

Bolwerk

nummer 22 winter 2010

JOOST VIJSELAAR

Het gesticht

Enkele reis
of retour

Vrijwillig separeren?!

De gevaren van sommige medicijnen

Psychiatrie is overal en nergens

Gratis infomagazine voor cliënten van Arkin

Onder Arkin vallen: Inforsa, Jellinek, Mentrum, Novarum, NPI, PuntP, Roads, Spedeisende Psychiatrie Amsterdam en Psydon



In dit nummer:

- 3 *Redactioneel*
- 4/5/6 *Vrijwillig separeren: verschillende reacties – discussie*
- 7 *Klokkenluidersregeling – redactioneel onderzoek*
- 8/9 *Metabole stoornissen – onderzoek*
- 9 *Contact – poëzie*
- 10 *Het gesticht, enkele reis of retour – boekrecensie*
- 11 *Voorkomen van terugval – projectplan*
- 12 *Psychiatrie is overal en nergens – persoonlijke ervaring*
- 13 *Psychebo – column*
- 14 *Woorden als rook – kort verhaal*
- 15 *Oproep en aankondigingen*
- 16 *Een krachtige vuist - verhaal*

Gezocht: nieuwe 'Bolwerkers'

Bolwerk zoekt correspondenten en fotografen. Wil je (eens) een bijdrage aan ons blad leveren, in de vorm van tekst of beeld, neem dan contact op met de redactie. We zijn hard op zoek naar mensen die met enthousiasme aan de slag willen.

Schrijfervaring is mooi meegenomen, eigen ervaring met de psychiatrie een pré, affiniteit een vereiste!

Meer weten?

Mail:
bolwerkredactie@gmail.com
Of bel: 06-26240115

Cliëntenraad Arkin en andere belangrijke adressen

Cliëntenraad Arkin

Bezoekadres:
Westermarkt 6
1016 DK Amsterdam
Postadres:
Postbus 75848
(hp 23)
1070 AV Amsterdam
clientsraad@arkin.nl

Contactpersonen Cliëntenraad

Emile Verstege 06-11381043
emile.verstege@arkin.nl
Monique Overdijk 06-11381044
monique.overdijk@arkin.nl

Klachtencommissie cliënten

M. Sprey
Postbus 74077
1075 BG Amsterdam
020-7885140
klachtencie@ggzingeest.nl

PatiëntenVertrouwensPersoon

Bernard Hulsman 06-33648965
b.hulsman@pvp.nl
Eddy Raymann 06-55912361
e.raymann@pvp.nl
Marianne Peters 06-15566737
m.peters@pvp.nl
Marga van Wiggen 06-48981142
m.van.wiggen@pvp.nl

Stichting PVP helpdesk
0900-4448888

Geestelijke verzorging

emin.baydemir@arkin.nl 06-46728517
ben.de.boer@arkin.nl 06-55368509
renee.everard@arkin.nl 06-11092621
adem.kose@arkin.nl 06-21420195
kees.kooij@arkin.nl 06-11300762
evelien.van.melle@arkin.nl 06-50277641
Mirjam.röhling@arkin.nl 06-52653901
selma.de.vries@arkin.nl 06-25225917
josephine.van.balen@arkin.nl 06-52008421

Informentaal

Voorlichting Arkin
2^e Constantijn Huygensstraat 39
1^e etage
1054 CP Amsterdam
020-5904600
www.informentaal.nl

Bolwerk

Is een driemaal per jaar verschijnende uitgave van Cliëntenraad Arkin. Onder Arkin vallen: Inforsa, Jellinek, Mentrum, Novarum, NPI, PuntP, Roads, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam en Psydon. Bolwerk heeft als doel het informeren van cliënten over het werk van de raad. Tevens wil Bolwerk een platform bieden.

Redactie:

Toon van der Aa
Carmen Espinosa
Sebastiaan Koning
Lydia van der Weide
(hoofd- en eindredacteur)
Vincent Werner
Bart van Woudenberg

De redactie van Bolwerk werkt nauw samen met Nieuwsbrief

Aan dit nummer werkten verder mee:

André Calis
Helen Eikenaar
Olga de la Fontaine
Ronald de Hoogh
Bart Keijzer
Maria Kloppenburg
Nick Scholz

Redactieadres:

bolwerkredactie@gmail.com

Opmaak:

Roland Rutgers

Druk:

Drukkerij Trepico b.v.
Hooglanderveen

Oplage:

1320 exemplaren

Cover:

Voorkant van het boek *Het Gesticht, enkele reis of retour*, van Joost Vijselaar, Uitgeverij Boon, 2010

iPad of levensveranderende medicijnen

Op de voorkant van deze Bolwerk de cover van het boek *Het Gesticht - enkele reis of retour*, waarover u verderop in dit nummer een recensie kunt lezen. Het boek blikst terug op de psychiatrie in de jaren 1890 tot 1950. Bijzonder interessant, maar ook beklemmend: wat een misstanden waren er indertijd. Behandelingen als elektroshocktherapie of patiënten langdurig (lees: maandenlang) in een lauw bad houden waren toen heel gebruikelijk. Gelukkig zijn de tijden veranderd. Niet alleen is er veel meer inzicht in wat er daadwerkelijk speelt bij psychiatrische stoornissen en is er medicatie voorhanden die helpt, ook heeft de patiënt, nu als cliënt, veel meer rechten en veel meer inspraak in zijn behandeling. Maar dat er nog altijd veel werk aan de winkel is, blijkt wel uit verscheidene stukken in deze Bolwerk. Zo stelt Carmen Espinosa, auteur van het artikel over metabole stoornissen dat cliënten nog (veel te) vaak niet voldoende worden voorgelicht en niet op de hoogte worden gebracht van de risico's die hun medicijnen veroorzaken. Immers, veel medicijnen, zoals de tweede generatie antipsychotica, hebben veel bijwerking die erg schadelijk kunnen zijn. Zelf vraag ik mij vaak of er wel voldoende geïnvesteerd wordt in onderzoek naar bijwerkingarme medicijnen. Het antwoord daarop is mijns inziens ongetwijfeld: nee. We leven in een wereld waar geld de hoofdrol speelt, en er valt immers veel meer te verdienen aan innovaties van de technologische gadgets zoals de iPad, die in de laatste tijd steeds vaker in het straatbeeld opduikt, dan aan levensveranderende medicijnen. Tragisch. Iets anders waar cliënten tegenaan kunnen lopen zijn ingewikkelde procedures om tot een zinvolle dagbesteding te komen. Olga de la Fontaine vindt het tijd voor een

krachtige vuist – zie haar stuk over het Ciz, het Centrum indicatiestelling zorg. Verder in dit nummer aandacht door Toon van der Aa aan het ontbreken van een goede klokkenluidersregeling, ook bij Arkin. Een kwalijke leemte, want zolang hier niet in wordt voorzien, worden cliënten niet voldoende beschermd. Centraal in dit nummer staan reacties op het artikel over (zogenaamde) *vrijwillige separatie* van Helen Eikenaar uit het zomer/najaarnummer van Bolwerk. Binnen de redactie leidde haar stuk tot veel discussie en we hebben verschillende personen en instanties om reactie gevraagd. Dat het een lastig, ingewikkeld onderwerp is, blijkt niet alleen uit het feit dat lang niet alle betrokkenen ons antwoordden, maar ook uit de behoudende reacties van zij die dat wél deden. Evengoed dank aan ieder die een bijdrage leverde aan de discussie. Wij hopen dat dit een vervolg zal krijgen. Kortom, de weg naar een ideale situatie binnen psychiatrische instellingen is nog lang. Maar de trein dendert voort en wij laten af en toe een luid signaal klinken in de hoop de medische wereld wakker te houden.

Veel leesplezier namens de hele redactie!

Lydia van der Weide
Hoofdredacteur Bolwerk

Discussie

‘Vrijwillig

bestaat het? En (hoe) moet visies en meningen.

In de vorige Bolwerk (nr. 21, blz.7) stond een stukje van Helen Eikenaar over ‘vrijwillig isoleren’, en een reactie daarop van de Cliëntenraad. Gezien het belang van het onderwerp hebben we commentaar gevraagd aan andere personen en instanties. Hieronder eerst de bewuste stukken opnieuw. Daarna de reacties van de geneesheer-directeur van Arkin, van de hier gestationeerde Patiëntenvertrouwenspersonen en van de Naastbetrokkenenraad. Vervolgens een reactie daarop van Helen Eikenaar en tenslotte enkele opmerkingen van ons als redactie. Reacties zijn meer dan welkom, van wie dan ook, en worden doorgegeven aan alle bovengenoemden. Bolwerk, Westermarkt 6, 1016 DK Amsterdam; Bolwerkredactie@gmail.com.

