

MENTAAL

MAGAZINE VAN GGZ NOORD- EN MIDDEN-LIMBURG

JAARGANG 5 NR 5
OKTOBER 2009

MENTALE OMSLAG

TOETSING INSPECTIE VOOR
GEZONDHEIDSZORG POSITIEF

EAD VERTEGENWOORDIGD IN
LANDELIJK EXPERTTEAM ZP

OVERMATIG DRANKGEBRUIK JEUGD



VAN DE REDACTIE

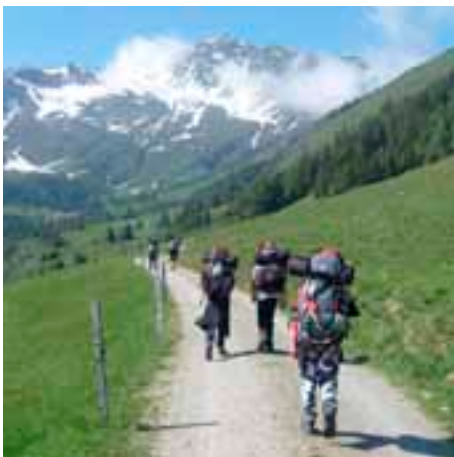
September is de herfstmaand. 's Morgens wordt het weer later licht, de avonden worden langer. Het is flink kouder dan in de zomer, maar er zijn ook nog periodes met warmte, de zogenaamde nazomer. We hebben nog voldoende van deze nazomerse dagen mogen genieten. Op 22 september is dit boeiende jaargetijde begonnen. Wij hopen als redactie dat wij u ook nog steeds kunnen blijven fascineren met de Mentaal. We merken dat er steeds meer input komt vanuit alle hoeken van de organisatie. Hierdoor kunnen we ook meer afwisseling in de artikelen brengen. Deze keer kunt u o.a. lezen over de cognitief gedragstherapeutische behandeling van het Centrum voor Angst- en Dwangstoornissen, de werkconferentie van 1 december a.s. met als uitgangspunt het ontwikkeldocument 'Drugs- en Alcoholbeleid binnen GGZ NML', een proefproject dat zich richt op de bestrijding van overmatig drankgebruik bij de jeugd in IJsselstein, de positieve toetsing van de Inspectie voor Gezondheidszorg, de Oostenrijkexpeditie, de deelname van Jack Schuurmans aan het landelijk expertteam rond Zorgzwaartebekostiging, enz. enz. Ook kunt u lezen dat onze vaste columnist zal stoppen met schrijven voor Mentaal. Wij betreuren dit ten zeerste maar respecteren zijn besluit. De redactie zal zich buigen over mogelijke opvolging. Daarentegen het prettige bericht van de dienst Personeel en Organisatie dat zij voortaan vertegenwoordigd zullen zijn in de redactieraad. De teller staat nu op 10 leden.

Wij wensen u veel leesplezier in deze sombere tijden van de economische crisis. Maar kijk vooral ook naar de positieve kanten: in tijden van crisis groeit saamhorigheid en trekken mensen naar elkaar toe. Biedt de crisis ons toch nog iets moois!



INHOUD

- 2 Van de redactie
- 3 Inhoud
- 4 Van de voorzitter
- 5 Ontwikkelingen zomercursus 'Plezier op school'
- 6 Voortgang Servaashof
- 7 E-Mental Health
Flikje van Drost
- 8 Leren je eigen cognitief gedragstherapeut te worden
- 10 Belevingsverhaal Henk Kok
- 12 OnGegrond
- 13 Colofon
- 14 Beleid alcohol- en drugsgebruik; 'Slikken of stikken'
- 17 Zomerbraderie schot in de roos
- 18 Recht van spreken
De ontmoeting
- 19 EAD vertegenwoordigd in landelijk expertteam ZZP
- 20 Expeditie Oostenrijk
- 22 Toetsing inspectie voor gezondheidszorg positief!
- 24 Wetenschap
- 25 IGG
- 26 Individuele Rehabilitatie Benadering
- 28 Houd je hoofd erbij!
- 30 Verliesverwerking bij schizofrenie
- 32 Symposium alcohol, het brein en cognitie
- 34 Diabetes en psychiatrisch ziektebeeld vaak lastige
behandelcombinatie
- 36 Sterk in Beeldwerk





LIBERALISERING GGZ

Als voorzitter van de Raad van Bestuur buig ik me graag over mijn vaste column in Mentaal. Ik hecht daar waarde aan, omdat het mij de gelegenheid biedt om op mijn eigen manier mijn visie te geven over wat er binnen en buiten onze organisatie gebeurt. Deze uitgave wil ik graag ingaan op het besluit van minister Klink om de GGZ geen prestatie-bekostiging en vrije prijzen per 1 januari 2010 te geven. Daar ben ik bijzonder teleurgesteld over.

Het moet hét moment voor de sportploeg worden. Jaren is intensief getraind om op het juiste moment te presteren. De laatste maanden heeft het team alles op alles gezet om het beste uit zichzelf te kunnen halen. De voorbereiding is klaar, de warming-up is bezig en dan wordt in het stadion omgeroepen dat de wedstrijd wordt uitgesteld. De bond waartoe de sporters behoren, heeft op het allerlaatste moment doodleuk besloten om dé wedstrijd minimaal een jaar uit te stellen. Geen discussie mogelijk. Weg wedstrijdspanning, weg adrenaline, weg uitdaging. De ploeg blijft achter met een enorme kater en een leeg gevoel.

Ik moet zeggen: dat gevoel heb ik nu ook. Jaren hebben wij toegewerkt naar de invoering van de DBC's. Ons gedegen voorbereid op de liberalisering van de GGZ, met prestatiebekostiging en vrije prijzen per 1 januari 2010. En nu, aan de vooravond van hét moment, heeft minister Klink besloten om de DBC's niet per 1 januari 2010 in te voeren. Dat betekent dat wij nog minimaal een jaar langer met een overgangsregime te maken hebben, waarin we declareren volgens de nieuw in te voeren DBC's, waar we ons budget nog op basis van de oude AWBZ-regels ontvangen. Dus nog een jaar langer een dubbele administratie, terwijl we dat al twee jaar doen. Daar ben ik bijzonder teleurgesteld over. Het betekent namelijk niet alleen extra werklust, maar ook dat er per januari 2010 geen vrije prijzen komen voor de behandelingen. Marleen Barth, voorzitter van GGZ Nederland, reageerde 'dat de GGZ-sector zo blijft hangen in het niemandsland tussen liberalisering en overheidssturing'. Daar ben ik het volledig mee eens.

Hoe geloofwaardig is de overheid nog, als ze zo'n inconsistente besluiten neemt? Hoe serieus neemt de overheid de liberalisering van de GGZ? Ik vraag me af of minister Klink en het kabinet eigenlijk wel marktwerking in onze sector willen hebben. Maar het feit is dat we nu opnieuw een jaar moeten overbruggen. En zoals de sportploeg zich over de teleurstelling heen moet zetten en zich opnieuw moet opladen voor hét moment, zullen wij dat ook moeten doen. We mogen niet loslaten, we mogen geen scherpte verliezen en we moeten voor onszelf nieuwe uitdagingen zoeken. De wedstrijd komt toch een keer. En dan moeten we er staan. In topvorm.

ONTWIKKELINGEN ZOMERCURSUS 'PLEZIER OP SCHOOL'

De zomercursus "Plezier op school" die ontwikkeld is door de afdeling Preventie en Informatie, is onlangs als 'Theoretisch goed onderbouwd' erkend door de erkenningscommissie van de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederland Jeugdinstituut (NJI). Bovendien hebben afgelopen zomer ca. 200 kinderen deelgenomen aan een landelijk RCT-onderzoek (Randomized Controlled Trial) naar deze preventieve interventie die, dankzij subsidie van ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, door de Universiteit Utrecht wordt uitgevoerd. Beide ontwikkelingen zijn nieuwe mijlpalen voor dit succesvolle product van GGZnml.

De cursus "Plezier op School" is bedoeld voor aanstaande brugklassers die problemen hebben in de omgang met leeftijdgenoten, zoals gepest worden, sociale angst e.d. De cursus hoopt de sociale competentie van aanstaande brugklassers te vergroten zodat zij een goede start kunnen maken in het voortgezet onderwijs en het risico op herhaling van pesterijen en sociale omgangsproblemen verkleind wordt. Plezier op School wordt inmiddels door een grote hoeveelheid GGZ- en GGD- instellingen in heel Nederland uitgevoerd en was vorig jaar in Nederland de meest uitgevoerde interventie voor jeugdigen in het kader van preventie van angst- en stemmingsstoornissen.

De erkenning is een belangrijke stap voorwaarts in de ontwikkeling van Plezier op School. De databank geeft uitvoerders, beleidsmakers en financiers belangrijke informatie over de kwaliteit van interventies die in Nederland aan jeugdigen worden aangeboden (zie: www.nji.nl). In de databank worden alleen interventies opgenomen die op z'n minst goed zijn beschreven en theoretisch goed zijn onderbouwd. Op deze manier speelt de databank een belangrijke rol in het toenemend streven naar meer 'bewezen effectief' werken.

Uit eerdere masterstudies blijkt dat Plezier op School positieve resultaten oplevert, sociale angst vermindert, pesterijen nemen af en relaties met leeftijdgenoten verbeteren. Tot nu toe ontbraken echter onderzoeken met een hogere wetenschappelijke status (zoals vergelijking met een gematchte controlegroep). Met de huidige Randomized Controlled studie hopen de onderzoekers daarop een antwoord te kunnen geven.

Het RCT onderzoek wordt uitgevoerd door de Universiteit Utrecht, onder leiding van prof. dr. M.A.G. van Aken, die ook de eerdere masterstudies naar de cursus heeft begeleid, i.s.m. GGZ Noord- en Midden-Limburg, Trimbos Instituut, Indigo en het NIGZ.

Het onderzoek is momenteel in volle gang. Inmiddels is onderzoeker Saskia Mulder voor de duur van vijf jaar aangesteld om dit promotieonderzoek uit te voeren.



In het afgelopen voorjaar heeft zij een screening uitgevoerd in groepen acht van een groot aantal scholen in Nederland. Daaruit zijn uiteindelijk ca. 200 kinderen geselecteerd en bereid gevonden mee te doen aan het onderzoek. Vijftien GGZ- en GGD instellingen verspreid over Nederland hebben de interventie in het kader van het onderzoek deze zomer uitgevoerd, naast de ca. 40 instellingen, die Plezier op School sowieso al jaarlijks aanbieden. Marleen Faber, preventiewerker binnen GGZ Noord- en Midden-Limburg, die deze cursus ontwikkeld heeft, is voor een aantal uren per week betrokken als medeprojectleider bij dit onderzoek. De 30 trainers van de aan het onderzoek deelnemende GGZ- en GGD- instellingen zijn dit voorjaar door haar en haar collega Jan de Vlieger van Indigo Zeeland getraind op de Universiteit Utrecht.

In 2010 zal nogmaals een dergelijke omvangrijke screening worden gehouden. Daarna zullen de resultaten van het onderzoek bekend worden gemaakt. Het gaat dan niet alleen om de vraag of 'het werkt', maar ook om vragen voor wie het programma het meest geschikt is en welke elementen van het programma het meest werkzaam zijn.

Marleen Faber



VOORTGANG SERVAASHOF

St. Servatiusweg 31 t/m 177 oneven (73 zorgappartementen)

De voorbereidingen voor de verhuizing naar de appartementen door de toekomstige bewoners zijn in volle gang.

De keukens zijn geplaatst en de vloeren zijn gelegd. Men is bezig met de laatste afwerkingen, zoals plinten en gordijnrails bevestigen, gordijnen hangen, schoonmaken en inrichten met meubilair. Rondom het gebouw wordt gewerkt aan de aanleg van de infrastructuur. De verhuizing zal in fases gaan plaatsvinden. Wij wensen de toekomstige bewoners veel woonplezier!

Binnenhof

Zoals velen reeds hebben kunnen zien, zijn op dit moment in de binnenhof de voorbereidingen in volle gang voor het inzaaien van het nieuwe gras. Hiermee krijgt het groene parkachtige karakter van Servaashof steeds meer gestalte.

Renovatieprojecten Servaashof

Voor de renovaties is een volgende fase opgestart die zal leiden tot de definitieve ontwerpen voor de Paviljoens op Servaashof. Voor de totstandkoming van de ontwerpen is een projectorganisatie ingericht. Voor elk gebouw zal een werkgroep, waarin vertegenwoordigers zitten van de toekomstige gebruikers, zich gaan bezig houden met het vertalen van de programma's van

eisen naar een passend ontwerp.

Voor de renovatie van het project Boederij worden de laatste activiteiten in het kader van de voorbereidingen uitgevoerd, zodat na goedkeuring en besluitvorming direct gestart kan worden met de werkzaamheden.

