een behandelplan waarin staat dat zijn behandeling over precies een jaar beëindigd zal worden. In hetzelfde plan staat echter ook dat, wanneer hij driemaal zonder geldige reden afwezig is bij een therapie, hij uitgeschreven zal worden. Deze informatie brengt hem in de war en verbijsterd vraagt hij de pvp waar hij nu eigenlijk aan toe is.

De pvp doet bij de betrokken behandelaars navraag over de onduidelijkheden in de behandelplannen. Het blijkt dat voor het maken van een behandelplan gebruik wordt gemaakt van een sjabloon. Dat is een formulier dat standaard in het elektronische patiëntendossier aanwezig is. De behandelaar vult een aantal ontbrekende gegevens in en dan is het behandelplan klaar. In het formulier staan echter zaken die niet op elke cliënt van toepassing zijn. Hierdoor worden veel cliënten foutief geïnformeerd over hun behandeling. De pvp schrijft over deze tekortkoming een signaal aan de raad van bestuur. De raad van bestuur erkent het probleem en geeft de opdracht de geconstateerde tekortkoming te herstellen. Tot het formulier is aangepast, maakt een aantal afdelingen tijdelijke weer gebruik van met de hand geschreven behandelplannen.

### Privacy te grabbel

Sinds in veel instellingen een elektronisch patiëntendossier in gebruik is genomen maken meerdere cliënten zich zorgen over hun privacy. In het dossier staat informatie die van belang is voor de behandeling, zoals behandelingsplannen, voortgangsrapportages en observaties van verpleegkundigen. Dit zijn privacy-gevoelige zaken die niet elke instellingsmedewerker zomaar mag lezen. De privacy van een cliënt in een ggz-instelling hoort te zijn gewaarborgd, dus alleen medewerkers van de instelling die direct betrokken zijn bij de behandeling mogen het dossier van een cliënt inzien. Een pvp schrijft een signaal nadat blijkt dat de toegang tot het elektronische patiëntendossier in een instelling niet goed is geregeld. Behandelaars kunnen niet alleen de gegevens inzien van cliënten die zij behandelen, maar hebben inzage in de gegevens van alle ingeschreven cliënten. De instelling erkent deze tekortkoming en zegt toe dat dit gerepareerd zal worden.

In een andere instelling liggen er regelmatig papieren met cliëntgegevens bij een printer die in een hal staat waar iedereen vrij toegang heeft. De printer wordt gebruikt door een aantal behandelaars, die vanaf hun eigen kamer op deze printer kunnen afdrukken. De behandelaars druk-

ken soms gedeeltes uit het elektronische patiëntendossier af op deze centrale printer, maar halen dit dan niet direct op. Hierdoor is privacygevoelige informatie in te zien door iedereen die in de hal loopt. De pvp schrijft hierover een signaal aan de raad van bestuur van de instelling. Deze zegt toe dat de printer vervangen zal worden door een apparaat dat pas afdrukt nadat een behandelaar bij de printer een eigen code intoetst. De behandelaar krijgt dan direct zijn eigen documenten en kan deze dan meteen meenemen.

HvD



### Vragen of klachten over de ggz?

#### Bel de Helpdesk PVP

**T 0900 4448888** (10 cent per minuut)

U kunt de helpdesk van de Stichting PVP bellen op:

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

zaterdagmiddag 13:00 - 16:00 uur

(m.i.v. 1 januari 2010 niet meer geopend op woensdagavond)

of stuur een e-mail naar [helpdesk@pvp.nl](mailto:helpdesk@pvp.nl)

Met ingang van heden is de Helpdesk PVP niet meer geopend op feestdagen.



## Hoge Raad: vuistregel voor onafhankelijkheid geneeskundige verklaring

De Wet Bopz bepaalt dat voor het aanvragen van een voorlopige machtiging en voor een machtiging tot voortgezet verblijf een geneeskundige verklaring nodig is (art. 5 lid 1 Wet Bopz). Deze verklaring kan worden opgesteld door een psychiater die "niet bij de behandeling betrokken was". Indien de patiënt reeds in

een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, moet een verklaring van de geneesheer-directeur worden overgelegd. Als de geneesheer-directeur bij de behandeling betrokken is (geweest) dan moet hij de patiënt laten onderzoeken door een psychiater die niet bij de behandeling betrokken was. In een uitspraak van 16 oktober 2009 (BJ 2009/47) laat de Hoge Raad zich uit over deze eis van onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur/psychiater. In deze zaak werd geklaagd dat de machtiging tot voortgezet verblijf was afgegeven op basis van de geneeskundige verklaring van een geneesheer-directeur die betrekkelijk kort tevoren bij de behandeling van de patiënt was betrokken. De Hoge Raad overweegt dat voor de beoordeling van de 'onafhankelijkheid' van de verklarende psychiater niet alleen van belang is het tijdsverloop sinds het beëindigen van de behandelrelatie, maar ook de duur en de intensiteit van die relatie. Per geval moet de rechter het onderlinge gewicht van deze factoren bepalen. De Hoge Raad geeft aan dat in het algemeen moet worden aangenomen dat er minstens een jaar dient te zijn verlopen tussen het laatste behandelcontact en het opmaken van de verklaring.