Het oorspronkelijke stuk:

Geheime vrijheidsberoving: vrijwillig isoleren bestaat niet!

Sinds kort heeft Arkin een nieuw registratiesysteem: Argus. Dit is een veel uitgebreider systeem dan vroeger werd gehanteerd. Een van de dingen die je ermee kunt registreren is of iemand gesepareerd of geïsoleerd wordt. Dit hoeft echter niet geregistreerd te worden wanneer iemand instemt met zijn of haar separatie. Dat wordt ook wel vrijwillige isolatie genoemd.

Er is een aantal gevallen waarin sprake is van vrijwilligheid. Wanneer er in het handelplan zogenaamde afspraken staan, bijvoorbeeld. Zoals: ‘We spreken af dat jij, als je weer blowt, de separeer ingaat.’ Dit zijn eenzijdig gemaakte afspraken. De cliënt heeft geen keuze en zit tegen zijn wil vast in een ruimte die veel weg heeft van een koelcel. Het kan ook zijn dat iemand daadwerkelijk instemt met de separatie.

Maar ik zou zeggen dat de deur dan gewoon open zou kunnen blijven. Anders is het niet vrijwillig meer! De isoleer is en blijft een lege, kale ruimte en je kunt er niet uit als je je toch bedenkt. De deur blijft dicht en je bent opgesloten. Daarom denk ik dat het beter is om niet meer te praten over vrijwilligheid in dit soort situaties. Het is een farce, een tegenstrijdigheid: vrijwillige dwang. Het bestaat simpelweg niet.

**Naastbetrokkenenraad:
‘Vrijwillige separatie’ klinkt
ons gevaarlijk in de oren.**

Dan dit over de registratie. Het idee heerst dat je, om te isoleren, een isoleercel nodig hebt. Beveiligde kamers – leeg met een vaststaand bed – of eigen kamers tellen niet

mee. Dus iemand kan worden opgesloten in een BVK, terwijl de douche en toilet daar zijn afgesloten. Er is dan eigenlijk geen verschil meer met een ordinaire isoleercel, sterker nog, het is precies hetzelfde. Een lege kale ruimte die gestript is van enige afleiding of aardigheid. Ook opgesloten worden op je eigen kamer kan betekenen dat je gesepareerd wordt. Er zijn kamers (in de eerste Constantijn Huygensstraat zijn alle kamers zo) die helemaal leeggehaald kunnen worden. Wat je overhoudt is niet minder dan een heuse isoleercel. Beide manieren van separeren komen niet als zodanig in de Argus. Dat is wel een leerpunt want het zijn en blijven separaties en zo horen ze dan ook te worden geregistreerd, net zoals vrijwillige separaties.

Helen Eikenaar

separeren':

het geregistreerd worden? Verschillende

Reactie van de Cliëntenraad, voorzitter Sopa Bouman:

Vanaf het moment dat de Raad van Bestuur heeft aangekondigd dat het separeren naar nul gebracht zou worden, heeft de Cliëntenraad (CR) aangegeven zorgen te hebben over het verschuiven van separeren naar andere vrijheidsbeperkende dwangmaatregelen. Hiermee verander je de cultuur op de afdeling niet. In die zin sluit de CR zich aan bij Helen. Als CR vinden we het belangrijk dat er goede evaluaties blijven plaatsvinden, na elke vorm van dwang en dat er reflectiemomenten zijn tussen hulpverlener en cliënt en tussen hulpverleners onderling. Door met elkaar te reflecteren met bijvoorbeeld behulp van een Moreel Beraad, wordt er vanuit meerdere perspectieven gekeken naar een ethisch dilemma. Het Ethisch Expertise Centrum is getraind om een Moreel Beraad te leiden binnen Arkin.

Reactie Erik Beijaert, geneesheer-directeur van Arkin:

In het kader van het project Dwang Bedwingen zijn we in Arkin met zijn allen hard aan het werk om het separeren (insluiten in een zeer beveiligde separeerruimte) en andere vormen van dwang te verminderen. Soms zijn toch alle alternatieven uitgeput en wordt er vanwege gevaar op een afdeling tot een vrijheidsbeperkende maatregel besloten. Op zo'n moment probeert men de minst ingrijpende maatregel toe te passen. Dan is afzondering (=insluiten op afzonderingskamer of beveiligde kamer) of insluiten op de eigen kamer vaak minder erg dan separeren (in de isoleer/separeercel dus).

We registreren nu met het Argus-systeem. Dat is een verbetering; het gebeurt nu preciezer dan vroeger. Alle vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen en gedwongen

medicatie worden nu geregistreerd, dus ook een kamerprogramma op de eigen kamer; die registratie geldt eveneens voor vrijwillige separatie. Weten wat je doet is van belang als je de manier van werken wilt veranderen. De Inspectie controleert de dwangmaatregelen van Arkin. We hebben nu een meldingsplicht ten aanzien van separatie, afzondering en medicatie. De inspectie gaat via de Argus-registratie voor alle instellingen het uitgebreidere melden verplicht stellen.

Vrijwillige separatie: ik denk dat het wel bestaat maar niet vaak zal voorkomen. Als een cliënt geen keuze heeft is het dwang en dan moet je daar ook duidelijk over zijn. De vrijwilligheid neemt toe naarmate er meer keuzemogelijkheden geboden worden. Dit is dus een belangrijk onderwerp om met cliënten en medewerkers te bespreken om zo bij te dragen aan dwang bedwingen in Arkin.

Reactie Patiëntenvertrouwenspersonen:

Op verzoek van de redactie wil ik reageren op het artikel over separatie/afzondering in Bolwerk nr. 21. Of een separatie op de (al dan niet gestripte) kamer of in een isoleer/separeer(cel) plaatsvindt maakt mijns inziens ten aanzien van de vraag over vrijwilligheid en registratie niet zo veel uit. Ook de vraag of de deur van de isoleer/separeer/kamer open of dicht blijft vind ik minder relevant.

Mijns inziens gaat het enkel om vrijwilligheid of instemming. Op het moment dat een cliënt kenbaar maakt of aangenomen mag worden dat hij/zij geen separatie/isolatie/afzondering wil dan dient dit als zodanig geregistreerd te worden. Er is dan sprake van dwang, van het opleggen van een beslissing van een psychiater en/of een behandelteam om iemand op te sluiten tegen zijn wil. En

dwang dient geregistreerd te worden. Dus ook bij een opgelegd kamerprogramma.

Omdat het een heikel punt lijkt te zijn nog iets meer over vrijwillige separatie of isolatie. Ik heb meerdere malen meegemaakt dat cliënten zelf vroegen om separatie/isolatie. Juist met de deur op slot. Ze wilden zich veilig voelen op een plek waar de buitenwereld hen niet zou kunnen bereiken, en soms was de separeer een middel om tot rust te komen als mensen angstig waren. In hun behandelplan was opgenomen dat zij daar zelf om konden vragen. Volgens mij, als PVP, zou dit ook het uitgangspunt moeten zijn: zoveel mogelijk tegemoet komen aan de wens van de cliënt die aanvoelt hoe hij zijn eigen zorgproces vorm zou willen geven.

Vrijwillige dwang bestaat niet. Maar vrijwillige separatie bestaat (of in ieder geval bestond) wél, en werkt(e) soms zelfs voor mensen die hiervoor een bewuste keuze maakten en wellicht nog steeds maken. Soms werkt iets ook als het géén bewuste of zelfgemaakte keuze is. Maar juist in dat soort situaties dient mijns inziens duidelijk in kaart te worden gebracht dat het dwang is, dus niet de keuze van de cliënt noch met instemming van de cliënt.

Wat het afzonderen/isoleren/separeren op de 'eigen' kamer betreft is er nog een ander punt. Er zijn cliënten voor wie het heel onveilig voelt dat hun kamer gestript kan worden en dat de deur op slot gaat op het moment dat de behandelaar dat nodig acht. Het gevoel van die kamer als veilige en eigen plek verdwijnt dan. Ook in dit geval lijkt het me wenselijk om hierover in overleg te gaan met een cliënt. Als afzonderen/isoleren/separeren nodig geacht wordt, waar zou dit dan het beste plaats kunnen vinden: op

de eigen kamer of juist niet? Het mee laten denken van de cliënt in zijn eigen behandeling en indien mogelijk de cliënt hierbij een beslissende stem geven blijft voor mij voorop staan. Ook al zijn sommige cliënten en behandelaren het over een aantal zaken niet met elkaar eens, dat laat onverlet dat het streven zou dienen te zijn om te trachten zoveel mogelijk overeenstemming te bereiken.

Marianne Peters, mede namens Marga van Wiggen, Bernard Hulsmann en Eddy Raymann, patiëntenvertrouwenpersonen onder andere voor Arkin.