Maaïke van Lipzig



In verband met vakantie van onze vaste cartoonist is de cartoon deze keer gemaakt door Leonard Claessens.



FLIKJE VAN DROST

E-MENTAL HEALTH

Het project E-Mental Health vordert gestaag. Op dit moment zijn drie bureaus druk bezig om een voorstel en offerte te maken voor een digitale zorgwegwijzer. Zij zullen hun voorstel eind september gaan presenteren, waarna er een keuze wordt gemaakt voor één concept.

Ook de adviezen over de implementatie van E-Mental Health in zorgprogramma's voor verslaving, adolescentenpsychiatrie en dementie zijn bijna klaar. Hiervoor zijn vragen voorgelegd aan medewerkers, zijn cliënten bevroegd en heeft literatuuronderzoek plaatsgevonden. In oktober worden de adviezen besproken in de stuurgroep E-Mental Health.

Per 1 oktober verlaat Ria Compagne GGZ NML. Marcel van Ewijk zal het stokje van Ria overnemen tot het einde van dit jaar. De projectgroep zal in de huidige samenstelling verder gaan; Marcel van Ewijk, Vincent Huygens-Tholen, Henk Verstappen en Ted Smits. Contacten lopen via Marcel van Ewijk, mvanewijk@ggznl.nl.

Voor geïnteresseerden: op 14, 15 en 16 oktober vindt de "First International E-Health Summit 2009 plaats. Meer informatie op <http://www.ementalhealthsummit.com/>

Regelmaat

Het schrijven van deze column voor Mentaal was een regelmatig terugkerende, plezierige bezigheid. Maandelijks klom ik in de pen om mijn zegje te doen. Sinds januari echter verschijnt Mentaal eens in de drie maanden.

Dat heeft zijn consequenties: wanneer je eenmaal per maand een stukje schrijft, hoort dat een beetje bij het ritme van de maand, het leeft in je en de inhoud van je stukje heeft een 'impact voor 30 dagen'!

Nu de Mentaal per kwartaal verschijnt krijgt de importantie van de column een ander gewicht. Kon ik eerst nog eens variëren in toon en inhoud (over vier weken zou ik toch weer schrijven), nu heb ik telkens het gevoel dat ik wanneer ik het ene doe, dat ik dan het andere noodgedwongen moet laten. Een kritisch stukje afwisselen met een meer beschouwend verhaal of een luchthartige anekdote zit er niet meer in. Dit bevalt me niet. Ik mis de vrijheid die de maandelijkse regelmaat me geeft. Daarom is de column voor Mentaal die u nu leest mijn laatste.

Op de valreep wil ik echter op deze plek aandacht vragen voor een groep die zich binnen dit instituut absoluut niet kan manifesteren en voor wie geen enkel inspraak- of overlegorgaan in het leven geroepen is. Een groep wiens aanwezigheid voor ieders welbevinden naar mijn mening ten zeerste wordt onderschat: de konijnen van het Servaasterrein. Zaagmachines en heggenscharen zijn opgerukt en langzaam maar zeker wordt het oude park ontdaan van struikgewas. Waar moeten zij, de konijnenvaders en -moeders met al hun kinderen heen? Help!

Bart Drost
Beeldend therapeut

LEREN JE EIGEN COGNITIEF GEDRAGSTHEAPEUT TE WORDEN



Sinds het Centrum voor Angst en Dwangstoornissen een jaar geleden haar aanbod heeft uitgebreid met zowel deeltijd- als ambulante behandeling, was de vertrouwde naam Kliniek voor Gedragstherapie niet meer dekkend en is deze veranderd. Ook is het centrum vanaf 1 januari 2008 HKZ-gecertificeerd.

De behandeling is cognitief gedragstherapeutisch van aard, met andere woorden: het centrum richt zich op verandering van gedrag en cognities. Hiervoor hebben alle verpleegkundigen een specialistische gedragstherapeutische vervolgopleiding gevolgd. De medewerkers streven ernaar dat cliënten leren op gedragsniveau te sturen in plaats van op gevoelsniveau. Als cliënten tot nieuw gedrag komen, voelt dit vaak nog niet goed, maar kunnen ze wel trots of tevreden zijn met het nieuwe gedrag. Het goede gevoel volgt pas (veel) later. Het doel van behandeling is niet dat cliënten klachtenvrij

met ontslag gaan, maar dat ze leren hun eigen cognitief gedragstherapeut te worden.

Daarnaast wordt het systeem van de cliënt in de behandeling betrokken door middel van voorlichtingsbijeenkomsten of door gesprekken met de gedragstherapeut waarin met behulp van een functieanalyse wordt geïnventariseerd hoe het systeem een in stand houdende rol in de klachten kan spelen. In de loop van de behandeling blijkt vaker dat echtbaar- of systeemproblematiek naar voren komt, waarop onze systeemtherapeut kan worden ingeroepen.

Vanaf de start van de kliniek in 1992 is er onderzoek gedaan naar de mate van tevredenheid van onze cliënten en de effecten van behandeling. Ieder jaar wordt geëvalueerd of er grote verschillen zijn in de waardering van bepaalde onderdelen en of er aanpassingen nodig zijn.

Een klinische behandeling heeft een minimale behandelduur van twaalf weken en een maximale behandelduur van vierentwintig weken. In het weekend gaan cliënten thuis aan de slag met afgesproken oefenwerk om een generalisatieproces op gang te brengen. Het behandelprogramma bestaat uit verschillende groepstherapieën (waaronder diverse trainingen, psycho-educatieve modules, psychotherapie), zowel verbaal als non-verbaal (PMT, creatieve en muziektherapie). Het therapeutisch milieu wordt ingezet om oefenwerk te verhelderen, te creëren en te bekrachtigen. In de tiende week volgt een praktijkweek, waarin cliënten kunnen toetsen of ze in staat zijn het geleerde thuis toe te passen. Als een cliënt vindt dat er nog zaken te leren zijn, kan hij/zij verlenging aanvragen voor een periode van twee tot vier weken. Een cliënt heeft één keer per week een individueel contact met zijn gedragstherapeut en gedragstherapeutisch medewerker.

De vierdaagse deeltijdbehandeling heeft een duur van minimaal zestien weken die met perioden van vier tot zes weken verlengd kan worden tot maximaal zeventig weken. Het behandelprogramma komt in grote lijnen overeen met dat van de kliniek. In de deeltijdbehandeling werken we voornamelijk groepstherapeutisch. Individueel contact vindt op vaste tijden plaats ter evaluatie van de behandeling. Exposure en responspreventie staan centraal, evenals oefenen in de eigen leefsituatie (gezin, werk, vrije tijd).

Na afloop van de klinische of vierdaagse deeltijdbehandeling kan een cliënt deelnemen aan een eendaagse deeltijdbehandeling welke gericht is op transfer en generalisatie van het geleerde. Deze deeltijdbehandeling is in principe twaalf weken met de mogelijkheid tot verlenging in periodes van vier weken tot maximaal vierentwintig weken. Indien vervolgens nog behoefte aan hulp bestaat, kunnen cliënten deelnemen aan de poligroep, waaraan ze maximaal vijftien keer mogen deelnemen in een jaar. De maximale totale behandelduur komt daarmee op twee jaar.

Onze cliënten worden vooral verwezen door de ambulante GGZ, vrijgevestigde psychotherapeuten, poli's psychiatrie en andere klinieken. In een intake probeert een gedragstherapeut een beeld te krijgen van de

problematiek, diens achtergrond en motivatie. Getoetst wordt of een cliënt bereid is zijn angst te leren verdragen en ander gedrag te gaan vertonen. Na een intake volgt binnen twee weken de terugkoppeling of cliënt geïndiceerd is voor één van de volgende behandel-mogelijkheden: een klinische opname (19 bedden), een vierdaags deeltijdprogramma (9 stoelen), een ambulante contact met een gedragstherapeut, of een GIT-contact onder supervisie van een gedragstherapeut. De laatste twee mogelijkheden zijn bedoeld voor cliënten waarbij tweedelijns behandeling onvoldoende blijkt en een opname of intensieve deeltijdbehandeling bij ons (nog) niet geïndiceerd is. Indien cliënt niet geïndiceerd is voor behandeling binnen ons centrum volgt terugverwijzing met advies voor alternatieve behandeling.

Vanaf de start van de kliniek in 1992 is er onderzoek gedaan naar de mate van tevredenheid van onze cliënten en de effecten van behandeling. Ieder jaar wordt geëvalueerd of er grote verschillen zijn in de waardering van bepaalde onderdelen en of er aanpassingen nodig zijn. Gekeken naar de kliniek zijn in 2008 44 cliënten, gemiddeld 34 jaar met een klachtenduur van 14 jaar, gedragstherapeutisch behandeld met bevredigende resultaten. Cliënten beoordelen hun algemene toestand bij ontslag in 88.1% van de gevallen als wat beter tot veel beter. De gemiddelde behandelduur bedraagt vier maanden. Cliënten werden behandeld voor obsessief compulsieve klachten, paniekstoornissen met of zonder agorafobie, gegeneraliseerde angststoornissen, sociale fobieën en specifieke fobieën. Comorbide diagnoses zijn vooral depressies, eetstoornissen en seksuele stoornissen. Bijna 60% heeft een persoonlijkheidsstoornis. De behandeling richt zich op de As I problematiek, waarbij rekening wordt gehouden met As II problematiek. Soms zien we ook forse verandering optreden rondom AS II patronen. In vergelijking met de evaluaties van voorgaande jaren zijn er geen significante verschillen. De uitdaging voor de komende jaren ligt dan ook in het blijven behalen van relatief grote behandel-effecten.

I. Vanderhallen

Centrum voor Angst en Dwangstoornissen

HENK KOK: MAN MET DUIDELIJKE MISSIE



Tijdens mijn zoektocht naar een persoon die zijn verhaal wil vertellen voor het bedrijfsmagazine Mentaal en die als cliënt geregistreerd staat, kreeg ik al snel een signaal van de collega's bij het RCG in Venlo. Zij adviseerden mij eens te gaan praten met Henk Kok. Zij vertelden dat het verhaal van de heer Kok bijzonder is en dat hij een hele geschiedenis achter de rug heeft.

Kunt u iets vertellen over uw achtergrond?

"Laat ik eerst zeggen dat ik 48 jaar oud ben en dat ik uit Friesland kom. Ik heb een groot deel van mijn leven in Utrecht gewoond waarna ik naar Limburg ben verhuisd.

Ik prijs mij gelukkig met de vele sociale contacten die ik op dit moment heb. Ik heb zeer regelmatig contact met mijn familieleden en vrienden en op dit moment ben ik drie dagdelen in behandeling bij het RCG." Over mijn verleden doe ik niet geheimzinnig.

In het verleden was ik betrokken bij ernstige misdrijven en was dakloos. Die tijd was echt bizar. Ik heb zeker 10 jaar van mijn leven in de gevangenis doorgebracht. Ik kan mij herinneren dat TV Utrecht mij heeft geïnterviewd in de gevangenis. Achteraf gezien heeft misschien juist deze periode en misschien ook wel het interview mijn gedachten doen veranderen. Ik vroeg mij steeds vaker af: "Is dit nu wat ik wil?"

Als ik het goed begrijp, hebt u het na deze periode

Het is zwaar maar op de een of andere manier vind ik het ook prettig hoe de mensen bij het RCG met mij omgaan. Ze behandelen mij met respect en daarnaast spreekt de mentaliteit van de Limburgers mij enorm aan.

anders aangepakt. Maar hoe bent u in contact gekomen met het RCG?

"Ik leid mijn leven nu anders; dat staat vast. Ik zie mijzelf ook als een sterk persoon. Maar juist deze gedachte heeft recent een dreun gekregen. Tijdens mijn werk voor de stichting Emmaus Feniks (een stichting die opkomt voor mensen die in een wanhopige situatie verkeren en die weer een normaal bestaan willen opbouwen) kreeg ik namelijk ernstige problemen met mijn hart. Ik moest met spoed naar het ziekenhuis voor een operatie. Goed, hoewel de eerste operatie gelukt is, moet ik binnenkort voor een nieuwe operatie naar het ziekenhuis. Juist deze gebeurtenis heeft er echter wel voor gezorgd dat ik het psychisch moeilijk heb gekregen. Mede door deze gebeurtenis ben ik bij het RCG terecht gekomen.

De therapie bij het RCG ervaar ik als zwaar maar het is mijns inziens ook noodzakelijk. Bij bepaalde onderdelen wordt mij echt een spiegel voorgehouden. Het komt regelmatig voor dat ik tijdens besprekingen geconfronteerd word met mijn gedrag. Vooral drama kan zwaar zijn. Je moet dan in bepaalde situaties deelnemen aan rollenspelen waarna vervolgens gereflecteerd wordt op je eigen handelen. De verpleegkundigen weten op zo'n moment mij precies te confronteren en de vinger "op de zere plek te leggen."