SvB



De wet BOPZ is voortdurend in ontwikkeling

## Psychiatrische cliënt nog teveel buitengesloten

Van 12 tot en met 16 oktober 2009 heeft het Europsy festival plaatsgevonden met als thuisbasis Valkenburg. Het festival bood op diverse locaties een gevarieerd programma van allerlei inhoudelijke, sportieve en culturele activiteiten.

Een van activiteiten was de Euregionale conferentie met het thema sociale inclusie. Sociale inclusie beoogt psychiatrische cliënten meer bij de samenleving te betrekken. De deelnemers uit verschillende Europese landen konden de voornamelijk Engelstalige voordrachten volgen via koptelefoons met een vertaling. Jaap van Weeghel, bijzonder hoogleraar rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen was een van de sprekers. Hieronder volgt een samenvatting van zijn lezing.

### Treurige sociale positie

Het antwoord op de vraag wat de sociale positie van mensen met ernstige psychiatrische problemen in Nederland is, stemt niet tot vrolijkheid: meer dan de helft leeft alleen, tweederde heeft geen intieme relatie, meer dan 90 procent is werkloos en een groot deel heeft geen structurele dagelijkse activiteiten. Mensen met ernstige psychiatrische problemen hebben meestal een kleiner sociaal netwerk, waardoor ook minder sociale steun en ervaren een lagere kwaliteit van leven. Een ernstige psychiatrische aandoening gaat gepaard met aanzienlijke sociale nadelen. De top vijf van niet vervulde behoeften van mensen met ernstige psychiatrische problemen is:

1. betekenis in het leven
2. dagelijkse activiteiten
3. gezelschap
4. intieme relaties
5. werk

### Stigmatisering

Mensen met een psychiatrische ziekte worden daarnaast vaak geconfronteerd met negatieve reacties van anderen. Stigmatisering is een voortdurende bron van stress en tevens een grote barrière naar sociale inclusie. Veel mensen verbergen hun psychiatrische status in sociale situaties.

In een studie naar discriminatie van mensen met schizofrenie werd een onderscheid gemaakt tussen daadwerkelijk ervaren discriminatie en het anticiperen op discriminatie. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat discriminatie het meest ervaren wordt in relaties met familie, en daarna bij persoonlijke privacy en veiligheid, het maken en houden van vrienden en pas als laatste op het gebied van scholing en het vinden en houden van werk. Anticipatie op discriminatie zorgt voor de meeste remmingen op het gebied van het solliciteren naar een baan of een nieuwe opleiding beginnen en het aangaan van intieme relaties. De meeste geënquêteerden verbergen in zulke situaties hun psychiatrische achtergrond.

In de strijd tegen stigmatisering en discriminatie maakt Van Weeghel een onderscheid tussen collectieve en individuele strategieën. Collectieve strategieën zijn opleiding, protest, anti-discriminatie wetgeving en contact bevorderen in een positieve context. Individuele strategieën zijn het voorkómen en weerstaan van zelf-stigmatisering en het promoten van herstel en empowerment.

### Naar herstel

Assertive Community Treatment (ACT) is intensieve zorg voor cliënten met problematiek op meerdere levensgebieden. Eén van de uitgangspunten is om het sociale netwerk van cliënten maximaal bij de zorg te betrekken. ACT-teams zijn succesvol op het gebied van contact houden met zorgmijders, mensen met een psychiatrische stoornis uit het ziekenhuis houden, hulp bieden bij financiële zaken en medicatie. Cliënten zijn over het algemeen tevreden en ervaren een betere kwaliteit van leven. Volgens Van Weeghel zijn er echter verbeteringen mogelijk, zoals het versterken van de invloed van ervaringsdeskundigen, specifieke interventies en een gerichtheid op herstel.

Van Weeghel besloot zijn lezing met de conclusie dat het bevorderen van herstel en sociale inclusie fundamentele veranderingen vereist in de manier waarop de ggz is georganiseerd en zorg levert. Er is een heroriëntatie nodig naar sociale in plaats van symptomatische doelen. Mensen met ernstige psychiatrische stoornissen hebben dezelfde dromen en wensen als andere mensen, maar ervaren véél grotere moeilijkheden om ze te vervullen.

Het is daarom van cruciaal belang om interventies te ontwikkelen en te implementeren, die mensen met ernstige psychiatrische problemen werkelijk helpen om sociale integratie te bereiken. Dit betekent ook dat de hulpverlener de cliënt op de 'bestuurdersstoel' moet laten zitten, ook al kan dat heel moeilijk zijn.



*Europsy 2009 werd geopend met het doorbreken van een doek, waarna alle deelnemers door deze symbolische deur naar de bussen liepen om te vertrekken naar hun pakket in de euregio.*



*De Belgische organisatie LITP bood een dagpakket aan, waarvan de workshop pompoensnijden een van de onderdelen was.*



*Union by fiction bood een tweedaagspakket aan voor de deelnemers die liever niet van de locatie af wilden. Zij werkten twee dagen aan een kunstwerk 'Mindmelt'.*



*De kunst en muziekwerkplaats Venray en GGZ NML organiseerde een dagpakket in Venray waarin de deelnemers onder andere konden deelnemen aan een workshop djembé.*



## Zorg over de grens

In deze workshop werd informatie gegeven over de Europese Zorgpas en het Europees Medische Paspoort.