Reactie van de Naastbetrokkenenraad:

De Naastbetrokkenenraad deelt de zorg van de Cliëntenraad dat andere vormen van dwangmaatregelen in de plaats kunnen gaan komen van separatie. Uiteraard kunnen we ons voorstellen dat een cliënt zelf aangeeft het prettig of nodig te vinden voor bepaalde tijd in een prikkelarme omgeving te verkeren. We kunnen ons eveneens voorstellen dat een cliënt in zijn/haar behandelplan heeft laten opnemen dat hij/zij in een bepaalde situatie tegen zichzelf beschermd wil worden. Bovenstaande situaties vinden wij echter niet logischerwijs wijzen op vragen om separatie. Het lijkt ons goed in elke situatie opnieuw de vraag te stellen welke andere middelen nog beschikbaar zijn om gevaar af te wenden, ook als de cliënt die zelf niet meer kan bedenken.

'Vrijwillige separatie' klinkt ons als gevaarlijk terrein in de oren. Want wat het woord 'vrijwillig' betreft is moeilijk na te gaan hoeveel druk de cliënt van buitenaf heeft ervaren om te komen tot zijn/haar 'vrijwillige' keuze. Wat het begrip 'separatie' betreft, verstaan wij hieronder altijd een dwangmaatregel, of er nu om gevraagd is of niet. Het betreft een separeerruimte waarvan de deur op slot gaat en waarmee de cliënt dus in een afhankelijke positie komt. Of deze positie nu gevraagd is of niet maakt in onze ogen niet uit voor de vraag of het geregistreerd moet worden. Zowel separatie als afzondering (ook 'eigen kamer wordt prikkelarm gemaakt en gaat op slot') zouden volgens ons moeten worden geregistreerd.

Belangrijkste redenen dat wij een voorstander zijn van registratie voor het verkrijgen van cijfers en de bijkomende cyclus waarin evaluatie een onderdeel is. Niet registreren houdt sommige separaties buiten de cijfers en hiermee gemakkelijker buiten evaluaties.



tekening Nick Scholz

Wij hopen van harte dat er steeds mensvriendelijkere oplossingen geboden kunnen worden, zoals tijdelijke een-op-een begeleiding en het inschakelen van naastbetrokkenen bij de-escalerend werken, om separaties zoveel mogelijk te voorkómen. In het geval dat een crisis echt alleen bedwongen kan worden met ('vrijwillig') separeren, dient in ieder geval registratie plaats te vinden en evaluatie achteraf met alle betrokkenen. Ook naastbetrokkenen kunnen vaak een waardevolle bijdrage leveren aan deze evaluaties.

Dupliek Helen Eikenaar:

Het is zo dat, zodra de deur op slot gaat, er geregistreerd moet worden. De vraag is alleen: wat wordt geregistreerd? Ik ben ervoor dat men kijkt naar de manier waarop iemand wordt opgesloten. Je kunt iemand in een afzonderingskamer ook isoleren. Ligt er alleen een matras op de grond en is de badkamer op slot dan is het eigenlijk een separatie. In geval van een kamerprogramma idem dito. Als de omstandigheden hetzelfde zijn als in een isoleercel, dan moet het ook te boek staan als separatie. Ik vraag me af of dit gebeurt. In Argus kan men vrijwillige separatie registreren, alleen wordt dit niet gemeld aan de Inspectie. Het is wenselijk dat het wél geregistreerd wordt maar daar is geen controle op. Verder is het belangrijk, zoals ook is aangegeven door de Naastbetrokkenenraad, dat er gekeken wordt naar wat on-

der vrijwilligheid kan worden verstaan. Is er niet heel vaak sprake van druk van buitenaf en zijn er ook geen andere alternatieven? Dan kun je ook niet echt meer spreken van vrijwilligheid.

Reactie van de redactie Bolwerk:

In de verschillende stukken worden allerlei termen als separeren, isoleren, afzonderen, afzonderingsprogramma, afzonderingskamer en gestripte kamer gebruikt, die voor de auteurs misschien gesneden koek zijn (al is het ook mogelijk dat men soms iets verschillends bedoelt!) maar waarschijnlijk voor vele anderen onduidelijk. Dat maak het ook moeilijk om vast te stellen waarvoor en wanneer men precies vindt dat iets Arkin-intern geregistreerd moet worden (al of niet met het Argus-systeem); en wanneer iets moet worden gemeld bij de Inspectie. Verontrustend en betreurenswaardig vinden wij het, dat Geneesheer-directeur, PVP en CR geen kanttekeningen zetten bij de geloofwaardigheid van 'vrijwillige' afzondering/separatie/isolatie van mensen die in een afhankelijke situatie verkeren en die gemakkelijk onder zachte drang 'voor hun bestwil' instemmen. Die kritische blik heeft alleen de Naastbetrokkenenraad, naar onze mening dan ook in deze kwestie de beste beschermer van patiëntenbelangen.

Tot mijn verbazing ook geen klokkenluidersregeling bij Arkin

Klagen voor klanten

Na de verschrikkelijke gebeurtenissen van twee jaar geleden in iso-leercellen van het SPDC-Oost moest je je afvragen of medewerkers gevoelige informatie misschien niet op tijd hadden doorgegeven uit angst voor hun baan. Tenslotte waren er de laatste jaren in het land enkele zogeheten klokkenluiders zwaar in moeilijkheden gekomen.

Daarom zijn her en der klokkenluidersregelingen opgesteld: afspraken om medewerkers te beschermen als ze tegen de zin van de baas misstanden signaleren. Ik heb nog niets van dergelijke regelingen kunnen vinden in de geestelijke gezondheidszorg, tot mijn verbazing ook niet bij Arkin. Wel is men hier bezig aan een verbeterde werknemers-klachtenprocedure, waar ook wat signaleringsregels in zitten. Laten we dat maar niet afwachten. Want ook wij hebben belang bij een goede klokkenluidersregeling – en om dat begrip erin te stampen noem ik haar vanaf nu KLR.

Ons belang komt erop neer dat medewerkers zonder risico moeten kunnen klagen over onjuiste daden jegens óns als patiënten. Zelf hebben we natuurlijk eigen klachtmogelijkheden, Patiëntenvertrouwenspersonen (PVP), enzovoorts, maar soms kunnen of durven we daar geen gebruik van te maken. Bovendien weet een medewerker vaak meer over achterliggende (wan)toestanden. Ik heb eens gekeken naar de KLR'en van de Amsterdamse instelling Amsta, die van de instelling Zorgcontact (zuidwestelijk Noord-Holland) en een anoniem model op internet. En daarnaast naar de bovengenoemde klachtenregeling voor Arkin-medewerkers.

Hoe luidt de klok?

Bij die vier regelingen valt op dat ze vooral slaan op overtredingen van wettelijke en interne regels en over onderlinge bejegening van personeelsleden. Nu kun je zeggen dat intimidatie en mishandeling van patiënten onder die eerste twee vallen, maar dat geldt evenzeer voor personeelsleden en die worden wél expliciet genoemd. Wat zou het meeste voorkomen?

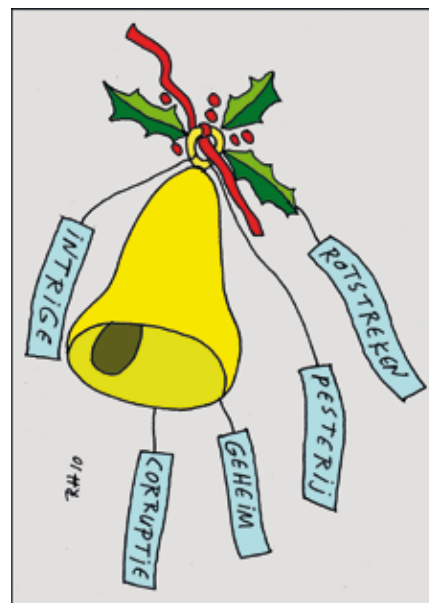
Bij de behandeling van een klacht worden diverse partijen betrokken, onder andere een speciale vertrouwenspersoon en een speciale externe klachtinstantie. Dat staat of valt mijns inziens met het vertrouwen dat potentiële klagers hebben in die vertrouwenspersoon en die klachtinstantie. Een goede reden om de Cliëntenraad en PVP en ook de Ondernemingsraad te betrekken bij de benoeming van die functionarissen. In het geval van vermoede misstappen tegen patiënten lijkt het me daarnaast logisch en noodzakelijk om CR en PVP in te lichten en bevoegdheden te geven (misschien ook de Familievertrouwenspersoon). Het betreft immers duidelijk hun taakgebied.

Amsta en Arkin bieden niet ook de mogelijkheid om over de Raad van Bestuur te klagen als die in de fout gaat – bij de SPDC-affaire is gebleken dat dit wel degelijk kan gebeuren! En de regelingen heten nadrukkelijk niet te zijn bedoeld voor collectieve grieven (Ondernemingsraad!), maar ach, dat verhelp je wel door een stapel gelijklopende individuele klachten in te dienen.