Het is zwaar maar op de een of andere manier vind ik het ook prettig hoe de mensen bij het RCG met mij omgaan. Ze behandelen mij met respect en daarnaast spreekt de mentaliteit van de Limburgers mij enorm aan. Het is zo anders dan de mensen in Utrecht. Daar gaan de mensen echt stug met elkaar om."

Zijn er gebeurtenissen waar u juist met plezier aan terugdenkt. Heeft u nog plannen met betrekking tot de toekomst?

"Ik ben er trots op dat ik aan mijn leven een draai heb kunnen geven. Ik ben er trots op dat ik nu voor de organisatie Emmaus-Feniks werk. Daarnaast vind ik het heel goed om therapie te volgen. Juist deze combinatie zorgt ervoor dat ik anders kan gaan leven. Eigenlijk kan ik wel zeggen dat ik 180 graden ben gedraaid. De gevangenis (waar ik overigens heel veel heb geleerd) ligt nu achter mij. Ik ben tevreden dat ik van zover ben

gekomen en dat ik nu een goede dagbesteding heb. Als ik geen therapie volg, werk ik 8 uur voor onze stichting en dat voelt allemaal goed. Ik bestempel mijn leven hier in Limburg als zeer plezierig. Eigenlijk wil ik hier niet meer weg.

Wat mijn toekomst betreft kan ik heel duidelijk zijn. Ik wil heel graag verder met mijn huidige werkzaamheden. Op dit moment krijg ik geen uitkering maar een vergoeding voor de werkzaamheden die verricht worden bij de stichting. We verkopen 2e hands spullen, voorzien onszelf van groenten, fruit en vlees en hebben een plek waar we kunnen overnachten. Het fijne is verder dat ik bij de stichting eveneens begeleid word en dat dit allemaal hand in hand gaat met de therapie bij het RCG. Ik ben mij er echter van bewust dat de therapie die ik op dit moment krijg bij GGZ NML niet voor eeuwig zal blijven doorgaan. De behandeling die ik nu volg, duurt nog twee weken. Als de termijn verstreken is, heb ik twee maanden therapie bij het RCG achter de rug. Na deze periode hoop ik mij dan weer volledig te richten op mijn werkzaamheden.

Natuurlijk weet ik niet hoe de toekomst eruit gaat zien. Ik heb geen glazen bol ter beschikking. Het lijkt mij echter wel prachtig mijn werkzaamheden uit te breiden. Dat ik als een soort jongerenwerker mensen ga begeleiden die een moeilijke jeugd hebben. Dat ik via mijn eigen ervaringen de jeugd die bij Emmaus-Feniks betrokken zijn, kan begeleiden. Het is goed via je eigen achtergrond mensen te helpen, ik loop daar echt warm voor."

Wilt u tot slot zelf nog iets zeggen wat niet is besproken?

Ik zou het mooi vinden als de mensen ons eens bezoeken. Wij zijn te vinden in het voormalig trappistenklooster in Venlo-Zuid. Op 20 september is onze winkel geopend. Als mensen geïnteresseerd zijn, kunnen ze een kijkje komen nemen. Degenen die meer informatie willen ontvangen, wil ik graag doorverwijzen naar onze website.

Paul de Bijl

GGZ Noord- en Midden-Limburg heeft een Klachtencommissie voor Cliënten op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) en de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Een cliënt of degenen die optreedt namens de cliënt kan een klacht indienen bij deze commissie als hij of zij bezwaar heeft tegen een gedraging van een medewerker of een handelwijze van de instelling jegens de cliënt of tegen een beslissing met betrekking tot de behandeling of begeleiding die gevolgen heeft voor de cliënt. De commissie verklaart de klacht gegrond of ongegrond en brengt haar oordeel ter kennis van de Raad van Bestuur die vervolgens maatregelen kan treffen.

KLACHT

De heer J, ten tijde van de klacht met een rechterlijke machtiging opgenomen in een kliniek van de Divisie Langdurige Complexe Zorg, heeft een klacht ingediend vanwege de aan hem opgelegde beperkingen van zijn recht op bewegingsvrijheid, recht op correspondentie en recht op telefoonverkeer.

Relevante feiten

J. is bekend met het psychiatrisch ziektebeeld manische depressiviteit. Vanwege manisch gedrag veroorzaakte hij veel overlast, zowel binnen als buiten de instelling. Hij stapte overdag en 's nachts op allerlei mensen af, waaronder ook zijn familie, of belde hen op om hen aan te zetten tot acties. Hij vertelde dan over zijn grootse plannen die hij bezig was te realiseren. Daarbij maakte hij grote kosten door veel dingen te kopen of te bestellen. Zo had hij voor zijn verjaardag honderden broodjes besteld voor een groot feest. Dit soort ontremming was in het verleden al vaker gebeurd. Het leidde ertoe dat hij gaandeweg zijn greep op de realiteit verloor. Hij onttrok zich dan aan de verpleging en zijn handelen maakte vaak politieoptreden noodzakelijk. Om te voorkomen dat het zou escaleren heeft de psychiater, toen er duidelijke signalen waren van een opkomende manie, hem de genoemde beperkingen opgelegd voor een periode van drie maanden.

Verweer

In de hoorzitting heeft de klager verklaard dat hij achteraf gezien wel begrip heeft voor de opgelegde beperkingen. Het heeft hem en anderen veel ellende bespaard. Toch twijfelde hij aan de juistheid van de maatregelen en aan het feit dat deze meteen voor een periode van drie maanden zouden gelden. Hij vond dat de redenen om de beperkingen op te leggen te zwaar zijn aangezet: belasting voor de samenleving, overlast en grensoverschrijdend gedrag. Hij heeft zich in de periode dat de beperkingen golden heel geïsoleerd gevoeld.

Tegenverweer

De psychiater heeft uiteengezet dat het noodzakelijk was om in te grijpen. Vanwege de voorgeschiedenis was het voorspelbaar hoe het ziekteproces van de patiënt zich zou ontwikkelen en hoe schadelijk dit zou zijn, niet in de laatste plaats voor de patiënt zelf. Zij heeft verklaard dat de beperkingen werden opgelegd voor een periode van drie maanden, maar dat het daadwerkelijk continueren van die beperkingen afhankelijk was van het functioneren van de patiënt. Er kon altijd gesproken worden over opheffing of versoepeling van de beperkingen.

Beoordeling van de Commissie

De Commissie zet uiteen dat beperkingen van het recht op bewegingsvrijheid, het recht op correspondentie en het recht op telefoonverkeer, slechts op de in artikel 40 Wet BOPZ genoemde gronden kunnen worden gerechtvaardigd.

Het gaat om fundamentele rechten van de mens die alleen beperkt mogen worden als er een wettelijke grondslag voor is. De wet geeft aan dat beperkingen gerechtvaardigd zijn als daarmee (1) ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt zelf, (2) verstoring van de openbare orde in het ziekenhuis en (3) het plegen van strafbare feiten voorkomen kunnen worden. De Commissie constateert dat de drie rechtvaardigingsgronden in voldoende mate aanwezig waren, mede gelet op de ervaringen uit eerdere manische periodes van de patiënt. Verder constateert de Commissie dat in beginsel een periode van drie maanden is gesteld, maar dat het continueren van de beperkingen getoetst werd aan het actuele toestandbeeld van de patiënt.

Uitspraak

De Commissie verklaart de klacht van J. over de aan hem opgelegde beperkingen van zijn recht op bewegingsvrijheid, recht op correspondentie en recht op telefoonverkeer [ongegron](#)d.

Commentaar

Opvallend in deze klacht is, dat de klager al tijdens de klachtprocedure aangeeft achteraf blij te zijn dat zijn behandelaars hebben ingegrepen. Hij ziet in dat het voor zijn eigen bestwil is geweest. Daardoor is hem en anderen veel leed bespaard gebleven. In de BOPZ echter geldt vooral het gevaarcriterium. Vrijheidsbeperkingen zijn alleen toegestaan als de patiënt of anderen ernstig gevaar lopen ten gevolge van de geestesstoornis van de patiënt. Dat criterium wordt toegepast in het geval van een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis, bij de beslissing tot dwangbehandeling en bij de beslissing tot het toepassen van middelen of maatregelen. Ook voor artikel 40 van de BOPZ geldt dat door de opgelegde beperkingen het ontstaan van gevaar voorkomen wordt. Het nadeel van het uitgangspunt van het gevaarcriterium is, dat je pas kunt ingrijpen als het gevaar zich al manifesteert. Vaak is het dan in de ogen van de behandelaar te laat. Het zou beter zijn geweest voor de patiënt (bestwil) als men eerder had kunnen ingrijpen. Het bestwilcriterium krijgt de laatste jaren weer meer krediet. Ook de wetgever is van oordeel dat de BOPZ in dit opzicht tekortschiet. Daarom is er een nieuwe wet in de maak die de BOPZ gaat vervangen: de wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg. Het wetsvoorstel is in oktober 2008 ingediend. De Klachtencommissie laat zich bij de toetsing aan artikel 40 BOPZ al min of meer leiden door het bestwilcriterium. Enkele jaren geleden zou de klacht waarschijnlijk gegrond zijn verklaard. Ingrijpen in de vrijheidssfeer zou dan alleen gerechtvaardigd kunnen worden op grond van afspraken in het behandelplan. In dat geval zou men zich moeten beroepen op artikel 38 BOPZ.



TELEFOONNUMMERS

Arbodienst Achmea Vitale

0475-399899, Lisette de Bruijn, bedrijfsarts: lisette.de.bruijn@achmea-arbo.nl, Louis Thissen, bedrijfsarts: louis.thissen@achmea-arbo.nl

GGZ Noord- en Midden-Limburg algemeen

0478-527527

Personeelstrouwenpersoon:

John Blankers, 0475-399899, john.blankers@achmea-arbo.nl

Klachtencommissie individuele medewerkers

0478-527597, avandenberg@ggznl.nl, Commissie sociale begeleiding: 0478-527597, avandenberg@ggznl.nl

Ondernemingsraad

0478-527245

Ziek- en herstelmelding

0478-527161

COLOFON

Redactie mentaal

Eleën Mulder-Verleg, *hoofd- en eindredacteur*

Sabine Nicolassen, *bureau communicatie*

Ans Swillens, *Informatiecentrum Geestelijke Gezondheid*

Karin Geerkens, *Paschalis*

Truus Offermans/Hilal Uysal-Cosgun, *EAD*

Kim Waskowskij, *specialistische functies*

Diana Wong Si Kwie, *RCG Venray*

Paul de Bijl, *divisie PIA*

Mentaal is het magazine van GGZ Noord- en Midden-Limburg voor (oud-)medewerkers, vrijwilligers en externe relaties en verschijnt zes keer per jaar.

Uitgave

bureau communicatie GGZ Noord- en Midden-Limburg.

Oplage

2.450 exemplaren

Vormgeving

Ohho Venray

Fotografie

Johan Flapper, GGZ Noord- en Midden-Limburg, Hans van der Beele, Sevenum, bureau communicatie GGZ Noord- en Midden-Limburg.

Drukkerij

ARS Grafisch Roermond

Redactieadres

GGZ Noord- en Midden-Limburg, bureau communicatie, t.a.v. E. Mulder-Verleg, postbus 5, 5800 AA Venray, tel. 0478-527186, mentaal@ggznl.nl

Deadline volgende nummer

6 november 2009. Foto's gescheiden van tekst – dus als apart jpg-bestand – aanleveren. Voor meer informatie zie www.ggznl.nl of het intranet. Indien u besluit uw abonnement te beëindigen, kunt u dit kenbaar maken via mentaal@ggznl.nl of schriftelijk via het redactieadres.

SLIKKEN OF STIKKEN?

Binnen GGZ NML wordt al langere tijd gediscussieerd over hoe om te gaan met drugs- en alcoholproblematiek. Verschillende ontwikkelingen maken het formuleren van een eenduidige visie en een helder handelingskader rondom het gebruik van alcohol en drugs voor cliënten (en hun systeem) voor medewerkers en voor de omgeving urgent.

Een werkgroep onder leiding van Toon Wijdeveld, directeur a.i. divisie Verslavingszorg, boog zich over de visie van GGZ NML ten aanzien van het alcohol- en drugsbeleid. Adviesbureau Zorgconsult verwerkte dit tot een notitie met daarin de kaders en uitgangspunten die GGZ NML hanteert. Dit ontwikkeldocument dient als uitgangspunt voor de discussie die gevoerd moet gaan worden over verdere ontwikkeling en uitvoering van het beleid. Op 1 december a.s. zal er een werkconferentie plaatsvinden waar met elkaar van gedachten gewisseld kan worden over hoe om te gaan met het gebruik van alcohol en drugs binnen onze organisatie.

Het gebruik van alcohol en drugs wordt zowel landelijk als binnen GGZ NML een steeds groter probleem. Er is sprake van een aanzienlijk percentage dubbeldiagnosecliënten: steeds meer cliënten raken door verschillende oorzaken verslaafd aan alcohol en drugs.