### Wat is de Europese Zorgpas?

Voor vakantie is het handig om een Europese zorgpas EHC/kaart te hebben. Bij ziekte en ongeval hoeft u geen kosten voor te schieten, maar gaat de rekening rechtstreeks naar zorgverzekeraar in Nederland. U kunt de pas gratis aanvragen bij uw zorgverzekeraar en de pas is een jaar geldig. Meer informatie vindt u op [www.ehic.nl](http://www.ehic.nl).

### Wat is het Europees Medisch Paspoort?

Een medicijnpaspoort is een praktisch hulpmiddel voor vakanties in het buitenland. In dit paspoort staan onder andere gegevens over merk, samenstelling en gebruik van uw medicijnen. U kunt het paspoort op diverse plaatsen verkrijgen, onder andere bij uw apotheek en huisarts. Meer informatie vindt u op [www.izg.nl](http://www.izg.nl) of [www.cibg.nl](http://www.cibg.nl).

JvdL

## Werkgelegenheid via een coöperatie?

In deze workshop werd informatie gegeven over de coöperatie, als mogelijkheid tot werkgelegenheid voor mensen met psychiatrische problemen.

### Wat is een coöperatie?

Een coöperatie is een samenwerkingsverband, waarbij alle leden eigenaar zijn. De coöperatie brengt werkzoekenden in contact met opdrachtgevers. Opdrachtgever en uitvoerende spreken samen af hoeveel de klus opbrengt. Degene die het werk uitvoert draagt een deel van de opbrengst af aan de coöperatie. Voor voorbeelden van coöperaties en hoe dat werkt, kijk op: [www.werkconnect.nl](http://www.werkconnect.nl).

BvdL

Als het recht op veiligheid, op voedsel en onderdak, kortom op alle basale menselijke behoeften ontbreekt in een land, hoe is het er dan gesteld met de psychiatrische zorg? Voormalig pvp Welmoet Wels, nu werkzaam in Congo, een Afrikaans land dat in permanente staat van crisis verkeert, gaat in op die vraag met een impressie van haar belevenissen in de hoofdstad Bukavu.

## Land zonder psychiatrische zorg

Een psychiatrische ziekte is erg, maar een psychiatrische ziekte in Afrika, en dan met name in de Congo, is misschien wel erger. Onze Belgische vrienden hebben de Congo veel nagelaten na hun koloniale heerschappij, maar degelijke psychiatrische zorg is er niet één van. Nu kunnen we daar niet te hard over oordelen, want in Europa was de geestelijke gezondheidszorg in de jaren '60 eigenlijk ook nog maar wat aan het aankunnen. Evengoed is de huidige situatie hier in Congo meer dan schrijnend.

Vorige week was ik in één van de arme wijken van de stad, op weg naar een weeshuis. Een man liep over de onverharde weg te zwalken, zijn ogen ongericht heen en weer schietend, met zijn armen zwaaiend en in zichzelf mompelend. En af en toe maakte hij een koprol in de modder. Dan stond hij weer op, en liep door. De mensen wezen, lachten een beetje. Maar ze lieten hem gewoon doorlopen en een bananenverkoopster stak hem een banaan toe. Het was tegelijk triest en ontroerend om te zien hoe deze man, psychotisch waarschijnlijk, geen enkele hulp kreeg en zijn leven leidde op een veel lager niveau dan hij waarschijnlijk zou kunnen bereiken met hulp en medicijnen. Maar hij liep gewoon rond, deed zijn koprollen in de drek, kreeg een banaan en men liet hem ongestoord zijn gang gaan. In deze door oorlog en geweld verscheurde maatschappij, zijn familiebanden en sociale verplichtingen heel sterk. En een beetje gek doen, ach, daar is wel ruimte voor. Geen klagende burens, maar burens die komen helpen vader te kalmeren als hij weer een aanval van schreeuwen heeft. Geen bemoeizorg die vader in een instelling komt stoppen en hem opdringt dat hij ziek is en medicijnen nodig heeft, maar familieleden die komen helpen één keer per maand pa te ontmodderen. Vergeleken met alle moorden, plunderingen en verkrachtingen in het land is in de open lucht kopje duikelen in het regenseizoen toch heel onschuldig?