De regelingen leggen nogal nadruk op stille en anonieme afhandeling van een klacht, ténzij er reden is om dat niet te doen. Hè? Dat hoort toch eerder andersom?! Het heet niet voor niets heel beeldend een klokkenluidersregeling en niet een informantenregeling? We moeten juist inteeltafhandeling van misstanden tegengaan en er snel anderen dan de direct betrokkenen bijhalen. Alleen Amsta opent hierbij zuinigjes de deur. En als je hierin nog verschil wilt maken tussen zware en lichte gevallen: liever tien (ook lichte) gevallen teveel in de krant dan één te weinig!

De luider

Een personeelslid moet dus zonder gevaar voor haar of zijn positie vrijuit een misstand kunnen signaleren, discreet naar de baas maar ook in het openbaar. Als dat achteraf te kwader trouw blijkt dan moeten arbeidsrechtelijke of civielrechtelijke stappen mogelijk zijn. Maar tot dan toe dient de klokkenluider beschermd te worden, dát hebben de landelijke affaires ons wel ge-



tekening Ronald de Hoogh

leerd. Die bescherming kan onder andere bestaan uit automatische opschorting van voor de klager ongunstige besluiten. Een medewerker die hiervan misbruik maakt (vlak voor een overplaatsing een 'misstand' melden) loopt een groot risico om later door de mand te vallen. Waar een KLR bestaat is openbaarheid eerder beveiligend dan bedreigend voor de klokkenluider. En die zal dan vrijwel zeker bescherming krijgen van de collega's en van de PVP, CR en cliënten. Deze zullen erop toezien dat er geen (stiekeme) represailles worden getroffen.

Een KLR zou in een goede bedrijfscultuur niet nodig moeten zijn, is wel gezegd. Maar als we op die juiste cultuur gaan zitten wachten dan worden er in de tussentijd mensen beschadigd – klokkenluiders én patiënten.

Toon van der Aa

De redactie krijgt graag reacties op dit artikel, van wie dan ook.

De vier genoemde regelingen zijn bij de redactie te verkrijgen.

Metabole stoornissen: wat zijn het? En wat kunnen we ermee?

Je zult maar te horen krijgen dat je de diagnose schizofrenie hebt én dat je voor de rest van je leven pillen moet slikken. Heel vervelend, want dit is niet zonder risico. Behalve dat de ziekte schizofrenie op zich in de regel al invaliderend is, kun je van de medicijnen suikerziekte krijgen. Ook overgewicht is een gevaar. Deze aandoeningen worden ook wel metabole stoornissen genoemd, ofwel: stoornissen in de vethuishouding in het bloed. Ze worden veroorzaakt door de zogeheten tweede generatie anti-psychotica, afgekort TGA. Zie het kader onderaan dit artikel.

Sommige cliënten met schizofrenie hebben sowieso al een verhoogd risico om suikerziekte te ontwikkelen en last te krijgen van overgewicht. Dit is het geval wanneer zij er een ongezonde levensstijl op na houden, wat helaas regelmatig voorkomt. Je kunt dan denken aan ongezonde voeding, roken en (te) weinig lichaamsbeweging.

Omdat cliënten met schizofrenie niet systematisch onderzocht worden op suikerziekte, kan de suikerziekte heel lang verborgen blijven en wordt ze vaak bij toeval ontdekt. Dit betekent dat het aantal suikerziektepatiënten onder deze groep nog hoger zal liggen dan al bekend is.

Om metabole stoornissen zoveel mogelijk terug te dringen heeft een panel van Belgische psychiaters, diabetologen, apothekers en algemeen geneeskundigen aanbevelingen gedaan omtrent het gebruik van TGA's. Voordat de cliënt start met een TGA, moet er een uitgebreid onderzoek gedaan worden dat betrekking heeft op de medische voorgeschiedenis, de lichamelijke conditie, laboratoriumuitslagen en dient er advies en informatie gegeven te worden. Zie het onderstaand rijtje.

Medische voorgeschiedenis

- Symptomen, vroegere laboratoriumuitslagen, uitslagen van andere onderzoeken met betrekking tot suikerziekte
- roegere uitslagen van glucose en vetstoffen in het bloed
- Familiale geschiedenis van overgewicht, stoornissen in de vethuishouding, suikerziekte, hart-en vaataandoening
- Eetgewoontes, voedingsstatus, geschiedenis van gewicht
- Evaluatie van fysieke activiteit
- Het gebruik van andere medicijnen die effect hebben op de glucosehuishouding
- Risicofactoren van vaatziektes: roken, hoge bloeddruk, overgewicht
- Kennis en overtuigingen omtrent gezondheid
- Roken, alcoholgebruik, middelengebruik

Lichamelijk onderzoek

- Lengte, gewicht, en Body Mass Index berekenen

- Buikontrek
- Algemeen fysiek onderzoek
- Bloeddruk

Laboratoriumonderzoek

- Het nuchter prikken van glucose
- Het nuchter prikken van triglyceriden, HDL, LDL en cholesterol

Fleur heeft al zes jaar schizofrenie. Ze heeft al heel wat medicijnen uitgeprobeerd, zonder resultaat. Sinds ze Leponex slikt gaat het psychisch beter maar lichamelijke slechter. Zo heeft ze last van suikerziekte en is behoorlijk zwaar geworden. Ook Frank heeft verschillende medicijnen voorgeschreven gekregen voor zijn psychoses, zoals Haldol en Semap. Hij werd daar erg stijf van en ging er van trillen. Sinds Frank Seroquel slikt heeft hij gelukkig geen last meer van stijfheid en trillen maar heeft hij helaas wel suiker ontwikkeld.

Advies en informatie

Omtrent het risico voor suikerziekte en stoornissen in de vethuishouding met betrekking tot de aandoening en het gebruik van een TGA

Omtrent symptomen en klachten van complicaties van suikerziekte
Aanpassen van levensstijl (rookstop, voeding, fysieke activiteit)

Wanneer de cliënt eenmaal een TGA gebruikt is het belangrijk dat er toezicht gehouden wordt. Dit met het doel dat er op tijd ingegrepen kan worden en dat een cliënt eventueel verandert van TGA, wanneer tijdens het laboratoriumonderzoek afwijkingen geconstateerd worden in bijvoorbeeld de glucosehuishouding.

Verder dient er bij cliënten die opgenomen zijn wekelijks het gewicht en de buikomtrek gemeten te worden. Bij ambulante cliënten kan dit maandelijks gebeuren. Afhankelijk van de risicofactoren en het type TGA zou ook het glucosegehalte geprikt moeten worden. Bij cliënten met een familiale voorgeschiedenis van suikerziekte of overgewicht en/of met een afwijkend glucosegehalte moet dit maandelijks gebeuren. Ook de vethuishouding in het bloed moet bepaald worden. In het eerste jaar dient men dit om de drie maanden te doen, daarna jaarlijks. Daarnaast is het belangrijk dat de bloeddruk driemaandelijks gemeten wordt.

Kortom, het is duidelijk dat het slikken van een tweede generatie antipsychoticum niet zonder risico is. Cliënten die deze pillen slikken moeten dus alert blijven. De psychiater dient dan ook te allen tijde voorzorgsmaatregelen te nemen. Naarmate een cliënt een TGA langer slikt neemt het risico op het ontstaan van metabole stoornissen toe. In sommige gevallen is het dan ook verstandig dat de psychiater nauw samenwerkt met huisarts en internist.

Carmen Espinosa

Bronnen:

Belgische consensus met betrekking tot metabole stoornissen geassocieerd met atypische antipsychotica, M. De Hert, A. De Nayer, A. Scheen, L. Van Gaal, J. Peuskens.
Metabole stoornissen bij patiënten met schizofrenie behandeld met tweedegeneratieantipsychotica, G. Herman, D. Van Eyck, A. Scheen, M. De Hert.