Toon Wijdeveld licht toe; 'Dubbeldiagnosecliënten zijn cliënten met zowel een verslaving als een andere psychiatrische aandoening in de GGZ NML (20-50%). Daarnaast is ook niet verslaafd gebruik van alcohol of drugs voor cliënten met een psychiatrische aandoening

al snel schadelijk vanwege verergering en maskering van symptomen en verstoring van een goede behandeling en begeleiding. Een tijdelijke verlichting van symptomen van de oorspronkelijke psychiatrische aandoening of van bijwerkingen van medicatie kan een aanleiding zijn om alcohol en drugs te gaan gebruiken. Feit is dat we binnen de GGZ te maken hebben met kwetsbare mensen die nogal eens moeite hebben om weerstand te bieden tegen middelengebruik. Omdat zij vaak niet goed in staat zijn hun eigen dag te structureren en zinvol in te vullen,

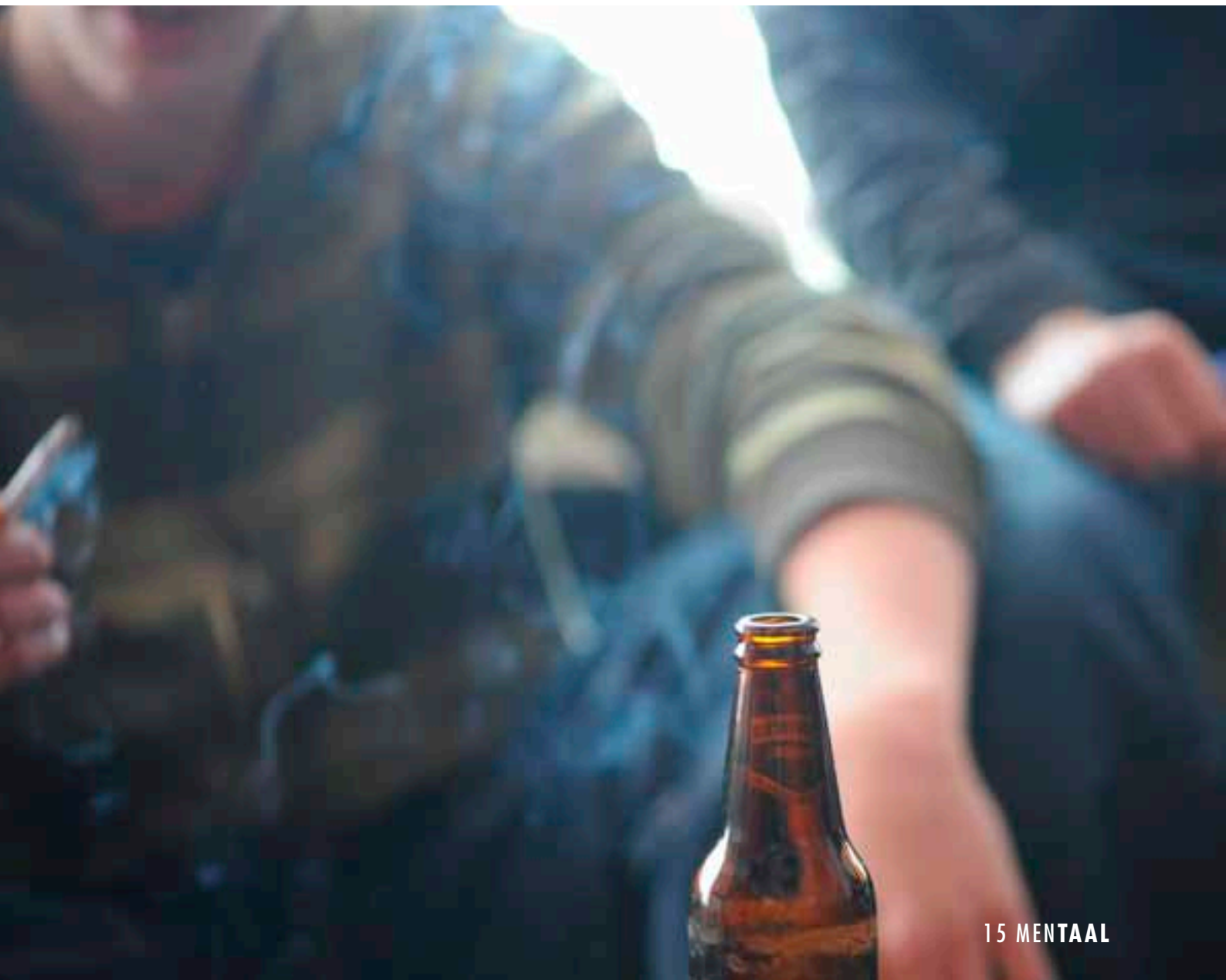
De visie op het beleid m.b.t. alcohol- en drugsgebruik bewoog zich in de loop der jaren tussen twee uitersten: verbieden en gedogen.

lopen zij ook vanuit die ledigheid eerder de kans te vervallen tot het gebruik van middelen.' Daarnaast is er sprake van verbreding van het probleem. Het speelt op vrijwel alle organisatieonderdelen, en met de uitstroom van cliënten naar woonvormen in de regio verspreidt het probleem zich ook buiten het instellings-terrein en leidt het tot overlast.

De visie op het beleid m.b.t. alcohol- en drugsgebruik bewoog zich in de loop der jaren tussen twee uitersten: verbieden en gedogen. Van eenduidigheid was tot nog

toe geen sprake. De werkgroep concludeerde dat de te formuleren visie om de nodige nuances vraagt. Het beleid behoort, gezien de breedte van de problematiek, te zijn toegespitst op verschillen in zorgsoort, situatie en context en tegelijkertijd helder te zijn en maar voor één uitleg vatbaar.

'Het is belangrijk middelengebruik en de betekenis daarvan al bij de eerste contacten met de cliënt te bespreken, en deskundige informatie te geven opdat de cliënt zoveel mogelijk een eigen keuze kan maken. Hierbij passen motiverende gesprekstechnieken. Een goede inschatting van



BELEID ALCOHOL- EN DRUGSGEBRUIK; SLIKKEN OF STIKKEN?

de eigen mogelijkheden van de cliënt is echter ook zeer belangrijk. Verslaving tast immers de autonomie ernstig aan en daarbij kan het nodig zijn de cliënt vanuit onze kennis veel directer te sturen, om te voorkomen dat hij de speelbal wordt van zijn eigen verslaving. De setting waarin de cliënt zich bevindt, is mede bepalend voor de mate van vrijheid die hij kan krijgen in de keuzes ten aanzien van al of niet gebruiken. Dat maakt een helder beleid met praktische handvatten cruciaal', aldus Toon.

De inspanningen van werkgroep en Zorgconsult leverde de volgende integrale visie op:

'Verslaving is een naar chroniciteit neigende, recidiverende psychiatrische stoornis die de autonomie aantast. GGZ NML ziet het als haar primaire verantwoordelijkheid om de cliënt zo goed mogelijk te behandelen en begeleiden, om zo ondersteuning te bieden bij het aanpakken van de verslaving en het heroveren van de autonomie van de cliënt. Aangezien zowel alcohol- en drugsgebruik als misbruik als schadelijk worden gezien voor de kwetsbare psychiatrische patiënt, vormt ontmoediging daarbij het uitgangspunt. Daar waar individuele (behandel- of begeleidings-) afspraken de veiligheid aantasten of tot overlast leiden, (inclusief negatieve (verslavings-) aspecten ten opzichte van andere cliënten), wordt door de (hoofd)behandelaar een grens getrokken en worden nieuwe afspraken gemaakt.'

Realisatie van deze visie heeft consequenties ten aanzien van het beleid, de patiëntenzorg, handhaving en de terreinen en gebouwen.

Het beleid zal moeten worden uitgedragen naar medewerkers, cliënten en externe partners.

'Ik vind het van belang dat alle medewerkers zich realiseren dat ook voor psychiatrische patiënten het gebruik van middelen niet 'gewoon' is, stelt Toon. 'We zijn een instelling voor gezondheidszorg en dat moeten we uitstralen vanuit alle geledingen; gebruiken kan hier niet! Ik vind het daarom belangrijk dat medewerkers bij zichzelf nagaan hoe ze hier tegenover staan, dat zij hierover nadenken en met elkaar in gesprek gaan. Het beleid moet niet iets zijn dat opgelegd wordt, maar dat van ons allen wordt. Dat maakt de werkconferentie op 1 december zo boeiend en belangrijk. Het schept de mogelijkheid met elkaar van gedachten te wisselen over het beleid en de praktische uitvoering ervan.'

Ten aanzien van de patiëntenzorg zullen behandelaars het gebruik van verslavende middelen moeten problematiseren en bij de behandeling betrekken. Met patiënten worden afspraken gemaakt in de behandelovereenkomst,

ondersteund door eenduidige huisregels. Behandelaars moeten in dit kader worden opgeleid en voorgelicht. 'Dat betekent goede informatie en voorlichting naar cliënten en medewerkers, zodat iedereen weet hoe er binnen GGZ NML omgegaan wordt met alcohol en drugs en we elkaar er ook op kunnen aanspreken. Wellicht is het straks vanuit de Servaashof naar de omgeving toe een idee om een straathoekwerker te benoemen die geraadpleegd kan worden als er gedeald wordt of er op andere manieren sprake is van overlast met betrekking tot drugs en alcohol.'

Patiënten en medewerkers zijn en blijven in de eerste plaats burgers. Het plegen van strafbare feiten heeft dus consequenties. Veiligheid voor deze groepen kan conflicteren met privacy en regels kunnen leiden tot nieuwe grensafbakening t.a.v. het privé domein van patiënten. 'Ik denk', aldus Toon, 'dat het heel goed is dat er ook cliënten deelnemen aan de werkconferentie om met ons mee te denken over beleid en uitvoering. Ik ben van mening dat hun inbreng niet mag ontbreken.'

Met betrekking tot de (openbare) terreinen en gebouwen zou het toezicht verscherpt moeten worden en maatregelen moeten worden getroffen die criminele activiteiten moeilijker maken.

'Bijvoorbeeld door te zorgen voor voldoende verlichting, en cameratoezicht waar nodig en dergelijke. De ruimten en terreinen moeten een veilig gevoel geven', stelt Toon tot slot.

Tijdens een werkconferentie, met als uitgangspunt het ontwikkeldocument 'Drugs- en Alcoholbeleid binnen GGZ NML' en de reacties daarop uit de besprekingen in de verschillende teams, zal er met medewerkers in de breedste zin van het woord (leidinggevend, behandelaars en alle overige hulpverleners) gezocht worden naar een verdere verfijning van het beleid/de visie en naar handvatten om praktisch uitvoering te kunnen geven aan het beleid.

Binnenkort volgt er meer informatie over de aanmelding en het programma van de werkconferentie op 1 december as. Blok die middag vast in je agenda! Je vindt het ontwikkeldocument op Intranet.

Sabine Nicolassen

ZOMERBRADERIE SCHOT IN ROOS



Het team 'Recreatie op Locatie' van het Activiteitscentrum van GGZ Noord- en Midden-Limburg heeft op 15 juli een zomerbraderie georganiseerd voor zowel cliënten als inwoners van Venray.

Het bleek een ongekend succes te zijn. Zeker 250 vrolijk gestemde bezoekers bezochten het gebeuren. Een mix van oude ambachten. Handgemaakte artikelen van hout, metaal enz. werden aangeboden voor de verkoop, evenals prachtige schilderijen. Wat ook in de smaak viel, was een stuk meerijden in de Dodge met Grad Kunen. Evenals het kleinvee in de weide en een bloemstukje maken, terwijl dansgroepen en artiesten hun beste beentje voorzetten. Zoals Altje Hendriks (look-a-like Beppie Kraft), die de meezingers op haar hand had. Maar zeker ook onze 'eigen' troubadour Joop Onckels die met zijn luisterliedjes het gehoor aan zich bond.

Voor de koffie, thee of frisdrank kon men in 't Huukske terecht, waar de bediening soms handen te kort kwam, waar de sfeer echt gezellig was, ook op het buitenterras. En wat dacht u van de catering op het feestterrein? Twee bolletjes ijs voor iedereen, en niet zomaar ijs. Nee, immers Nederlands kampioen ijssalon Clevers uit Arcen was door

de organisatie gestrikt. Heerlijk, evenals de frites. Voor iedereen, ouderwets lekker, zelf gebakken en in een puntzak met mayonaise erop! Of een heerlijk geschilde en gesneden appel van Boer Hans. Rond de klok van vijf uur als afsluiting de loterij met leuke prijzen, veelal gesponsord door de mensen van de braderiekramen. Bij sluiting van het festijn een en al tevredenheid bij de bezoekers, maar ook bij de talloze medewerkers.