Maar ondanks die vrijheid, loopt iemand met bijvoorbeeld een psychose of manie hier wel grote risico's. Door jarenlange oorlog en trauma's is de agressiviteit in het algemeen hoog. Mensen koelelen en masse hun woede op vermeende inbrekers door ze in stukken te scheuren of levend te verbranden. Iemand die op straat gek loopt te doen in een buurt waar hij niet bekend is, is verdacht en wordt al gauw slachtoffer van zo'n volkswaede. Daarnaast is

iemand die zich niet helemaal volgens de normen gedraagt, ook een makkelijk slachtoffer voor allerlei misbruik. Een verwarde vrouw, die op het stukje groen bij het kruispunt bij de markt bivakkeerde, werd regelmatig 's nachts verkracht. Een weduwe was ze, haar kinderen door oorlog en ziekte verloren. 's Ochtends werd ze dan gevonden, bloedend. Soms werd ze door een barmhartige Samaritaan meegenomen naar het ziekenhuis, soms niet. Maar telkens keerde ze daar weer terug. Tot ze op een ochtend dood werd gevonden. 's Nachts vermoord. Waarom, wie, niemand die het weet en een onderzoek wordt niet ingesteld voor zo'n geval. Ook het sterke bijgeloof hier brengt grote risico's met zich mee voor alles en iedereen die ongebruikelijk is. Een psychotisch iemand, die rare, onbegrijpelijke dingen zegt, hallucineert, paranoïde wanen heeft – die wordt gemakkelijk gezien als bezeten door een of andere duivel of demon. En dan heb je geen lang leven meer.

Nu werk ik hier niet in de geestelijke gezondheidszorg, laat staan voor de rechten van de patiënt, maar zeker in dat laatste gebied zou er sowieso verdomd weinig werk zijn. In een land waar mensenrechten in het algemeen zo weinig waard zijn, heeft iemand die zelf niet in staat is daarvoor op te komen, al helemaal nauwelijks kansen. Psychofarmaca? Nooit van gehoord. Depressiepraatgroepen? Vergeet het maar. Patiëntenrechten? Een lachertje. Psychiatrische klinieken zijn er wel, en patiënten ook genoeg. Tja, wat wil je in een land dat al 20 jaar door oorlog wordt verscheurd... niet-getraumatiseerde mensen moet je met een vergrootglas zoeken. Maar op de een of andere manier leeft men gewoon door. Gaat naar de markt. Laat zijn kind dopen. Viert feest, danst, zingt, lacht, bidt, werkt en bewondert. En hoopt het nog een dagje te overleven. Een veerkracht waar we in Europa nog wat van kunnen leren.

Welmoet Wels

Bukavu, Democratische Republiek Congo  
Voorheen werkzaam bij de Stichting PVP



## Cliënt behoeden voor kansloze klachten

**In deze rubriek komt een voorzitter van een klachtencommissie aan het woord. Deze keer Hans Akveld, voorzitter van de Klachtencommissie Amsterdam, die klachten behandelt van cliënten van drie grote instellingen in Amsterdam, namelijk GGZ inGeest, AMC De Meren en Mentrum.**

### Wie bent u?

Mijn naam is Hans Akveld. Ik ben al een jaar of acht, negen voorzitter van de Klachtencommissie Amsterdam. Na mijn proefschrift over bezwaar bij orgaan-donatie, werd ik bijzonder hoogleraar in Rotterdam. Sinds mijn afscheid van de universiteit doe ik projecten voor de Nierstichting en zit ik in een aantal raden van toezicht. Ik zat ook in de commissie vertrouwenslieden ggz. Na het vertrek van mijn voorganger werd ik als voorzitter voor deze commissie gevraagd.

### Hoe ziet uw week eruit?

Vrij overzichtelijk. Voor de twee voorzitters van deze commissie ligt het rooster voor een half jaar vast. Bijna standaard zijn de zittingen op maandag. Op andere dagen worden bemiddelingen gedaan en dat laatste gebeurt in toenemende mate. Tussendoor overleg ik regelmatig telefonisch met het secretariaat. Daarnaast staat mijn werk voor de Nierstichting.

### Hoe draait de klachtencommissie?

Goed, de zaak is strak georganiseerd. Zowel de planning als de voorbereiding van zaken gaan zeer zorgvuldig. Dat was al zo toen ik hier kwam en dat hebben we niet slechter kunnen maken. We hebben een stevig aanbod van klachten en dat neemt toe.

### Wat is de belangrijkste taak van de Klachtencommissie?

Flauw, maar wij zijn er voor de behandeling van klachten. De praktische zin leeft heel sterk in deze commissie. Wij zien het aantal bemiddelingen toenemen en als voorzitter vind ik dat goed. We brengen liever partijen bij elkaar. Partijen zijn het meest gebaat bij het behouden van de eigen regie. Als we tijdens de klachtbehandeling ruimte zien voor bemiddeling, dan laten we die kans niet lopen. Het herstel van de gedeukte vertrouwensrelatie staat voorop, vanuit de gelijkheid van partijen.

### Wanneer gaat u tevreden naar huis?

Als ik zie dat partijen, en dan bedoel ik klager en verweerder, zich gehoord voelen. En ook als de commissieleden participeren en het tijdens de zitting niet uitsluitend overlaten aan de voorzitter. Wie zich serieus genomen weet, kan beter leven met de uitkomst, ook als men geen gelijk heeft gekregen. Dat geldt voor klager en aangeklaagde.

### Uw collega, Bob de Hon van klachtencommissie De Bascule, stelt u de vraag welk soort klachten uw commissie behandelt en van welke leeftijdsgroepen.