Tweede generatie antipsychotica

Product	Gewichtstoename	Risico op suikerziekte	Risico op stoornissen in de vethuishouding
Clozapine (Leponex)	+++	+	+
Olanzepine (Zyprexa)	+++	+	+
Risperidone (Risperdal)	++	?	?
Quetiapine (Seroquel)	+/-	?	?
Ziprasidone (Geodon)	+/-	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
Aripiprazole (Abilify)	+/-	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
Amisulpride (Solian)	+/-	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd



Contact

*als kind had ik er geen moeite mee
ik luisterde
en ik keek*

*naar klanken met inhoud, toch
en het telkens anders glanzen
van een oog*

*de vrijheid van al het andere dan ik
de ruime bewegingen en de afstand
het reiken, en de geluiden*

*het kraken en barsten van de kelen
die zongen, toch
en streelden voor het slapen gaan*

*taal was toen verstaanbaar
ik kende de woorden nog niet
niet het misverstand*

*de sterren
schenen toen nog in de nacht
gewoon, omdat ik dat zag*

André Calis



tekening Bart Keijzer

Het Gesticht - *Enkele reis of retour*

Auteur Joost Vijseelaar is bijzonder hoogleraar Geschiedenis van de Psychiatrie aan de Universiteit van Utrecht. Zijn boek 'Het Gesticht – Enkele reis of retour,' dat in mei van dit jaar verscheen, kreeg lovende kritieken, onder andere in de Volkskrant. Persoonlijk vond ik de eerste honderd bladzijden ongemeen boeiend, daarna werd het een worsteling om door te blijven lezen. Het taalgebruik in de medische dossiers is namelijk van honderd jaar geleden, dus dat kan lastig wezen. Op de website van de uitgever staat dat het boek bedoeld is voor psychiaters, psychologen en historici. Ja, die kunnen dit dure boek tenminste betalen. Maar het lijkt mij ook geschikt voor de geïnteresseerde leek of patiënt.

Joost Vijseelaar heeft honderdzestig dossiers van drie gestichten in de periode van 1890-1950 geanalyseerd. In die tijd zaten allerlei patiënten door elkaar: demente ouderen, alcoholisten, mensen met een verstandelijke beperking, patiënten met schizofrenie of bipolaire stoornis.

Historisch gezien is de periode 1890-1950 een goede keuze. Het is lang genoeg geleden om objectief op te kunnen terugkijken. Het is wel jammer dat de patiënten nauwelijks een menselijk gezicht krijgen doordat de dossiers vooral de crises van de patiënt beschrijven. De foto's dragen ook niet bij

aan een genuanceerd beeld. Zo blijft na het lezen van het boek het beeld hangen van de patiënt als iemand die schreeuwt, met ontlasting smeert en volstrekt onhandelbaar is. Behandelwijzen van toen worden vandaag de dag niet meer gebruikt. Om de patiënt rustig te maken moest die bijvoorbeeld maandenlang in bed of in een lauw bad blijven. Effectieve medicijnen bestonden nog niet.

In vroeger tijden werd de patiënt wel eens misleid om opgenomen te worden. Een voorbeeld waarbij een oudere dame vanuit een liefdegesticht naar de inrichting in Vught werd overgebracht: 'Zij kwam hier in het denkbeeld dat zij ene liefdezuster moesten halen; het bleek haar weldra dat men haar beetgenomen had.' Deze verhalen over bedrog stammen alle van vóór 1920.

Een opmerkelijke conclusie van het boek is dat nergens blijkt dat patiënten gemakkelijk naar een gesticht werden gestuurd. Pas als de patiënt totaal onhandelbaar voor de omgeving was dan werd deze stap genomen. Dit in tegenstelling tot de beweringen van bijvoorbeeld de postmoderne filosoof Foucault. Merkwaardig vind ik het dat de schrijver het gehele boek door betoogt dat er een dynamische wisselwerking tussen gesticht en maatschappij was, maar dat de beide wereldoorlogen en de grote depressie volkomen langs het gesticht heen zouden zijn gegaan. Op één of twee plaatsen worden deze dan wel genoemd, maar ze beroerden het gestichtsleven blijkbaar niet.

Het boek wordt hoogstwaarschijnlijk een standaardwerk, zeer rijk aan details, een



zeer grondige analyse van een vervlogen tijdperk. Maar helaas leest het niet vlot, omdat de achterhaalde terminologie zo op de voorgrond staat.

Sebastiaan Koning

*Het gesticht – Enkele reis of retour,
Uitgeverij Boom, 2010,
Prijs 39,50, ISBN: 9789085069669.*

Voorkomen van terugval, kun je dat leren?

Binnen de GGZ komt een aanzienlijk aantal cliënten met een chronische aandoening keer op keer terug voor een langer of kort verblijf in een opnameafdeling. De bestaande behandelingen, pillen en gesprekken met behandelaren blijken niet voldoende om dit te voorkomen. De Cliëntenraad van Arkin wil met dit projectvoorstel deze ongelukkige cyclus doorbreken door ervaringskennis het woord te geven, en heeft daartoe een projectvoorstel gedaan. Want veel cliënten doen eigen ervaring op hoe om te gaan met wisselingen in stemming, episodes van manieën en psychoses, stemmen die je lastig vallen, drang zichzelf te beschadigen, angst- en paniekaanvallen. Veel mensen leren om bijtijds signalen te herkennen. Zo ontwikkelen ze manieren om dergelijke 'uitbarstingen' te voorkomen of escalatie tegen te gaan en 'weg te leiden'. Kortom, bedenken allerlei eigen strategieën om het heft in eigen handen te nemen en opname te voorkomen.

Ervaringskennis verzameld

Het project is in de eerste plaats gericht op het verzamelen van ervaringskennis, die veelal zal bestaan uit persoonlijke manieren om te interveniëren in de uiteenlopende crises die hiervoor zijn genoemd. Verwacht wordt dat dit mogelijk leidt tot algemeen geldende inzichten en tot een groot aantal invoelbare en bruikbare tips voor de minder geroutineerde 'broeders en zusters'. Verder is het doel dat deze kennis breed beschikbaar komt. Dat gebeurt allereerst door de samenvatting van een boek, dat bijvoorbeeld kan worden meegegeven aan cliënten die de kliniek verlaten of dat opvraagbaar is bij de 'eigen' cliëntenorganisatie. Daarvoor hebben is nu reeds Petra Hunsche als redactioneel eindverantwoordelijke kunnen aantrekken. Zij is bekend als auteur van het boek 'De strijdbare patiënt' (Het Dolhuys, 2008) en vele andere publicaties, ze was initiatief-

nemer en hoofdredacteur van Kronkel, Amsterdamse stadskrant over de psyche en is redactielid geweest van het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (MGv).

Het boek zal worden geflankeerd door een DVD. Ook wordt het beeldmateriaal op YouTube geplaatst om aldus permanente aandacht te kunnen vragen voor het boek.

In tweede instantie zal de Cliëntenraad Arkin de met dit project verworven kennis overdragen aan HEE om te laten bewerken voor cursussen en presentaties. HEE betekent Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid en is een programma van zelfhulp, bijeenkomsten en cursussen dat met hulp van het Trimbos Instituut (voor geestelijke gezondheids- en verslavingszorg) door ervaringsdeskundigen uitgevoerd wordt. De beoogde cursus zal er op gericht worden om cliënten te ondersteunen bij het vorm geven aan hun leven zoals zij zich dat zelf wensen. Het opgedolven materiaal zal ook benut worden om hulpverleners te leren wat voor hun beroepspraktijk de waarde is van ervaringskennis en de kracht van hoop. In dit 'HEE-traject' is vooral voor de cursusontwikkeling apart geld nodig.

Nadat een projectstructuur is opgezet doen we via sleutelfiguren (zoals bekende ervaringsdeskundigen), via landelijke netwerken van cliëntenorganisaties, via diverse media waaronder instellings- en cliëntenbladen en daaraan verbonden sites oproepen aan mannen en vrouwen die in staat zijn gebleken op een eigen wijze de crisis die zich periodiek aandient bijtijds te signaleren en te couperen. Bij deze 'routiniers' gaan wij grondig op zoek naar hun ervaringskennis: hoe zijn zij tot deze vorm van zelfregie gekomen en hoe passen zij deze kennis voor zichzelf toe? Hoe zien zij de crises aankomen en wat doen ze dan om de crisis buiten de deur te houden? Hoe pakt dat precies uit en hoe maak

je het effect blijvend? Dit is de kern van ons project!

Uitvoering

Het project heeft meegedongen in een zorgvernieuwingcompetitie, uitgeschreven door ZonMW, een stimuleringsorganisatie die als belangrijkste opdrachtgevers heeft het ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en de NWO (Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek). Ons project is met 60 anderen uit 270 deelnemers gekozen voor de tweede selectieronde, waaruit op 14 oktober een winnaar werd gekozen. Dat was een project voor aangepaste woningen voor studenten met een handicap, en medestudenten die de 24-uurs zorg geven. Ook al is de prijs niet binnengehaald dan gaat de Cliëntenraad zeker door met het realiseren van dit project. Als het niet linksom kan, dan rechtsom! Wij hopen vóór medio november een in het boek geïnteresseerde uitgever te vinden, wat dus waarschijnlijk helaas niet meer in deze Bolwerk bekend gemaakt kan worden. De publicatie van het boek laten wij gepaard gaan met een evenement dat tevens startschot is voor een mediacampagne. Het spreekt vanzelf dat u daarover tijdig bericht zult krijgen, via Bolwerk of zusterblad Nieuwsbrief maar ook op andere wijze.