Ook voor ons, de medewerkers van het consumerrunproject 't Huukske (dagelijks open, kom gerust een kijkje nemen) was het een middag van weliswaar flink doorwerken, maar met veel plezier!

Merci, en tot volgend jaar!

Jan Leijsten
consumerrunproject

RECHT VAN SPREKEN

Juridische kwesties die in de hulpverleningspraktijk kunnen spelen, stellen we in deze rubriek aan de orde. Voor vragen en/of opmerkingen kunt u terecht bij Renée Talma, staflid juridische zaken van GGZ Noord- en Midden-Limburg.

Aansprakelijkheid van de instelling voor schade cliënt

Mevrouw Evers bevuilt haar broek onherstelbaar met verf tijdens creatieve therapie. Is de instelling aansprakelijk voor de schade, die de cliënt bij zichzelf veroorzaakt? Wie vergoedt de broek?

In het geval van schade, die de cliënt lijdt, is de aansprakelijkheid van de instelling afhankelijk van de omstandigheden van het geval, de ernst van de schade, de mate van toezicht, de voorzienbaarheid van de schade en de persoon van de cliënt.

In zijn algemeenheid is het lastig om een uitspraak te doen over de aansprakelijkheid. In deze casus zou een rechter bijvoorbeeld kunnen bekijken of het gebruikelijk is dat door de instelling in beschermende kleding wordt voorzien of dat de instelling cliënten vooraf waarschuwt voor het risico als zij geen beschermende kleding dragen.

De voorzienbaarheid van schade en de mate van toezicht kan afhankelijk zijn van de persoon van de cliënt: hoeveel eigen verantwoordelijkheid mag de hulpverlening bijvoorbeeld van deze cliënt verwachten.

Bron:

Vraagbaak Psychiatrie en recht, GGZ-Nederland, 2007

In deze rubriek staat het contact centraal tussen een behandelaar en een cliënt.

Henk van Vorselen is woonbegeleider binnen de divisie Verslavingszorg.

Paultje

"Spannend?" vraag ik aan Paultje die op zijn troon zit, in de keuken waar zijn hele leven af lijkt te spelen. Met een blik bier in de ene en een zwaar sjekkie in de andere hand zit hij half onderuit gezakt naar de draaiende trommel van de wasmachine te kijken. "Je hebt tegenwoordig ook breedbeeldwasmachines", grap ik, "speciaal voor onderbroeken-humor". Paul kijkt me met een opgetrokken oog aan. Niet leuk dus. Op de wasmachine staat een magnetron te trillen. Bij het centrifugeren begint deze te dansen richting keukenvloer. Zijn partner komt binnen - ook niet meer al te vast ter been - met papieren van de gemeente. "Hier snap ik niets van", zegt ze en overhandigt mij het onsnapbare. "Dit is een schrijven van de gemeente voor bijstandsgesinnen waarbij de mogelijkheid bestaat op diverse activiteiten korting te krijgen", leg ik haar uit. "Zit daar wat voor ons bij?" In gedachten ziet ze de zilvervloot al binnenkomen. Helaas moet ik haar teleurstellen; een korting op een bezoek aan de brouwerij behoort niet tot de aangeboden activiteiten. "Maar wat kun je dan wel krijgen?" vraagt ze met nog een lichte hoop op een troostprijs. Ik leg haar uit, dat een korting op een internetabonnement wel tot die mogelijkheden behoort, ten minste als je in het bezit bent van een computer. Opeens begint ze naar de magnetron te wijzen die nu langzaam maar zeker van de wasmachine af dreigt te pletteren. "De, de, de". Ze kan niet zo snel op de naam van het stuiterende apparaat komen. "Dat is geen computer trut, da's een magnetron" sneert Paultje. Weg korting.

Op zichzelf een alleraardigst koppel. Ook eigenlijk wel sociaal. Allebei fervent aanhanger van de vochtige divisie. Zij noemt hem meestal heel liefvallig 'eierkop', maar omgekeerd wilt u liever niet weten hoe hij haar noemt. Hierbij moet je dan denken aan een combinatie van enge ziektes, groot en klein vee, hoofdstukken uit de Kama Sutra en iemand met het IQ van een vlaggenstok. Toch houden ze op hun manier zielsveel van elkaar en kunnen ze moeilijk zonder elkaar en met moeite met elkaar. Vaak is dan bemiddelend optreden vereist. Meestal een gevecht tegen de bierkaai, met de nadruk op bier.

Sinds mijn eerste huisbezoek zijn er al diverse zaken verbeterd. Het contact met hun bewindvoerder is beter geworden en ik help hen met de 'papierkraam'. Toen Truus vorig jaar met haar scootmobiel een Mercedes van de weg af had proberen te drukken, hadden ze op het schadeformulier als verzekeringsmaatschappij de leverancier van de scootmobiel opgegeven. Omdat deze niet van plan was de schade te betalen, kwam de rekening uiteindelijk bij het paar terecht. Aan mij de taak dit weer recht te buigen.

Hun droom is op dit moment een bejaardenhuisje. Iets dat we in de komende tijd eens zullen gaan aanpakken want uiteindelijk veroorzaken ze weinig overlast. Alleen voor elkaar.

Henk van Vorselen

EAD VERTEGENWOORDIGD IN LANDELIJK EXPERTTEAM ZZP

Jack Schuurmans, teamleider zorgadministratie van de Economisch Administratieve Dienst (EAD), heeft op verzoek van GGZ Nederland deelgenomen aan het landelijk expertteam rond Zorgzwaartebekostiging, ingesteld door het Ministerie van VWS. GGZ Nederland heeft hem gevraagd omdat de EAD landelijk een goede naam heeft opgebouwd met de implementatie van de DBCs.

Jack: "Vanuit mijn betrokkenheid bij de interne projectorganisatie over de invoering van de zorgzwaartebekostiging had ik hier veel belangstelling voor. Ook persoonlijk vond ik het een uitdaging om op dit niveau mee te denken over mogelijke oplossingen".

De vernieuwingen in de zorg kosten geeft de zorginstellingen veel hoofdbrekens. Administratief betekent het nogal wat. Aan de registratie en de verantwoording van de geleverde zorg worden door de zorgverzekeraars andere en hogere eisen gesteld. Daarbij is het voor alle partijen nog zoeken naar de juiste vorm. Mede daarom is overleg in een vroeg stadium, zoals het bovengenoemde expertteam, erg zinvol. Door mensen uit alle geledingen, dus ook uit het uitvoerende vlak, vroegtijdig te betrekken, kun je snel bijsturen.

"In de bijeenkomsten van het expertteam werden oplossingsrichtingen getoetst bij de personen die de uitvoering van dichtbij kennen, maar ook op de hoogte zijn van de beleidsmatige context," aldus Jack. "De expertgroep bestond uit vertegenwoordigers van de zorgkantoren, van de zorgbranches, zoals GGZ-Nederland, en van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, het CIZ, het Centraal Administratiekantoor en de Nederlandse Zorg autoriteit.

Het doel van de expertmeetings was tweeledig. Enerzijds het inhoudelijke afstemmen van de uitgangspunten en de gemaakte beleidskeuzes zodat iedereen hetzelfde beeld hierover heeft. En anderzijds het in kaart brengen van de uitvoeringsconsequenties van de gemaakte keuzes en de impact die dat heeft in organisatorische en technische zin."

Jack vervolgt: "Als vervolg op de expertmeetings heb ik nog deelgenomen aan een werkgroep die bestond uit vertegenwoordigers van de bovengenoemde partijen en Vektis (het centrum voor informatie en standaardisering voor zorgverzekeraars) die een nieuw programma voor declaratie in de intramurale zorg heeft ontwikkeld. "



Al met al een prima werkwijze om de inbreng van de praktijk te gebruiken om landelijk beleid praktisch uitvoerbaar te maken, kennis en ervaringen uit te wisselen en daarmee beleid en uitvoering dichter bij elkaar te brengen.

Hilal Uysal en Truus Offermanns

OOSTENRIJKEXPEDITIE; HET VERHAAL

Al meer dan een jaar geleden is het idee ontstaan gedurende zes weken met probleemjongeren tussen de 14 en 18 jaar de bergen in te trekken voor een intensieve begeleiding, en tegelijkertijd thuis met het gezin aan de slag te gaan. Na veel twijfels en onzekerheden te hebben overwonnen, besloten ze om begin april 2009 de eerste expeditie door te laten gaan.

Diet vertelt: "Een aantal zaken was nog niet bekend, niet geregeld of we hadden er simpelweg nog niet aan gedacht. Maar we wisten zeker dat we zouden gaan. Op 11 mei zijn we vertrokken met de bus. We moesten nog allemaal aan elkaar wennen. We moesten ook wennen aan het idee dat we de komende zes weken met elkaar zouden gaan doorbrengen. Hieronder een kleine greep uit onze eerste 10 dagen."

"Eenmaal aangekomen op de plaats van bestemming, Krimml, zijn we gaan koken, eten en vroeg naar bed. De volgende dag zouden we namelijk starten met onze eerste zesdaagse wandeltocht. Het was even schrikken toen de rugzakken omgingen. Met 15 tot 17 kilo op de rug lieten we ons appartement achter en begonnen we aan een spannend avontuur. Dit ging gepaard met enig gemopper. De eerste dag was zwaar, de rugzakken ook. Omstreeks 15.30 uur begon het slechter weer te worden en we vonden een plekje in een weiland waar we de tenten op konden gaan zetten. Toen de tenten stonden, kregen we een enorme onweersbui. We konden niet veel meer doen dan de tent in kruipen en wachten tot het overging. Stelt u zich eens voor hoe je dan in de tent ligt, in een uitermate lichte, maar ook zeer kleine tent, alleen, in de regen en onweer. De eerste nacht van een 6-daagse wandeltocht, met nog vijf nachten te gaan. Dat is alles behalve fijn. Toen de ergste regen voorbij was, zijn we allemaal weer naar buiten gekropen en zijn we gaan koken op onze gaspitjes. De ochtend was wederom nat, en met regenpak aan zaten we met z'n allen onze dagelijkse 'brinta' te eten. De stemming zat er nog niet echt in."

Diet vervolgt: "Na een droge en zonnige tweede dag, leek de avond ernstig veel op de eerste. Snel in je tent schieten omdat het gaat regenen en onweren. De moed zakt dan even in de schoenen. Dit belooft wat voor de komende dagen! Gelukkig sloeg het weer om en hebben we vanaf de derde

dag heel veel mooi weer gehad.

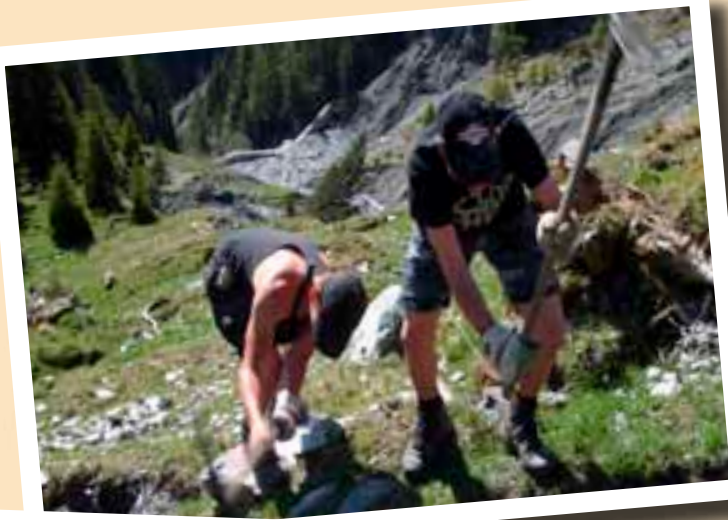
Met veel spierpijn, blaren en andere kwaaltjes hebben we zes dagen gelopen, berg op, berg af, even vlak en dan weer klimmen. We hebben genoten van onze eerste douche, en de eerste nacht weer in een echt bed."

Een van de jongens, Kees*, vertelt: "De eerste dag was saai. We zaten in de bus richting Oostenrijk en dat duurde heel lang. Toen we in de buurt van Oostenrijk kwamen, zag je allemaal bergen. Wat een mooi uitzicht. De volgende dag moesten wij de bergen op gaan lopen, met rugbagage van wel 15 kilo. Dat was behoorlijk zwaar. Met het afdalen van de berg had ik minder moeite. Met het oplopen van de berg lag ik op een gegeven moment op de grond. We wilden niet meer, maar toch moesten we omhoog."

Diet: "De volgende drie dagen hebben we gewerkt in de gemeente. De contacten met de burgemeester waren al tijdens een eerder bezoekje aan Krimml gelegd. Na een wat onhandige start, omdat ze bij de gemeente nog niet zo goed wisten wat voor werk we konden doen, hebben we heel afwisselend werk gehad. Dit bestond uit o.a. wandelpaden vegen en herstellen na grondverzakkingen, bomen snoeien waar een skipiste moest komen, weilanden schoonmaken na lawines. Uiteindelijk hebben we mogen helpen met het renoveren van de kerk. De mensen in de gemeente waren erg enthousiast over het project en de jongeren. Een aantal lokale mensen is erg betrokken geweest bij de uitvoering en hebben er mede voor gezorgd dat dit eerste traject is geslaagd."