Natuurlijk krijgen we heel veel vrijheidbeperkende zaken, klachten over onvrijwillige medicatie en separatie. Het gaat om een flink percentage, meer dan vijftig procent zelfs. Verder zijn er ook veel bejegeningkwesaties, in alle vormen. We zien geen oververtegenwoordiging van bepaalde groepen en ook niet dat bepaalde groepen weinig over de drempel komen, zoals ik uit eigen ervaring met de klachtencommissie in de verplegings- en verzorgingssector weet. Ouderen, kinderen, ambulante en klinische patiënten weten ons allemaal te vinden. Overigens is de toegankelijkheid ook afhankelijk van de ondersteuners. De pvp'en kunnen heel bepalend zijn voor de toestroom van klachten.

### Ziet uw commissie effecten van de terugdringing van drang en dwang?

Zeker. Aan andere kant vertekenen ernstige incidenten het zicht op de werkelijkheid. Die is niet zoals de politieke reactie suggereert. De commissie heeft de overtuiging dat hulpverleners zeer consciëntieus omgaan met vragen van dwang en drang. Het is onze inzet dat klagers en verweerders zich herkennen in onze uitspraken en niet de indruk krijgen dat de commissie vanaf Mars oordeelt over hoe de zorg in de Amsterdamse regio georganiseerd is.

### Hoe ziet u de rol van de pvp?

Het is een idealistisch beeld en ook een menselijke gedachte van de pvp om naadloos aan te sluiten bij de cliënt. Toch rijdt ik wel eens naar Amsterdam met de gedachte: "Deze klacht leidt tot niets". Het huidige reglement kent niet de mogelijkheid van een 'kennelijk ongegrond'. Dat zou wel moeten kunnen als een zaak echt kansloos is. Niet eens vanwege tijdverspilling, maar vooral om cliënten te behoeden voor teleurstelling. Het is een onderwerp waar we al heel lang over praten om het reglement op dat punt aan te passen. Daarmee pak je de cliënt niets af.

Kijk, de betrokkene zit vaak in een positie waarin hij voor zijn gevoel al ongelijk heeft gekregen. Een kansloze klacht levert dan alleen maar een nieuwe tik op. Een pvp kan iemand daarvoor ook behoeden, zonder in de omgekeerde rol te kruipen van de persoon die vertelt wat het beste is. Dat vereist lef, ruimte in het hoofd van de pvp, maar ook ruimte bij de organisatie van de pvp'en.

### Juridiseren

Ik ben jurist maar niet de profeet van het juridiseren. Voordat iemand tegen zijn zin opgesloten zit is die meestal al door een juridisch traject gegaan. Bij de behandeling van een klacht probeer ik een huiskamer in te richten om te bespreken wat cliënt en behandelaar verdeelt, ook als het om de toepassing van regels gaat. Maar basale problemen liggen niet op het niveau van wetsbepalingen. Opvallend is soms de neiging van de pvp te juridiseren, in een verweerschrift of in een pleitnota. De vraag is of dat het ontbrekende stukje is voor de cliënt. Bij mijn aantreden miste ik dat niet. Bij alle dramatiek probeert de commissie altijd een gesprek op gang te brengen over wat er aan de hand is. En als commissie zijn we heel goed in staat om zelf verwijzingen naar bepalingen bij een verhaal te zetten. Ik heb de omslag vanuit Utrecht gezien, ongeveer drie jaar geleden. Ik vraag me wel eens af wat de beleving is van de cliënten die wij ook aan tafel zien. Over drempels en onbereikbaarheid gesproken! Ik zou zeggen, probeer zo dicht mogelijk bij de beleving van de cliënt te blijven. En probeer vertrouwen te hebben, ook in de relatie tussen cliënt en behandelaar.

### Doorlooptijden?

Ik heb daar sinds mijn aantreden aandacht voor. Aan achterstanden wordt hard en toegewijd gewerkt en het secretariaat is uitgebreid. Wat mij betreft moet het moment tussen klacht en uitspraak niet langer dan veertien dagen duren. Al was het maar uit mededogen met de voorzitter, want daarna verlies ik de nabijheid tot een klacht. Al geruime tijd spreken we in de commissie over het bekorten van de doorlooptijden. Het is een punt van aanhoudende zorg.

### Aan wie wilt u het stokje doorgeven en welke vraag zou u aan deze voorzitter willen stellen

Aan de voorzitter van de klachtencommissie Rotterdam.

Als de fase van klachtbehandeling is bereikt, laat de klachtencommissie Rotterdam dan de kans op bemiddeling verder schieten en hoe kijkt u aan tegen de schijnzekerheid van juridiseren?

BH



Hans Akveld: "Aan mijn huiskamertafel geen gejuridiseer"

Bij de klachtencommissie kunnen cliënten om een oordeel vragen over een situatie of beslissing waar ze het niet mee eens zijn. De commissie bekijkt de zaak grondig en verklaart de klacht gegrond, ongegrond of deels gegrond. Hieronder volgt een bespreking van een klachtzaak.