Wij als Cliëntenraad hebben het volste vertrouwen in het project, waarvoor we teveel samenwerkingspartners hebben om te noemen, van verzekeraar tot landelijke koepelorganisaties tot cliëntenverenigingen, en we zullen u op de hoogte houden.

Nico de Louw

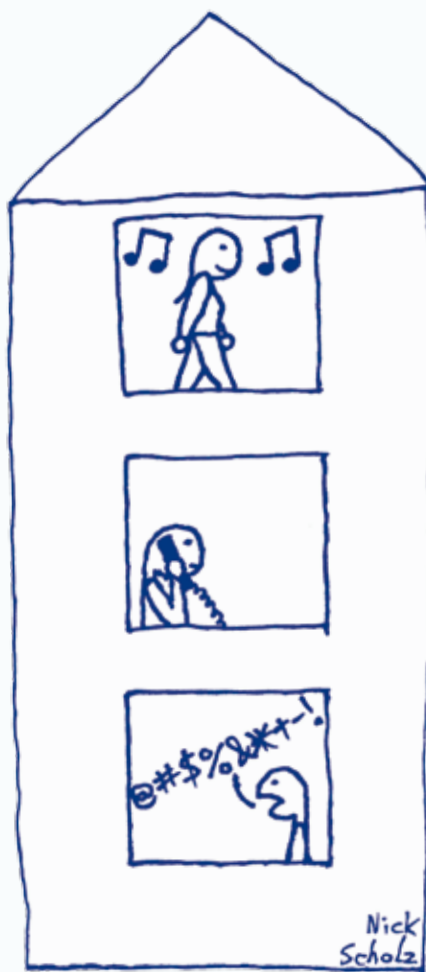
Voor een uitgebreider beschrijving en andere informatie over het project:

Cliëntenraad@Arkin.NL, 020 – 5904454, contactpersoon Nico de Louw

Psychiatrie is overal en nergens

Het is knap lastig om als cliëntenraadslid overzicht te hebben op wat Mentrum, Arkin doet. Makkelijker is het om eigen ervaringen te melden. Zeven jaar geleden verhuisde ik naar Oud-West en toen bleek dat er boven mij een arts, een psychiater in opleiding woonde. Goh, wat kon dat mens stampen. Wanneer ze boven mijn hoofd heen en weer liep werd ik knetter. En om acht uur zondagochtend keihard pianomuziek draaien. Gelukkig verhuisde ze na een jaar en kreeg ik een bovenbuurvrouw die niet stampte.

Onder mij woont een tragische meneer – tragisch omdat hij in een sociaal isolement lijkt te verkeren – die elke dag om 's ochtends zes uur het huis verliet. Dat gebeurde met zoveel lawaai dat ik er geregeld wakker van werd. Drie keer heb ik de afgelopen jaren een mail gestuurd aan het Sociaal Meldpunt Oud-West, dat deze man tragisch was en dat ik last van hem had. Nooit is erop gereageerd. Ik besprak de situatie onlangs met mijn niet-stampende bovenbuurvrouw. Zij vertelde me dat de onderbuurman er erg slecht aan toe was. Hij zou hallucineren en een hersenbloeding hebben gehad. Bezorgd belde ik met het Sociaal Meldpunt, dat me informeerde dat hij sinds kort in behandeling was bij Mentrum. 'Ja, ja,' vervolgde de stem aan de andere kant van de lijn. 'Met uw buurman is wel wat aan de hand inderdaad.' En ik werd door een SPV-er (Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige) van Mentrum gebeld dat ik kon bellen als



tekening Nick Scholz

er problemen waren met mijn onderbuurman. Dus toen hij in een weekend aan het schreeuwen was tegen zijn stemmen belde ik de crisisdienst. Die vertelden mij dat als ik last had, ik de politie maar moest bellen: die hebben immers een rijdende psychiater. Ik zei dat ik niet zozeer last had als wel dat

ik het zielig vond voor mijn buurman. Dit bleek geen reden voor Mentrum om iets te doen. Ik had kunnen liegen tegen de politie dat ik last had, maar dat zou nóg zieliger geweest zijn voor mijn buurman, oordeelde ik. Na dat weekend belde ik met Mentrum voor contact met die SPV-er, maar die had die dag net vrij. Er werd mij verteld dat hij me zou terugbellen. Ik heb er nooit meer wat van gehoord.

Nu over mezelf: ik was tien jaar ambulante behandeling bij Mentrum, maar mijn SPV-er is met pensioen gegaan. In overleg met de psychiater is besloten dat ik een SPV-er in de wijk zou krijgen. Nadat ik twee maanden niets gehoord had stuurde ik een e-mail naar mijn psychiater. Toen die na drie weken nog niet geantwoord had besloot ik Mentrum te bellen. Nu ben ik bijna in het heden aangekomen: Mentrum heeft teruggebeld en toegezegd contact op te nemen zodra bekend was wie de desbetreffende SPV-er in de wijk is. En verdomd: nu heb ik eindelijk een afspraak met een nieuwe SPV-er.

Conclusie: terugbellen of even beleefd contact opnemen lijkt erg moeilijk te zijn voor Mentrum. Misschien ben ik zelf te beleefd en verwacht ik daarom van anderen soortgelijk gedrag. In mijn geval ging er door mijn eigen opstelling niets mis maar het risico bestaat dat er op deze manier ongelukken gebeuren.

We doen geen 'name and shame' en in verband met de privacy van mijn burens blijf ik anoniem.

Psychebo

Komt een man bij dokter Sigmund en vraagt om een placebo. 'Goed', antwoordt deze, 'wat zal het zijn, een Prozac-placebo of een Fevarin-placebo?'

Veel verder gaat het stripverhaaltje niet, maar een slimme patiënt zou natuurlijk gevraagd hebben naar eentje met veel bijwerkingen, dat komt de geloofwaardigheid ten goede en dus de werkzaamheid. Iedereen heeft ze wel eens geslikt, die pillen waar je slaperig van wordt, of dik, of impotent, of depressief, of alle vier. Kijk, dat zijn nou die placebo's die via deze bijwerking hun effect sorteren. En als dat bij jou niet lukte dan ben je een ongelovige hond of een verbeeldingsloos rund. Je moest eens weten hoeveel onderzoek daar in gaat zitten, pardon research, en op hoeveel fruitvliegjes en internaatkinderen ze zijn uitgeteerd! Maar oké dat weet je niet, want de farmaceutische industrie doet er heel bescheiden over en archiveert alles onder de X.

De geneesheer-directeur en psychiaters weten het uiteraard ook niet, want de beste methode is die waarbij behalve de patiënt ook de hulpverleners niet weten of een echte of een neppil wordt verstrekt, zodat hij of zij niet door onbewuste signalen de boel kan beïnvloeden, dat zou helemaal te dol worden zeg! Dat heet de Multi-blinde Methode (M&M), heel wetenschappelijk, waarbij niemand eigenlijk weet wie van ons in de onderzoeksgroep zit en wie in de controlegroep, dat blijkt pas uit de rekening van de medicijnenfabriek. Insiders noemen het ook wel de Stekeblinde Methode (SM, in het Engels Blind Bat Method).