Diet: "De rustdag hebben we gevuld met huishoudelijke taken en outdooractiviteiten. Onze eerste activiteit was een touwhindernissenbaan met onder andere hoge tokkels. Een spannende en grensverleggende activiteit waarbij de adrenaline door het lijf gierde."

* Gefingeerde naam



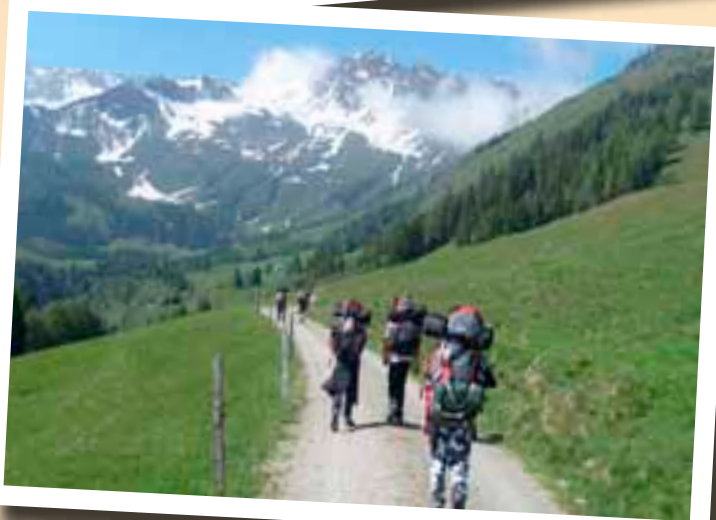
Diet: "Door het verblijf in de natuur, een prikkelarme omgeving en de activiteiten als lopen, werken en buitensport, hebben de jongens grenzen verlegd. Ze zijn er achter gekomen dat ze veel meer kunnen dan ze dachten, en ook dat ze sterker zijn dan ze dachten. Het heeft een egoversterkende werking gehad."



Kees: "Ik heb een heleboel dieren gezien, zoals een vos, een hert. Het was gewoon super wat we daar hebben meegemaakt. De mensen om je heen kenden geen haat. Er was altijd plezier. Het leven in de bergen is gewoon super. Maar er waren ook slechte en zware tijden hoor. Want ze breken je helemaal. Je leert jezelf pas kennen daar. Dat was niet echt fijn. Ik voelde daar veel haat in mezelf. Door het lopen denk je veel en leer je jezelf kennen. Dat is goed om te doen. Het hele project maak je jammergenoeg maar één keer in je leven mee. Ik zou het vaker willen meemaken, maar dat gaat niet. Dit project helpt de mensen echt."



Diet: "De afstand met thuis en het verblijf in de natuur heeft de jongens aan het nadenken gezet. Gesprekken zijn op gang gekomen, de jongeren hebben inzicht gekregen in hun situatie en hebben keuzes gemaakt voor de toekomst. De jongens zijn nu allemaal weer thuis, hebben een zomerbaantje en gaan na de zomer allemaal weer naar school. Een van de jongens is bijvoorbeeld aan het werk gegaan bij onze eigen buitenploeg en start in september een opleiding in de bosbouw. Een andere jongen kon aan het werk op een camping en mag op die plek ook een BBL-opleiding gaan doen. De eigenaar gaat zelfs persoonlijk met onze jongeman mee om hem in te schrijven bij de opleiding."



Diet: "Het gaat met vallen en opstaan. Dit zijn positieve verhalen, en het zal niet met elke deelnemer altijd even goed gaan, maar deze eerste resultaten vallen niet tegen." Kees tot slot: "Wat ik daar heb meegemaakt, zal ik mijn hele leven meedragen. Ik heb heel veel geleerd. Ik heb er een oppepper van gekregen. Ik kijk nu anders tegen de wereld aan."

De volgende rit vertrekt in het voorjaar van 2010. We hebben veel geleerd van de eerste keer en het project is nog vol in ontwikkeling. Dit keer gaan andere begeleiders mee, andere jongeren met andere verhalen, maar het wordt ongetwijfeld weer hele mooie ervaring.

Diet Hendriks
Coördinator project Oostenrijk

TOETSING INSPECTIE GEZONDHEIDSZORG POSITIEF!

In het kader van haar toezichthoudende taak heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een bezoek gebracht aan GGZ Noord- en Midden-Limburg. Doel van dit bezoek was te beoordelen of de instelling voldoet aan de wettelijke bepalingen die gelden voor het toepassen van dwangbehandeling. Tijdens het bezoek is onderzocht of de beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan, zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied. Hiertoe zijn drie lopende dwangbehandelingen bij de afdelingen CIBU en Intensief 1c getoetst. Informatie is gevraagd en het patiëntendossier is ingezien op basis van de bevoegdheid van de inspectie.

De Inspectie heeft de kwaliteit van de gedwongen zorg als zorgvuldig beoordeeld en complimenteert daarnaast de medewerkers van de CIBU over het resultaat, bereikt in de behandeling. Ook bedankt zij de 1e geneeskundige, behandelaren, medewerkers en patiënten voor de open wijze waarop zij de inspectie hebben geïnformeerd.

Peter Greefkens, verpleegkundige en zorgcoördinator van het team Intensief 1c, legt uit waarop de zorgvuldigheid naar zijn mening betrekking heeft. "Binnen Intensief 1 wordt veel dwang en drang toegepast. Om separaties en andere dwang- en drangmaatregelen te verminderen, zijn we vanaf 2006 binnen GGZ Noord- en Midden-Limburg gestart met het project SMAKK. Dit staat voor Separeren, Minder, Anders, Korter, Kundiger. We kijken keer op keer of de toegepaste separatie of dwang- en drangmaatregel nog proportioneel is. We kijken naar alternatieven. We vragen ons steeds af of er nog meer of andere mogelijkheden voor de cliënt zijn. Voortdurend wegen we het gevaar af. We passen niet zondermeer dwang toe, die voortkomt uit het gevaarscriterium. We kijken of het gevaar op een andere manier af te wenden is."

Peter vervolgt: "Binnen de kaders van de BOPZ (De wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) moet je denken aan dwang op het gebied van medicamenteuze middelen, toepassen van geslotenheid d.m.v. bijv. separatie, afzonderen, het inperken van bewegingsvrijheid, gedwongen voeding (sporadisch) en fixatie. De Inspectie

kijkt in haar onderzoek welke dwangmiddelen je op deze vijf gebieden toepast. Bij voornoemde casuïstieken is er sprake van én medicamenteuze gedwongen middelen én vrijheidsbeperkende maatregelen. Als er medicamenteuze dwangmiddelen worden toegepast, toetsen wij dagelijks of het nog noodzakelijk is of niet. Onze kwaliteit zit in het feit, dat we dat niet op de lange baan schuiven. Bij beide casuïstieken zijn we nog steeds, ondanks het feit dat cliënten al jarenlang bekend zijn binnen ons instituut,



Peter Greefkens

De Inspectie heeft de kwaliteit van de gedwongen zorg als zorgvuldig beoordeeld en complimenteert daarnaast de medewerkers van de CIBU over het resultaat, bereikt in de behandeling.

op zoek naar nieuwe wegen. Een van de cliënten waarvan de behandeling getoetst is, heeft veelvuldig in de separatie gezeten. Het laatste jaar nog maar twee keer. We proberen het afzonderen ook zo kort mogelijk te houden. We gaan intensiever met de cliënt in dialoog, en proberen de dwang veel milder en minder te maken dan voorheen. Het vergt een andere benadering van bejegening en omgang. Voor een andere cliënt zijn we sinds kort ook buiten het instituut

uiteindelijk redelijk kunnen functioneren binnen de muren van de afdeling. We hebben een plan geschreven waarin wij ons volledig vastgebeten hebben, waarvoor we ons hard gemaakt hebben, ervan uitgegaan dat we het goed deden. We hebben dit plan voorgelegd aan het team en zijn daar heel strak en duidelijk op gaan handelen. Het heeft veel inzet van het team gevraagd om een eenduidig helder beleid naar hem toe te voeren. Bij onduidelijkheid gaat hij de



Ron Smits en Jeroen van de Zande

aan het rondkijken. Hij is voor een second opinion elders geweest!

Het mag bijzonder heten, dat de Inspectie expliciet haar complimenten heeft gegeven met betrekking tot de behaalde resultaten in de behandeling van de 'gekooide man', waarover veel te doen is geweest in de landelijke media en waarover u hebt kunnen lezen in Mentaal. Ron Smits en Jeroen van de Sande, CIBU (Crisis Intensieve Behandel Unit) hebben zich intensief met deze casuïstiek bezighouden. Zij vertellen: "Deze man is vanuit de Mesdagkliniek hier geplaatst. Door de intensieve behandeling binnen de CIBU heeft deze – in eerste instantie onhanteerbare – man

grenzen opzoeken. Deze grenzen moeten gesteld worden. Juist daardoor heeft hij rust en veiligheid gevonden waardoor het binnen de CIBU heel goed is gegaan. Het is weleens spannend geweest, maar het is nooit geëscaleerd. Door vrij snel en vroegtijdig duidelijkheid te bieden. Dit heeft ervoor gezorgd dat hij ook een aantal momenten per dag op de groep heeft kunnen verblijven. We hadden hele strikte afspraken waaraan iedereen zich moest houden. Wat ons gedreven heeft in deze casuïstiek, is ons enthousiasme. We wilden hem een eerlijke kans geven. Uiteindelijk is het naar ons idee een successtory geworden."

Eleän Mulder-Verleg

JAN HEIN VAN DIERENDONCK

"BREINBREKEND ONDERZOEK IN 12 PORTRETTEEN"

Jubileumboek, 20 jaar
Hersenstichting Nederland. Twintig jaar geleden is de Hersenstichting Nederland opgericht met als belangrijkste doel: het stimuleren van hersenonderzoek. Dat onderzoek stond op dat moment nog in de kinderschoenen. Inmiddels is er veel veranderd in onderzoeksland, maar de enthousiaste mensen – die zich met hart en ziel inzetten voor het hersenonderzoek – zijn gebleven. Aan de hand van twaalf portretten laat dit jubileumboek zien welke ontwikkelingen er de laatste jaren plaatsvonden. Via vier thema's en de verhalen van enthousiaste vooraanstaande onderzoekers, beleven we de opgedane inzichten opnieuw. Jan Hein van Dierendonck interviewde hen uitgebreid en liet hun persoonlijkheid terugkomen in de verhalen en de prachtige illustraties die hij van ze maakte.



Aan de orde komen:

Beeldvormende technieken:

Prof. Dr. P. (Peter) Hagoort, 'Trompetten als gordijnen';
Dr. S.A.R.B. (Serge) Rombouts, 'Beelden van een brein in ruste';
Prof. Dr. L.S. (Linda) de Vries, 'Op de bres voor de echo.'

Betere diagnostiek:

Prof. Dr. M.S. (Mario) van der Knaap, 'Speuren naar patronen';
Dr. J.C. (John) van Swieten, 'De Puzzel van Pick';
Dr. Ir. C.E. (Charlotte) Teunissen, 'Recepten voor hersenonderzoek.'

Gen of omgeving,

Prof. Dr. D.J. (Dorret) Boomsma, 'Zoek de verschillen'
Prof. Dr. H.E. (Hilleke) Hulshoff Pol, 'Veranderend brein in beeld';
Prof. Dr. C. (Chantal) Kemner, 'Afwijkende waarnemingen.'

Praktische zorg:

Prof. Dr. N.F. (Nick) Ramsey, 'Verkenningen op snijvlak van brein en elektronica';
Dr. C.M. (Carolien) van Heugten, 'Strategieën voor huis, tuin en keuken';
Prof. Dr. M. (Mijna) Hadders-Algra, 'Keet maken met baby's.'

In eenvoudige bewoordingen en simpele zinnen wordt een overzicht gegeven van de moderne methodes van hersenonderzoek. Voor en tegens en eventuele alternatieven worden aangehaald. De bijdrage van Nederlandse onderzoekers en onderzoeksinstituten wordt met trots vermeld. Het geheel is vrij compleet. Degene die als leek begint te lezen heeft, dankzij de opzet van deze monografie, op een gegeven ogenblik zelf deskundigheid gekregen. In de boekerij van een geïnteresseerde mag deze monografie dan ook niet ontbreken (en wilt u dat eerst zelf beoordelen?, dan kunt u het vinden in onze bibliotheek).