## ECT onder dwang?

Een cliënt is opgenomen met een rechterlijke machtiging. Volgens zijn behandelaar gaat het niet goed met hem. Hij vindt dat de behandeling met medicatie Clozapine onvoldoende effect heeft. Er zou daardoor sprake zijn van uitzichtloos lijden en een langdurig verblijf bij de kliniek zou noodzakelijk zijn. Daarom wil de behandelaar onder dwang gaan behandelen met Electro Convulsie Therapie (ECT). Vroeger heette dat elektroshocktherapie. De cliënt wil geen behandeling met ECT. ECT vindt altijd plaats onder narcose. De cliënt is bang voor de narcose. Dat heeft te maken met ervaringen uit het verleden. Wel is hij bereid medicatie te blijven gebruiken. Bij de klachtencommissie dient hij een klacht in tegen het plan hem onder dwang te gaan behandelen met ECT.

De klachtencommissie constateert dat de cliënt al lange tijd lijdt aan een psychiatrische stoornis en vindt dat er daarom redenen zijn voor een behandeling met medicatie. Ook constateert de commissie dat de behandeling met medicatie tot nu toe niet tot het gewenste resultaat heeft geleid.

De commissie heeft er om die reden begrip voor dat de behandelaar denkt aan het starten van een ECT. De commissie vindt ook dat de behandelaar de cliënt eerst moet proberen te behandelen met tenminste twee andere soorten antipsychotische medicatie dan Clozapine, voordat hij kan denken aan een dwangbehandeling met ECT. Zij vindt dat de behandelaar onvoldoende aannemelijk kan maken dat dit ook is gebeurd. Daarnaast vraagt de commissie zich af of het starten van een dwangbehandeling met ECT bij deze cliënt in deze situatie niet buiten proportie is. Is het onder dwang toepassen van ECT niet een te zwaar middel? Ten slotte stelt de commissie vast dat de cliënt zich realiseert dat het afzien van een behandeling met ECT waarschijnlijk zal leiden tot een langere opname, maar dat de cliënt daar de voorkeur aan geeft boven de voorgenomen ECT-behandeling. De commissie verklaart de klacht **gegrond**.

AdM

## PVP-krant zoekt ervaringen met ECT

Voor een artikel in de PVP-krant zijn wij op zoek naar mensen die ervaring hebben met Electro Convulsie Therapie (ECT). We willen graag in contact komen met mensen die zo 'n behandeling (hebben) ondergaan, maar ook met hulpverleners die de behandeling toepassen. Werkt het? En wat valt er te zeggen over bijwerkingen? En heeft u ervaring met het toepassen van ECT onder dwang? Laat het weten via uw pvp, direct aan de redactie via [redactie@pvp.nl](mailto:redactie@pvp.nl) of via het adres F.C. Dondersstraat 9, 3572 JA Utrecht. U kunt ook contact opnemen met de Helpdesk PVP, 0900-444 8888.

## Twee biertjes

Dinsdagochtend, half 11. Ik heb net een bezoek gebracht aan de open afdeling wanneer mijn mobiele telefoon begint te rinkelen. In het schermje staat "privé-nummer belt". Ik neem op. "Ja, met Suze. Het is heel ernstig en ik heb u dringend nodig kunt u nu meteen langskomen?", hoor ik iemand zeggen. Ernstig? Dringend? Klinkt als een noodgeval! Ik spreek af dat ik meteen naar haar toekom. Zo gezegd, zo gedaan. Vijf minuten later bel ik aan bij Suze en neemt ze me mee naar haar kamer in het huisje dat ze deelt met drie anderen.

Suze steekt meteen van wal en vertelt over haar behandelplan waar ze het absoluut niet mee eens is. Het is toch raar dat anderen dingen wel mogen die zij niet mag van de dokter. Ik vraag haar wat er dan precies in het behandelplan staat waar ze het niet mee eens is. "Ik mag geen alcohol drinken", is haar antwoord. En zoals blijkt uit het gesprek was Suze het daar in eerste instantie wel mee eens, maar nu, heel wat jaren later, is ze dat niet meer. Toegegeven, de reden voor opname destijds was haar alcoholprobleem. Suze vertelt dat ze heel veel moeite had met maat houden. "Als ik een biertje op had, vond ik dat zo lekker, dan volgden er nog meer". Maar zoals gezegd is dat alweer jaren geleden en nu wil ze graag bewijzen dat ze wel degelijk maat weet te houden. We praten nog even verder, want er zijn toch nog een aantal dingen die ik wil weten. Zoals: heeft Suze dit bijvoorbeeld zelf al eens met de behandelaar besproken en wat was zijn reactie. Suze vertelt: "Ik heb het al vaak gevraagd, maar hij vindt het niet verstandig. Hij denkt dat ik het niet kan en ik denk dat ik het wel kan. En dat wil ik bewijzen, want twee biertjes op een dag vind ik toch wel erg lekker". We spreken af dat ik de behandelaar opbel om een afspraak te maken voor een driegesprek, waarin we Suze's wens bespreken.