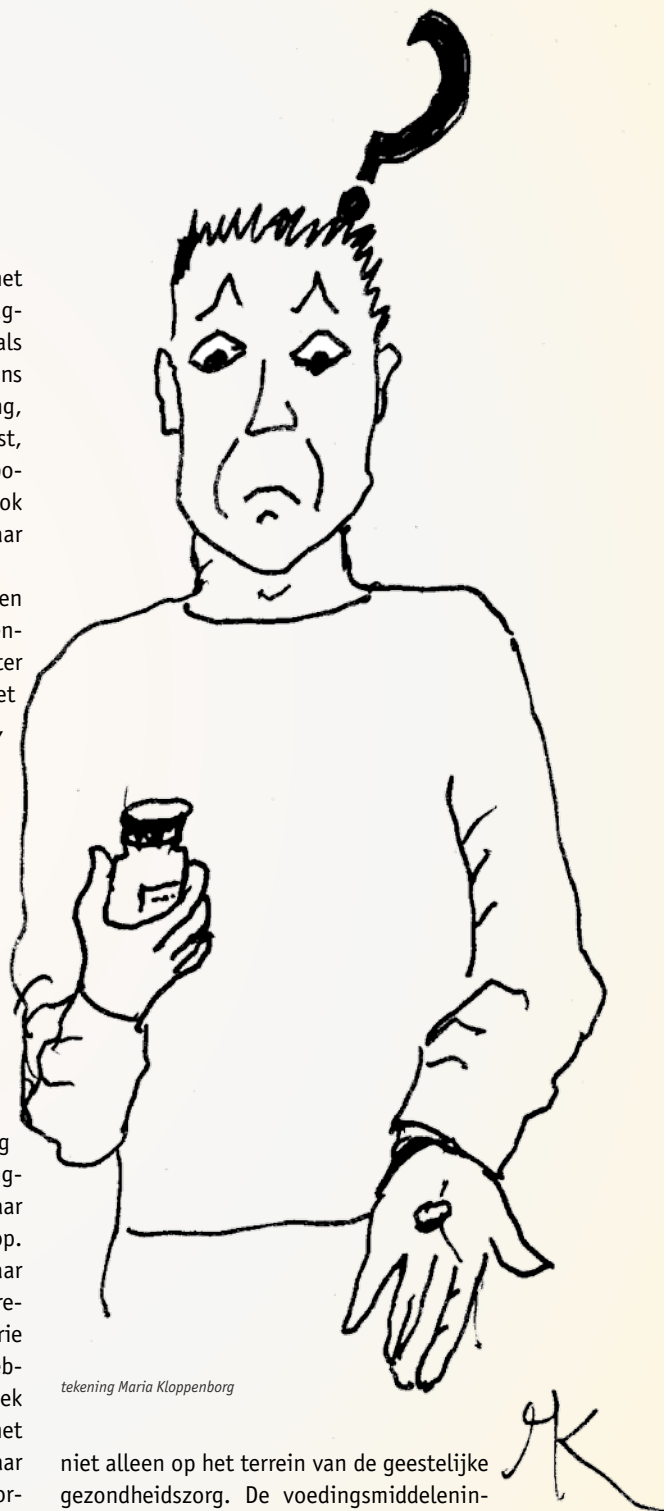
Heel zelden wordt er wel eens een partij medicijnen afgeleverd zonder bijwerkingen. Het gesticht is dan te klein want wij

slikkers geloven in zo'n geval niet dat het echte medicijnen zijn en dan is de suggestieve werking naar de bliksem. En als het wel echte lijken dan verzetten we ons natuurlijk onbewust tegen onze genezing, dat is bekend: zelfdestructie, ziekte winst, münchhausen enz. Ja, als het placebo-effect de ene kant op kan dan kan het ook de andere op. We kunnen dus beter maar helemaal niets weten, toch?

Soortgelijk is het met de elektroshock en de hersenstimulatie of -operatie. Jarelang is daar controverserig over bevorderd, ter voorbereiding van placebo-ingrepen. Niet voor niets gebeuren die onder narcose, en postoperatieve sufheid of een mooie wond zijn gemakkelijk te regelen – de meest talentvolle patiënten kunnen daar zelfs eigenhandig voor zorgen (de 'stigmatici' of soms zelfs 'stigmatici')!

Maar het mooiste vind ik toch nog wel de placebo-gespreksterapie. We herinneren ons nog wel de richtingstrijd tussen psychoanalyse, psychodynamische groepstherapie, Gestalt, cognitieve gedragstherapie, en wat dies meer zij. Die strijd was al voorbij na de ontdekking dat de therapeutische relatie veel belangrijker is dan de onderliggende theorie, maar nu gaat het helemaal de goede kant op. Tegenwoordig worden er alleen nog maar placebo-behandelingen gegeven die sprekend lijken op een methode met theorie maar daar niets meer mee te maken hebben. En zowaar, uit grootschalig onderzoek blijkt er qua resultaten geen verschil met vroeger! (Voor de kenners: de behandelaar opent dan een DPC om zich te verantwoorden bij de verzekeraar.)

Er is momenteel een wedloop bezig voor het productierijp maken van andere placebo-middelen, oraal, anaal of verbaal, en dat



tekening Maria Kloppenborg

niet alleen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. De voedingsmiddelenindustrie bijvoorbeeld kijkt met jaloezie naar alle psychiatrische successen. We blijven de ontwikkelingen voor u volgen.

Toon van der Aa

Woorden Als Rook

'Nou Arend-Jan, hoe is het gegaan, de afgelopen weken?'

'Nou Fred, ten eerste wil ik niet meer Arend-Jan genoemd worden! Voortaan heet ik Arend. Kortweg Arend.'

'Een Arend vliegt op grote hoogte. Vind je dat ook op jou van toepassing?'

'Jazeker. En een Arend heeft ook scherpe klauwen en een puntige snavel.'

'Nou goed, we houden het op Arend.'

Eén keer in de zes weken bezocht Arend-Jan, nu dus Arend geheten, zijn psychiater, de heer Fred Dovenetel, door Arend gewoon Fred genoemd.

Fred begroette zijn cliënt of patiënt (Arend noemde zichzelf een patiënt, Fred sprak liever over *zijn cliënt*) steevast met een handdruk die meer bij een bootwerker dan bij een intellectueel paste, volgens zijn opvatting dat een slappe hand een even slap karakter verraadde. De handdruk was dan ook zo stevig dat het nog net geen pijn deed. Daarna bood hij zijn cliënt een kop automatenkoffie aan. Deze koffie was niet half zo sterk als Freds begroeting, daarom deed Arend er een extra klontje suiker in, zodat het lauwe vocht nog wat op smaak werd gebracht.

De heer Dovenetel ging Arend voor naar de behandelkamer. Daar stond een rond tafeltje met drie, met donkerbruine skai beklede, stoelen. Soms was er namelijk een derde persoon bij het gesprek aanwezig. Dat kon een maatschappelijk werker zijn, de partner van de patiënt of een arts-in-opleiding die alles opschreef wat er gezegd werd, met de bedoeling om het later in een scriptie op te nemen. De patiënt werd dan voor de vorm om toestemming gevraagd, maar deze was meestal zo verguld met het idee dat zijn ontboezemingen in een wetenschappelijk geschrift zouden belanden, dat hij er zonder meer mee instemde.

Arend trok zijn pakje shag uit zijn broekzak om een sigaret te rollen, maar hij bedacht



tekening Ronald de Hoogh

zich en legde het pakje op het lage tafeltje, naast het bekertje koffie waar nog een paar futloze dampwolkjes vanaf kwamen. Na al die jaren was hij er nog steeds niet aan gewend dat je nergens meer mocht roken. Zelfs als je bij vrienden of familie op bezoek was, moest je nog op het balkon gaan staan. Dat was een belangrijke reden waarom Arend het liefst zoveel mogelijk thuis, op zijn eigen tweekamerwoning bleef. Daar kon hij roken zoveel als hij wilde. En bij een kop koffie hoorde toch eigenlijk altijd een sigaret, anders kon je die koffie net zo goed niet opdrieken. Arend besloot om deze keer

uit protest de koffie gewoon te laten staan, met het pakje tabak demonstratief ernaast. Hij was benieuwd of Fred het zou merken en of hij er iets van zou zeggen.

'Hoe is het verder gegaan met je vader?' vroeg Fred. Hij sloeg de map met het dossier van Arend open en deed of hij iets opzocht in de aantekeningen die hij daarin bewaarde. Vragen of Arend-Jan nu al een beslissing genomen heeft, las hij op een kladblaadje dat bovenop lag. Er stond verder niets bij. De psychiater probeerde zich te herinneren waar Arend een beslissing over moest nemen, maar hij kon zich niet

meer voor de geest halen waar de aantekening betrekking op had. Het kan van alles zijn, dacht hij.

'Ik was gisteren nog bij mijn vader,' vertelde Arend. 'Het was heel gezellig. Mijn vader had chocola en stroopwafels gekocht, hij had echt zijn best gedaan. Ik heb met hem over het toernooi gepraat, hij was heel geïnteresseerd.'

'Wat was dat voor toernooi?'

'Go. Je weet toch wel dat ik Go speel?'

Oh ja, dacht de psychiater. Een spel met witte en zwarte stenen, het zijn net een soort dropjes. Als Arend-Jan ze maar niet per ongeluk opeet. Hij begon inwendig te lachen en moest moeite doen om op zijn gezicht een ernstige uitdrukking vast te houden.

Hij schreef iets op het kladblaadje in de map. Go, schreef hij en onderstreepte het. Voor de cliënt is het belangrijk dat de be-

handelaar aantekeningen maakt, bedacht hij. Anders voelt hij zich niet serieus genomen en verlaat hij het gesprek met het gevoel dat zijn woorden in lucht zijn opgegaan.

'...dan de vorige keer.'

Fred schrok. Waar heeft Arend-Jan het over? Ik moet mijn aandacht er beter bij houden, niet afdwalen, dacht hij. 'Oh ja,' zei hij. 'Inderdaad.'

'Vind je ook niet?' vervolgde Arend. 'En daarom kan het me niet zoveel meer schelen hoe hij erbij zit, dat hij al twintig jaar hetzelfde behang heeft en nooit stofzuigt!'