Frans Sonnevile



PIEKEREN EN NIET KUNNEN SLAPEN

Het Fonds Psychische Gezondheid geeft een nieuwe serie brochures uit over slaapstoornissen in het Turks en Arabisch. Een slaapstoornis raakt veel mensen, voor ongeveer 15% van de bevolking vormt slapeloosheid een ernstig chronisch probleem. Vrouwen hebben twee keer zo vaak last van slaapstoornissen als mannen. Het Fonds heeft de brochure slaapstoornissen laten vertalen in het Turks en Arabisch en wil ook de andere brochures in haar reeks in de komende periode gaan vertalen.

Tot slot willen wij de lezer attenderen op de nieuwe brochure over suïcide die als doel heeft gedachten over zelfdoding bespreekbaar te maken. Dergelijke gedachten uitspreken kan in een aantal gevallen suïcide voorkomen. De brochure richt zich vooral op de omgeving van mensen met (eventuele) suïcidale neigingen

Meer informatie

De brochures van het Fonds Psychische Gezondheid zijn verkrijgbaar bij het Informatiecentrum.

Wegwijs

Het Informatiecentrum is er voor iedereen die vragen heeft of informatie wil over geestelijke gezondheid(szorg) in zijn algemeenheid en GGZ NML in het bijzonder.

Hebt u een vraag of verzoek, neem gewoon een keer contact met ons op.

Nieuwsgierig geworden? Wandel dan vrijblijvend bij ons binnen, u bent van harte welkom!

Informatiecentrum Geestelijke Gezondheid

Stationsweg 46
5803 AC Venray
Centraal telefoonnummer 0478 - 527066
e-mail igg@ggznm.nl

Openingstijden locatie Venray

Maandag t/m vrijdag
9.00 tot 12.00 uur en 13.00 tot 16.00 uur
Bezoekadres Servaashof, Stationsweg 46

Openingstijden locatie Venlo

Maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag: 9.00 tot 12.00 uur
Woensdag 13.00 tot 16.00 uur
Bezoekadres RCG Venlo, Tegelseweg 210



“IK KAN EN WIL VEEL MEER VAN HET LEVEN”

Binnen de intensieve woonbegeleiding wordt gewerkt volgens de rehabilitatiemethodiek van stichting rehabilitatie '92. De Individuele Rehabilitatie benadering (IRB) gaat uit van de wens van de cliënt. Deze richt zich op de volgende vier gebieden; scholing, werken, sociale contacten en wonen. De missie van de IRB is mensen met een psychiatrische beperking helpen om beter te functioneren zodat zij met succes en tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten kunnen hebben in de omgeving van hun keuze, met zo min mogelijk professionele hulp. Heel belangrijk is het geloof in eigen kunnen van de cliënt. De vereiste houding van de medewerker is je gelijkwaardig opstellen als mens, de wensen van de cliënt serieus nemen en vertrouwen op de deskundigheid van de cliënt.

Jan is cliënt bij het IRB. Hij vindt Intensieve Woonbegeleiding fantastisch. Hoe hebben de begeleiders van de IWB hem ondersteund? Jan: "Ik ben en wordt nog steeds ondersteund door de begeleiding. Dagelijks heb ik mijn contactmoment met de begeleiding. Weten dat de begeleiding er voor mij is, is vaak al voldoende. Ik ervaar de IWB als een heel sterk solide team. Er wordt niet aan mij getrokken. Hoogstens word ik bijgestuurd. Hierdoor wordt er een maximaal beroep op mijn eigen verantwoordelijkheid gedaan. Daarnaast bieden zij ook heel praktische hulp. Toen ik van klinisch naar zelfstandig wonen ging, heeft de begeleiding samen met mij lijstjes gemaakt wat er gedaan en geregeld moest worden. Ook gingen zij met mij naar instanties. En als het nodig was, naar de winkel. Dit gebeurt allemaal op een vriendelijke manier".

Heb je het gevoel dat je je hebt kunnen ontwikkelen binnen de IWB? Jan: "Ik heb het gevoel dat ik mij t.a.v. mijn verslavingsproblematiek heb kunnen ontwikkelen. Ik dacht dat ik moest kunnen experimenteren met drank. Dat heb ik ook gedaan. Dit liep behoorlijk uit de hand waardoor een korte opname binnen het instituut nodig was. Door deze ervaring heb ik wel geleerd dat ik niet kan experimenteren, wat mijn huidige thuis voor mij betekent en dat ik dat niet kwijt wil raken".

Vind je de IWB maatschappij gericht? "Ja. Zij richten zich niet, zoals andere afdelingen, op het beheersbaar houden door allerlei afdelingsregels. Zij redeneren/ beargumenteren vanuit de maatschappelijke normen en waarden. Een voorbeeld hiervan is dat ik samen met de begeleiding de geluidsoverlast van de burens ter plekke ben gaan bespreken".

Voel je je de baas over je klachten? "Over het algemeen wel. In mindere tijden is het voor mij erg ondersteunend dat ik weet dat er dagelijks een contactmoment met mij is. Daarnaast is het ondersteunend voor mij dat ik mijn vaste activiteiten doe. Ik voel me inmiddels ook baas over mijn eigen leven."

Heb je je verwachtingen bijgesteld en/of andere 'dromen'gekregen? "Ik heb mijn verwachtingen moeten bijstellen. Voorheen wilde ik graag als beroepsmusicus mijn geld verdienen. Ik was en ben hier getalenteerd genoeg voor. De druk die dit beroep met zich meebrengt, kon en kan ik echter niet aan. De angsten die ontstonden door de druk die ik voelde probeerde ik te onderdrukken door te gaan drinken. Daarnaast was het heel normaal om in deze omgeving veel te drinken, iedereen deed het immers. Nu maak ik muziek en schilderijen (in opdracht is



mogelijk) op de muziek- en kunstwerkplaats. Als ik een mindere dag heb, is dat geen probleem. De druk dat ik moet presteren is weg. De werkplaatsen zijn echter niet geheel vrijblijvend. Er zijn wel degelijk verwachtingen, maar daar kan ik aan voldoen".

Wat is helpend geweest voor jou? "Dat ik vanuit Breda naar Venray ben gekomen. Daarnaast vond ik het een eye-opener dat de behandelaar die mij opnam, mij niet de stempel alcoholist gaf maar zei dat mijn angsten behandeld moesten worden. Het basisprobleem werd dus aangepakt. Mijn familie was en is nu nog helpend voor mij. Verder zijn mijn opvoeding, achtergrond, opleidingen die ik gevolgd heb (o.a. de kunstacademie), de structuur die ik heb aangebracht in mijn leven en dat ik zelf de regie over mijn leven heb, helpend voor mij. Dat de begeleiding de focus niet op mijn verslaving legt maar mijn toekomstwens op de voorgrond stelt, heeft mij ook geholpen. Daarbij komt dat zij de handen niet van mij af trekken, ook niet als ik een terugval heb.

Er is samen met mij een preventieplan opgesteld en besproken wat te doen als ik terugval. Dit alleen al geeft heel veel rust. Daarnaast kan ik mijn eigen ideeën en meningen toetsen bij de begeleiding."

Wat is belemmerend geweest voor jou? Jan: "Dat ik

ongemerkt gehospitaliseerd ben gedurende de tijd dat ik opgenomen was. Pas toen ik binnen de setting van de IWB kwam, kwam de ontdekking: "Ik kan en wil veel meer van het leven".

Wanneer je na het lezen denkt, dat IWB ook een werkplek voor jou is, aarzel dan niet om een open sollicitatie te schrijven of te reageren wanneer er in de toekomst een vacature is. De keuze voor de schrijvers van dit interview om te werken binnen de Intensieve woonbegeleiding; is dat zij ergens wilden werken waar cliënten de regie voeren over hun leven. De IWB is daar de plek voor.

Jan Ripson en Jolanda Cranssen

HOUD JE HOOFD ERBIJ!

"Dertig jaar geleden had ik een docent, die met een sigaar voor de klas stond. Dat kun je je nu niet meer voorstellen. Met de drank zal het naar ons idee net zo gaan als met roken. Nu denken alle volwassenen dat het een droombeeld is dat kinderen onder de 16 jaar geen alcohol of 16+-ers beperkt alcohol drinken. Maar dat beeld is naar mijn mening toch aan het veranderen."

Aan het woord is Bert Vinken van de Verslavingspreventie GGZ Noord- en Midden-Limburg. "Langzaam aan drong bij de mensen het besef door dat je van roken longkanker krijgt. In dit kader is veel gedaan aan preventie, regels, handhaving en voorzieningen. Uit een recent onderzoek dat verricht is in Limburg, blijkt dat de jongeren van nu van mening zijn dat roken niet stoer is. Deze omslag heeft ontzettend lang geduurd."

Met alcohol is het streven gericht op onder de 16 jaar geen alcohol en daarboven slechts met mate. In de regio Noordelijk Noord-Limburg zal er een totaalplan komen van voorlichting, regelgeving en handhaving, een samenwerking van alle gemeentes met maatschappelijke partners."

Bert: "Met alleen voorlichting redden we het niet. Er moet toezicht komen, bij overtreding boetes uitgedeeld worden, er moeten consequenties aan vastzitten wanneer je aan jongeren onder de 16 jaar alcohol schenkt. En er moet uitleg komen waarom je dat niet moet doen. Dan zal het op den duur gaan werken, mits het verhaal overal terugkomt."

Een huisarts uit Ysselsteyn heeft de GGZ gevraagd om in het dorp Ysselsteyn aandacht te besteden aan overmatig drankgebruik. Het baart haar zorgen dat de leeftijd waarop kinderen in aanraking komen met alcohol (basisschool), steeds lager wordt. Haar idee was iets te doen met de kinderen op de basisschool, omdat je dan vaak nog op tijd bent. De GGZ heeft in aansluiting hierop besloten een proefproject in Ysselsteyn te starten, met als titel 'Gedraag ow en niet te zat'. Deze boodschap krijgen veel kinderen van hun ouders



mee als ze uitgaan."

Met een debat in jongerensoos Jera is 16 juni jl. het startschot gegeven voor het proefproject. Het proefproject richt zich op de bestrijding van overmatig drankgebruik bij de jeugd in Ysselstein. Op deze wijze probeert men alle neuzen dezelfde kant op te laten wijzen. Bert:

"Het is ongekend druk geweest tijdens het debat. Het onderwerp leeft dus. Door het op lokaal niveau te organiseren, is de drempel ook lager en komen de mensen eerder. De GGD voert dit najaar een jongerenonderzoek uit bij de 2e en 4e jaars leerlingen van het voortgezet onderwijs. Deze doorlichting herhaalt zich vervolgens om de vier jaar (op voeding, sporten, roken, drinken, drugs, sexualiteit). Het staat los van het proefproject, maar we gaan het wel gebruiken als monitor om te kijken of bijv. in Ysselsteyn een verandering zit t.o.v. andere regio's. Dit gaan we in het project als belangrijkste ijkpunt gebruiken."

Bert: "Kinderen drinken meer en op vroegere leeftijd. De Nederlandse jeugd is heel erg losgeslagen. Van de

gaan. Samenwerking tussen de ouders (onderling), het kind en de horeca is het devies. We gaan nu proberen of er andere dorpen zijn die op dezelfde manier aan de slag willen. Deze aanpak lijkt bij uitstek geschikt voor buurten of dorpen waar veel cohesie is."

Bert: "Het belangrijkste voor de ouders is in gesprek te blijven wanneer het nog niet 'brandt'. Het uitgangspunt van Preventie is dat je voorlichting moet geven net vóór dat de interesse voor alcohol er is: de basisschool van informatie voorzien, docenten trainen, lesmateriaal voor kinderen, ouderavond enz.

Het wordt een ander verhaal en wat moeilijker wanneer kinderen wel drinken. Met kinderen die drinken moet je harde afspraken maken over wat verstandig is wat



Europese jeugd drinken zijn het meest. Het is een voortzetting van de lijn. Ze hebben geleerd van hun ouders dat het kan en mag en wel meevalt. Kinderen leren dat soort gedrag niet zelf", aldus Bert.

Het hoofddoel van het proefproject is dat jongeren onder de 16 geen alcohol meer drinken. Iedereen die zich bemoeit met de opvoeding van jongeren (ouders, huisarts, school, sportvereniging) of die alcohol verkopen proberen ze te beïnvloeden. Het doel van deze aanpak is dat heel Ysselsteyn doordrenkt raakt van de boodschap. Ze hebben de verwachting dat dit effectiever zal zijn dan alleen voorlichting op school. Bert: "De boodschap moet overal terugkomen; zowel bij de kinderen thuis, op school als in de uitgaanscentra. De boodschap is nu versnipperd. Dit is het kritieke punt waar veel fout kan

betreft de mate van alcohol en duidelijk maken waar je grenzen liggen als ouder. Vanuit Preventie wordt gesteld dat voor een kind van 16 de grens onder de drinknorm (1 à 2 consumpties) van volwassenen ligt."