Twee weken later vindt het gesprek plaats. De behandelaar hoort het verhaal van Suze aan. "Ja, als jij dat wil Suze, kan ik je niet tegenhouden. Je bent vrijwillig opgenomen en ik kan je niet dwingen iets te doen wat jij niet wil. Maar ik heb het al eerder gezegd: ik denk niet dat het verstandig is gezien je verleden." Precies de reactie die Suze me had voorspeld. Suze vertelt de behandelaar dat ze gewoon een kans wil om te bewijzen dat ze wel maat kan houden. Na wat heen en weer gepraat wordt uiteindelijk de afspraak gemaakt dat Suze twee weken lang gaat proberen om slechts twee biertjes op een dag te drinken. De volgende dag gaat



'Twee biertjes op een dag vind ik toch wel erg lekker'

die periode in. Suze heeft vanochtend namelijk nog een Refusal pilletje ingenomen. Als ze vandaag al zou beginnen met de twee biertjes zou ze erg ziek worden. Alcohol en Refusal gaan namelijk niet samen. Na twee weken zal de behandelaar samen met Suze kijken naar hoe het is gegaan. Gaat het goed, dan blijft de afspraak staan, gaat het niet goed, dan gaat ze weer aan de Refusal. Suze stemt hiermee in. Voordat we weggaan vraagt ze nog wel aan de behandelaar of hij de afdeling wil bellen en de verpleging wil zeggen dat ze vanaf morgen geen Refusal meer hoeft te nemen voor twee weken. De behandelaar belt meteen op en geeft de gemaakte afspraken door aan de verpleging.

Na handen geschud te hebben loop ik met Suze de deur uit. Buiten gekomen kijkt Suze me met een grote grijns op haar gezicht aan. "Lekker, kan ik weer twee biertjes op een dag drinken. Ik ga meteen naar de supermarkt biertjes halen voor de komende dagen. Bedankt voor al je hulp, hoor", roept ze me nog na. Proost, Suze!

SJ



# Koning?

Op een gesloten afdeling ben ik op zoek naar een cliënt die mij met enige regelmaat zaken voorlegt waar hij zich zorgen over maakt. Meestal betreft het zaken die hem niet snel genoeg verlopen. Vrijheden, ja, op termijn, maar het is morgen Ramadan! Overplaatsing naar elders, graag, maar hoe lang moet dat nog duren? Navraag bij verpleegkundigen levert voor mij nieuwe informatie op. Cliënt werkt op een zorgboerderij en daar is hij nu. Het is dus in ieder geval gedeeltelijk gelukt met de vrijheden en de wens van cliënt is wat dat betreft gehonoreerd. Fijn.

Ondertussen word ik al weer een poosje gadegeslagen door een cliënte die ik gelijk herken van een aantal jaren geleden. Ze sliep destijds in het park in mijn toenmalige buurt. Ik kwam er veel op mijn vrije dag. Hoe heet ze ook weer? "Ik wilde je nog even bedanken" zo opent ze het gesprek, gevolgd door een wat achterdochtig "ken je me eigenlijk nog?". Ik ken haar nog. Gesprekken met haar komen boven, hoe ze daar zat in dat park met andere mensen die ook niet over reguliere huisvesting beschikten. Nog steeds kan ik me haar voornaam niet herinneren. Ze heeft een bijzondere achternaam. "Ik had je gisteren nog willen bellen" zo vervolgt ze "maar het is eigenlijk al weer opgelost". Mooi. "Maar waar ik je dus voor wil bedanken is je rust. Dat ik mijn verhaal kon doen waar je naar luisterde zonder te oordelen. Iedereen hier heeft altijd een mening over mij en dan gaat de borderliner in mij het gesprek gelijk weer overnemen, ga ik mijn soms onhandige keuzes verdedigen en voordat ik het weet heb ik weer ruzie met iemand of met een hele afdeling. Jij deed dat nooit, een mening over mij uitspreken. Jij leefde met mij mee, gaf me de tijd om hardop mijn gedachten te ordenen en aan het einde van het gesprek wist ik vaak wat me te doen stond. Ik voelde me gehoord bij jou, jij zag me als mens, niet als manisch, als borderliner, als verslaafde, als overlastveroorzaker. In de afgelopen jaren ben jij één van de weinigen met wie ik geen ruzie gemaakt heb." Ik word er helemaal stil van. Hoe vaak gebeurt het nou dat iemand zo helder kan communiceren en zo in staat is om naar zijn of haar eigen aandeel in een contact te kijken, en naar het aandeel van de ander daarin. Hoe vaak krijgen we een compliment voor onze manier van werken, voor onze functie, voor onze manier van zijn?

Mede naar aanleiding hiervan denk ik over de term ziekte-inzicht. In mijn werk is het één van de meest voorkomende begrippen bij de onderhandeling over medicatie. Ziekte-inzicht, of meestal, het gebrek hieraan bij cliënten volgens hun behandelaar. Bij de cliënte van vandaag zal het ongetwijfeld zo werken dat zij, als ze niet overweg kan met iemand, ook niet zal erkennen dat ze (soms) manisch is. Ik vraag me wel eens af of het zou helpen als aan cliënten standaard gevraagd zou worden wat zij zelf als lastig of problematisch ervaren als ze eerst ook ruimte krijgen om op verhaal te komen. Zich gehoord en gezien voelen.