'Zo is het,' zei Fred. 'Het is zoals ik al vaker heb gezegd, je moet je afschermen voor vervelende indrukken waar je je naar van gaat voelen.' Ik hoop maar dat dit ergens op slaat, dacht hij.

'Precies,' riep Arend en hij greep naar zijn pakje shag, maar legde het meteen weer

neer. 'In mijn hoofd is geen ruimte meer voor dat familiegedoe, ik ben er klaar mee.' Hij nam toch maar een slokje van zijn koffie en leunde achterover.

Na een uur was het gesprek afgelopen en mocht Arend het gebouw verlaten. Buiten stak hij direct de sigaret op, die hij al was begonnen te draaien tegen het eind van het gesprek met Fred Dovenetel. Hij ademde de rook diep in en voelde zich meteen opgelucht. Of dit kwam door de rook of door het onderhoud met zijn psychiater kon hij niet onderscheiden.

Over zes weken weer, dacht hij. Hij maakte het kettingslot van zijn fiets los en even later reed hij via de kortste route naar huis.

Ronald de Hoogh

OPROEP OPROEP OPROEP OPROEP OPROEP OPROEP OPROEP OPROEP

MY HEALTH ONLINE

Wie wil meedenken?

De ambulante tak van Arkin PuntP wil cliënten de mogelijkheid geven om ook zo afspraken te maken en online gedeeltes van het dossier in te zien. We denken dat dit voldoet aan een behoefte van onze mensen, en dat dit het voor velen makkelijker kan maken om contact zoeken met Punt P. Om dit te bevorderen wordt samengewerkt met PinkRoccade, die o.a. bedrijfssoftware ontwikkelt.

De Cliëntenraad wil in contact komen met cliënten die mee willen denken en die concreet ideeën hebben hoe dit praktisch vorm te geven. Wat vind je belangrijk als je een afspraak maakt, en wat wil je kunnen inzien in je dossier. Wat zijn de kansen en wat zijn de bedreigingen?

We nodigen je uit om enkele keren bijeen te komen op ons kantoor op de Westermarkt, maar je kunt ons ook een antwoord op deze vragen geven via de email.

Geïnteresseerd? Bel met Reinier Schippers tel: 06 15329803 of stuur een email naar cliëntenraad@arkin.nl. We nemen dan zo snel mogelijk contact met je op.

Reinier Schippers,
Voorzitter Cliëntenraad Arkin

Nieuwsbrief

Onlangs is onze zusterpublicatie Nieuwsbrief weer uitgekomen (nr. 3, september). Daarin wordt een heropend Dag Activiteiten Centrum in het zonnetje gezet, en ook de Cliëntenraad. Verder verslag van bezoek aan een Arkin-locatie, van een conferentie over elektroshock, iets over dossierinzage en over eetstoornissen, over GGz/MO-ambassadeurs, enkele websteaks en een reactie. Ook de Nieuwsbrief is bij elke balie of in elk bladenrek in wachtkamers en dergelijke te vinden. Neem mee!

Podium

Onlangs verscheen het nieuwste nummer van het mooie Arkin-personeelsblad Podium. Ook voor ons interessante artikelen gaan over geweld of bedreiging door cliënten, het Mentrum Woontrainingscentrum, het ACT-team voor vrouwen, allerlei buitenactiviteiten, de Naastbetrokkenenraad, een cliëntgeschiedenis en nog wel meer. Podium ligt niet op onze hangplekken, vraag een personeelslid of mail podium@arkin.nl.

Een krachtige vuist tegen het Ciz*

April 2010

'Ik ga ook bij de kledingzaak werken,' vertelde M., vrijwilligster van De Stek, ons kookproject op IJburg.

'Leuk,' zei ik. 'Wanneer ga je beginnen?'

'Ik moet eerst een indicatie,' zei ze, 'maar dat gebeurt binnen zes weken.'

Haar ogen glinsterden van plezier.

Acht weken later

'Ik heb nog niets gehoord,' zei M. Ik besloot voor haar te bellen naar de kledingwinkel.

'Wij kunnen er ook niets aan doen. We moeten gewoon op het Ciz wachten.'

Ik vertelde het negatieve nieuws aan M. Haar wimpers knipperden machteloos.

'Hoe lang moet ik dan nog wachten?'

Ik wist het ook niet.

Twee weken later

'Olga, ik heb nog steeds niets gehoord. En augustus komt eraan, dan zijn we dicht met De Stek en dan val ik in zo'n gat.'

'Ik ga opnieuw voor je bellen.'

'Er schijnt voor M. helemaal geen Ciz te zijn aangevraagd, wordt daar beweert,' vertelde de kledingwinkel.

'.....????????!!!!!!!'

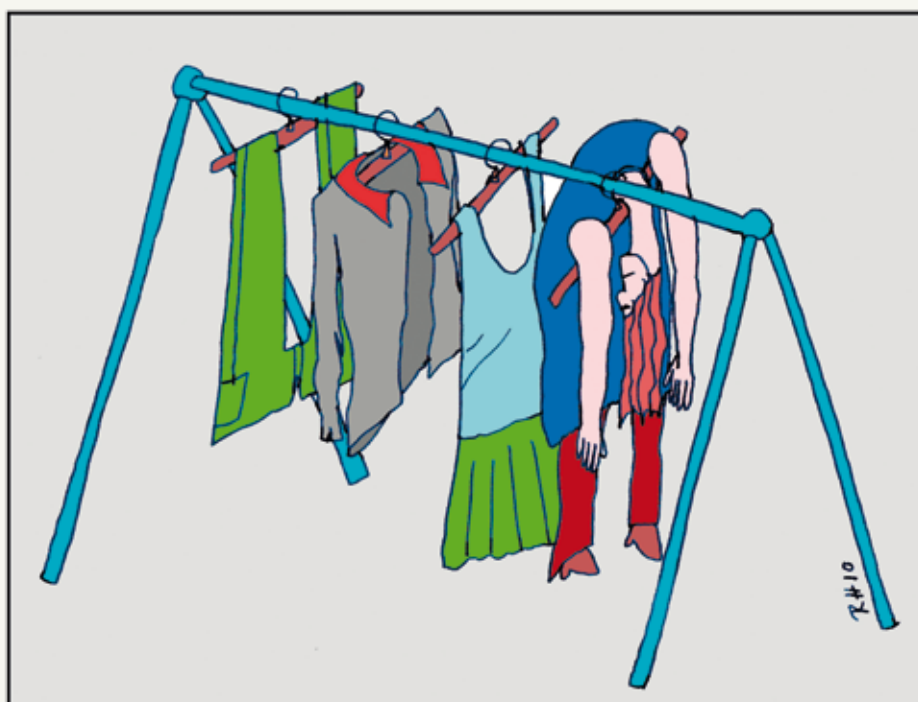
Ik belde mijn collega.

'Jawel, onze collega heeft de Ciz voor haar aangevraagd. Ik ga erachter aan.'

Wachten.

Een sms: 'De Ciz voor M is vorige week opnieuw aangevraagd. Ze kan over vijf weken aan de slag.'

Ik vertelde M. het slechte nieuws. Ongeloof, verdriet en wanhoop streken in haar ogen om de eerste plaats. 'Ik wil alleen maar werken,' fluisterde ze.



tekening Ronald de Hoogh

We gingen met het team van De Stek uit eten. 'Het gaat niet goed met me,' zei M.

Dat was overduidelijk, ze trilde alsof ze Parkinson had.

'Blijf bij ons,' zeiden we. 'Thuis ben je maar alleen.'

Ze bleef en we praatten over activiteiten in augustus, om dat angstige gat te vermijden. Uiteindelijk stond ze op en door haar ingehouden tranen heen zei ze: 'Ik ga nu naar huis.' 'Nog vijf minuten,' zei ik. 'Dan gaan we allemaal.'

De vrijwilligers pakten de bus, Elderkin en ik reden langs de bushalte met de auto. In het voorbijgaan zag ik haar staan, de zoveelste sigaret tussen de vingers, ze stond wat achteraf, alsof ze toen al wist wat haar volgende stap was.

De volgende ochtend werd ik gebeld. 'M. heeft pillen geslikt, ze ligt in het ziekenhuis.' Vreemd genoeg keek ik er niet van op. Ze hadden haar tot het uiterste gebracht, en het enige wat ze wilde was werken.

Ik roep het al een halfjaar: die Ciz, dat gaat niet lukken. Nu heb ik een hard verhaal. Het wordt tijd voor een vuist. Een krachtige vuist. Ik begin. Nu.

Olga de la Fontaine

18 juli 2010

* Om aan dagbesteding te mogen doen, bijvoorbeeld vrijwilligerswerk, is een indicatie nodig. Je krijgt deze indicatie van het CIZ, het Centrum indicatiestelling zorg.