Ik geef de cliënte op haar verzoek mijn kaartje en vervolg mijn rondje over de afdeling. Ik arriveer bij een cliënt die mij gebeld heeft. Hij mag van de psychiater niet naar de begrafenis van zijn overleden buurman. Cliënt draag een felgekleurd lapje over één oog. Beelden van clowneske piraten verdring ik met succes naar de achtergrond. Ik informeer naar zijn gezondheid in de hoop iets over het lapje te vernemen. Zijn gezondheid is uitstekend. Ik vraag waarom hij niet naar de begrafenis van zijn buurman mag. Vanwege het lapje. De psychiater was er bezorgd over, hij vreesde dat men dit als niet respectvol zou kunnen ervaren op die begrafenis. Op mijn vraag wat cliënt daar zelf over denkt antwoordt hij dat buurman wel van een geintje hield en het had kunnen waarderen. Ik vraag waarom hij het ooglapje draagt, voor zover ik weet mankeert er immers niets aan zijn ogen?

"Ach, weet je, ze lopen hier allemaal met oogkleppen op. Ze zien de zaken zoals zij ze willen zien. Ik dacht ik neem ook een soort oogklep, een ooglapje in mijn geval. Maar dan niet zo somber zwart en hard zoals piraten of mensen die een oog missen. Een vrolijk kleurtje, zodat mensen zich afvragen wat het is. Nee, ik wil het niet afdoen. Ik wil het pas afdoen als ik er klaar mee ben. Als ik er voor kies om

het af te doen. Soms draag ik ook een kroontje, gewoon, omdat ik dat mooi vind. Vinden ze ook heel gek. Kinderen verkleden zich toch ook graag? Nou dan! Waarom zou je daar als volwassene mee ophouden?"

Ik mag geen contact opnemen met de psychiater "want dan trekt ze mijn vrijheden misschien helemaal in!" Cliënt vertelt dat hij gewoon gaat, "ik ben toch geen kleuter?" Ik veronderstel dat het lapje, al dan niet in combinatie met de kroon voor de psychiater een manie symboliseert. Dat men zich wellicht afvraagt wat er verder nog van de aanwezigheid van deze cliënt op de begrafenis te verwachten is, voornamelijk in voor de overige aanwezigen negatieve zin. En dat ze cliënt en anderen hiertegen wil beschermen door hem geen toestemming te geven daar naar toe te gaan. Maar hoe verhoudt zich dat dan met de drie uur vrijheden per dag die deze cliënt heeft? Goed, ik zal de wens van deze cliënt uiteraard respecteren en geen contact opnemen met de psychiater hierover. Ineens herinner ik me weer de voornaam van de cliënte van daarvoor. Tamara. Tamara Cycloop. In het land der blinden is eenoog....

MP



## Colofon

De PVP-krant is een uitgave van de Stichting PVP. De Stichting PVP geeft cliënten van de zorg advies, informatie en ondersteuning bij de handhaving van hun rechten. De PVP-krant wil cliënten en geïnteresseerden informeren over het werk van de Stichting PVP, over (juridische) ontwikkelingen op het gebied van patiëntenrechten en belichten hoe patiëntenrechten in de praktijk al dan niet vorm krijgen. De PVP-krant verschijnt vier keer per jaar.

Voor informatie over de Stichting PVP: Stichting PVP, F.C. Dondersstraat 9, 3572 JA Utrecht. Bij vragen en klachten over de ggz: Helpdesk PVP, T 0900-4448888

Deze PVP-krant werd geschreven door: Sieke van Boxtel  
Henk van Dijk  
Jan-Willem van Drunick  
Paul Geurts  
Ariane de Geus  
Bernard Hulsman  
Susanne Jonkers  
Ronald de Koster  
Henriëtte van der Laan  
Jeanne van der Leij  
André de Mol  
Marianne Peters  
Anda Verlinde  
Alien Voorintholt  
Perdita bij 't Vuur

Foto's: Carla Andringa  
Ariane de Geus  
Bernard Hulsman  
Jeanne van der Leij  
Michelle van der Tier  
Stockfoto's

Druk: TGO ontwerp reclame drukwerk, Uden

Oplage: 7.500

ISSN 1380-1996

Overname van artikelen en illustraties is uitsluitend toegestaan met bronvermelding. Reacties en ingezonden brieven zijn van harte welkom bij de redactie via [redactie@pvp.nl](mailto:redactie@pvp.nl). We kunnen uw brief weigeren, aanpassen of inkorten.

Beeldredactie: Ariane de Geus

Eindredactie: Perdita bij 't Vuur

Mmv: Frans Kootstra (cartoon)  
Bep van der Lee (Europsey)  
Michelle van der Tier (Europsey)  
Welmoet Wels (column)

 PVP krant 1

In de volgende PVP krant onder meer:

- Artikel over bemoeizorg
- Vraag het de Voorzitter

PVP krant 1 verschijnt maart 2010