Bert Vinken tot slot: "Jammer genoeg hebben we lang verkondigd dat thuis leren drinken beter was dan alleen maar verbieden. Maar daar zijn we op teruggekomen. Want kinderen die thuis op jonge leeftijd mogen drinken, zijn ook eerder dronken en drinken op latere leeftijd meer. Ons advies is zo lang mogelijk proberen uit te stellen en strikte regels te stellen. Pubers hebben structuur en grenzen nodig. Zij vinden dat lastig en hebben er problemen mee, maar later zullen ze er blij mee zijn."

Eleän Mulder-Verleg



OVER VERLIESVERWERKING BIJ SCHIZOFRENIE

ALS PLANNEN IN DUIGEN VALLLEN

Eind juni heeft GGZNML in samenwerking met Ypsilon, de vereniging voor familie en betrokkenen van mensen met schizofrenie of psychose, een themabijeenkomst georganiseerd over verliesverwerking bij schizofrenie. Op deze bijeenkomst gaven familieleden te kennen vanaf het moment van de diagnose behoefte te hebben aan informatie en ondersteuning. Het gaat dan ook om verliesverwerking en betekenisgeving.

Als familieleden of betrokkenen te horen hebben gekregen dat hun ouder, partner, broer of zus aan schizofrenie lijdt, is dat een grote schok. Op dat moment lijkt de bodem onder hun bestaan weg te vallen. Zaken die eerst vanzelfsprekend waren, komen opeens op losse schroeven te staan. Het beeld van plannen die in duigen vallen drukt treffend uit wat er dan gebeurt. Duigen zijn de planken van een ton die met behulp van hoepels bij elkaar gehouden worden. Als de hoepels loslaten valt de ton uiteen en is er van de oorspronkelijke vorm niet veel meer over. Het is een hele toer om de duigen opnieuw tot een geheel te maken. Zo vergaat het familieleden als ze te maken krijgen met schizofrenie.

Familieleden moeten ook een rouwproces doormaken. Ze moeten leren zich aan te passen aan de nieuwe situatie en hun oude verwachtingen loslaten. De filosofische benadering van verliesverwerking als 'relearning the world' is herkenbaar. Zo voelt het precies: Je moet de wereld opnieuw leren. Daarin draait het om het vinden van nieuwe betekenissen omdat het leven dat tot nu toe opgebouwd is, door de diagnose schizofrenie ernstig ontwricht is. Zo moet je leren relativeren en bij de dag te leven. Je moet ook leren met kleine veranderingen genoeg te nemen en van dingen te genieten die er wel zijn.

Dit rouwproces onderscheidt zich op een aantal punten van een rouwproces door overlijden. Bij de dood gaat het om een zichtbaar verlies terwijl de verliezen bij schizofrenie vaak onzichtbaar blijven. Ook al blijft de relatie bestaan, de familie heeft toch het gevoel dat ze iemand kwijt raken omdat de relatie door de beperkingen en kwetsbaarheden ingrijpend verandert. Bij de dood is er sprake van een erkend verlies waar rituelen voor zijn en dat met anderen gedeeld kan worden. Die erkenning is er voor het verlies bij schizofrenie niet of nauwelijks. Bij de dood gaat het om een definitief afscheid dat je op den duur een plekje kan geven. Dat lukt bij schizofrenie niet omdat het hier om een verlies zonder afronding gaat. De ziekte gaat immers nooit over. Bovendien vertoont dit ziekteproces een grillig patroon. Elke dag kan je voor nieuwe feiten worden gesteld en moeten er nieuwe verliezen geïncasseerd en verwerkt worden.

Er worden tijdens deze bijeenkomst verschillende verlieservaringen naar voren gebracht die het specifieke karakter van rouwverwerking bij schizofrenie illustreren. In de eerste plaats wordt de zwaarte genoemd. Het is zwaar dat deze ziekte nooit over gaat. Je moet altijd alert zijn en kan je nooit echt los maken van de

situatie. Er kan immers elk moment een telefoontje komen dat het weer slecht gaat met hun naaste. Het leven wordt beheerst door angst en onzekerheid. Ook wordt het schuldgevoel genoemd dat ouders hebben naar hun zieke zoon of dochter. In de tweede plaats worden de verliezen in de relationele sfeer genoemd. Familie, buren en vrienden begrijpen niet wat zij doormaken en reageren afwijzend op het vreemde gedrag van hun zieke ouder, zoon, dochter, broer of zus of de zichtbare gevolgen van medicijngebruik. Dit geeft vaak een gevoel van eenzaamheid. In de derde plaats hebben veelal dromen en verwachtingen hun vanzelfsprekendheid verloren. Zo vertelt een moeder dat ze er tegenop ziet spontaan mensen op straat tegen te komen. Ze is bang dat mensen dan vertellen hoe goed het met hun zoon of dochter gaat. Dat deze een goede baan heeft, gaat trouwen of een kind heeft gekregen. Moet zij dan vertellen dat ze haar zoon niet meer thuis kan hebben of dat ze bang voor hem is? Tot slot wordt ook de relatie tot de hulpverlening naar voren gebracht. Familieleden hebben er last van als hun zorg uitgelegd wordt als overbezorgheid. Hun positie als mantelzorger is ook niet altijd duidelijk. Het ene moment voelen ze zich genegeerd en het andere moment zijn ze nodig om hun zoon of dochter uit de problemen te halen.

Op de vraag wat hen helpt om deze situatie het hoofd te kunnen bieden, komen verschillende reacties. Een moeder zegt dat het helpt om steeds te blijven hopen. Of dat het helpt om terug te denken aan de mooie en positieve momenten. Een moeder geeft als tip om in periodes dat het slechter gaat foto's te bekijken van momenten dat het wel goed ging. Ook helpt het om grenzen te stellen en duidelijker voor jezelf te kiezen. Ondanks alle pijn en verdriet vinden de familieleden dat hun leven meer diepgang heeft gekregen. Ze zijn op een andere manier naar het leven gaan kijken. Hun leven is rijker en meer betekenisvol geworden.

De organisatie GGZNML ziet het als een uitdaging om familie en naastbetrokkenen meer te betrekken bij het herstel van de cliënt. Dit impliceert dat er ook (meer) in de familie geïnvesteerd moet worden. De reacties tijdens deze bijeenkomst bevestigen dit belang. De aandacht voor hun verliesverwerkingsproces wordt als waardevol en ondersteunend ervaren.

Anneloes Wensveen

afdeling preventie

Ariane Boon

dienst geestelijk verzorging

SYMPOSIUM ALCOHOL, HET BREIN EN COGNITIE



In toenemende mate is men zich in de verslavingszorg ervan bewust dat alcohol permanent structurele en functionele veranderingen kan veroorzaken in het brein en in andere organen.

Met uitzondering van behandelprogramma's voor Korsakovpatiënten heeft dit inzicht echter amper geleid tot een specifieke behandeling voor de groep alcoholverslaafden met cognitieve stoornissen. Wel is er landelijk een trend om deze patiënten aan te melden voor opname in een behandelcentrum voor Korsakovpatiënten. Voor de Korsakov Kliniek van GGZ Noord- en Midden-Limburg vormde dit de aanleiding om te starten met een apart behandelprogramma voor alcoholverslaafden met cognitieve stoornissen, separaat van de behandeling van Korsakovpatiënten.



De start van de nieuwe ontwikkeling binnen de Korsakov Kliniek valt samen met het twintigjarig bestaan van de Korsavko Kliniek. Dit vormt een goede reden om stil te staan bij de stand van zaken op het gebied van de invloed van alcohol op de hersenen en de cognitieve functies, en de betekenis hiervan voor de behandeling van alcoholverslaafden met cognitieve stoornissen maar ook van alcoholverslaafden in het algemeen.

Het ochtendprogramma zal in het Engels zijn en bestaat uit drie keynote sprekers:

- Michael Kopelman, King's College, London, UK:
The alcoholic Korsakoff syndrome and the nature of confabulation
- Anne Lise Pitel, Stanford University, USA:
Underestimated memory impairment in alcoholic patients
- Rosanna Mancinelli, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy:
Prevention and detection of alcohol brain damage: the role of biomarkers

Het middagprogramma is grotendeels in het Nederlands en bestaat uit parallelsessies:

- Marcel Olde Rikkert, UMC St Radboud, Nijmegen:
Alcohol dementie: zin én onzin
- Barbara Brokate, Bremen-Ost, Germany:
Conditional learning and discrimination learning is differentially affected in alcohol dependent patients
- Rudolf Ponds, Academisch Ziekenhuis Maastricht:
Als de wil het niet meer kan. pleidooi voor een directieve benadering bij alcoholverslaving
- Arie Wester, GGZ Noord- en Midden-Limburg
Een behandelprogramma voor alcoholverslaafden met cognitieve verslaafden
- Serge Walvoort, GGZ Noord- en Midden-Limburg:
Alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen en de neuropsychologische correctie items op de MMPI-2
- Dennis Schutter, Universiteit Utrecht:
Een grote rol voor de kleine hersenen bij alcoholgerelateerde effecten op cognitie en emotie
- Katrijn Houben, Universiteit Maastricht:
Alcoholgebruik: bewust overwogen of onbewust overkomen?
- Roy Kessels, GGZ Noord- en Midden-Limburg & Radboud Universiteit Nijmegen:
Foutloos leren? Leren van je fouten bij het syndroom van Korsakoff

Het symposium vindt op 30 oktober 2009 plaats in Hotel Asteria te Venray en is bestemd voor (neuro)psychologen, psychiaters en verslavingsartsen (in- en externen). Accreditatie wordt aangevraagd.

Voor meer informatie en inschrijven: www.congresscare.com / www.ggznl.nl

“DIABETES EN PSYCHIATRISCH ZIEKTEBEELD VAAK LASTIGE BEHANDELCOMBINATIE”

Goede diabeteszorg aan mensen met ook een psychiatrisch ziektebeeld is vaak lastig tot stand te brengen. De patiënt werkt niet altijd even makkelijk mee, of – nog ingrijpender – weigert zelfs de medicatie of spuit zichzelf in een hypo. En de somatische zorgverlening binnen de psychiatrie is niet altijd optimaal. Om hier wat aan te doen is binnen GGZ Noord- en Midden-Limburg een werkgroep gestart, met als resultaat een goed functionerend diabetesteam. Dit team organiseert een spreekuur om diabetespatiënten te begeleiden en te behandelen, maar ook om andere zorgverleners van GGZ NML te ondersteunen.



De kernleden van het diabetesteam van GGZ NML: Sjaak van Meeteren, specialist ouderengeneeskunde; Jacques Arts, fysiotherapeut; Marijke Rouschop, diëtist; Gerrie Schmeitz, administratief medewerker; Ellen Peeters, fysiotherapeut. Op de voorgrond zittend: Herm Jessen en Marijke Nielen, praktijkondersteuners.

GGZ NML biedt in Noord- en Midden-Limburg op verschillende locaties een gespreid en geïntegreerd pakket van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en ouderen. Kerntaak is mensen met psychische problemen en psychiatrische stoornissen te behandelen en/ of de gevolgen van deze stoornissen te beperken. Voor deze organisatie is Sjaak van Meeteren als specialist ouderengeneeskunde

werkzaam in onder meer het psychiatrisch ziekenhuis en het psychiatrisch verpleeghuis St. Vincentiushuis te Venray: “We hadden het gevoel dat wij de diabeteszorg voor onze psychiatrische patiënten niet optimaal hadden geregeld. De verschillende artsen van GGZ NML werkten ieder op een eigen manier, of verwezen alle mensen met diabetes naar de internist. Binnen onze grote organisatie

* Hieraan kan de gemiddelde bloedglucosespiegel over een periode van enkele maanden worden beoordeeld.

** Een bloeddrukmeting om een indruk te krijgen van de toestand van de slagaders in de benen.

hadden wij de diabetespatiënten niet goed in kaart. Wij wilden dus beter zicht krijgen op deze groep en een adequate diabeteszorg organiseren."

Diabetesspreekuur

Een werkgroep vanuit verschillende disciplines ging van start met als taak richtlijnen op te stellen en afspraken te maken voor een verbeterde diabeteszorg, specifiek voor deze doelgroep. Dit mondde al snel uit in de opzet van een speciaal diabetesspreekuur, waar mensen twee- tot driemaal per jaar welkom zijn voor een uitgebreide diabetescreening. Het diabetesspreekuur wordt met name praktisch georganiseerd door twee praktijkondersteuners en een diëtist. Jaarlijks wordt hiermee een zestigtal diabetespatiënten bereikt.

Alle bekende onderwerpen komen aan bod, zoals bloedglucose, bloeddruk, gewicht, BMI, HbA1c*, enkel-armindex** en voeten. Bij geconstateerde afwijkingen wordt onmiddellijk doorverwezen naar een arts, een voetenspecialist, een fysiotherapeut of een andere zorgverlener. Samen met de patiënt wordt tijdens het spreekuur ook een vragenlijst ingevuld om beter zicht te krijgen op de leefstijl; waar nodig worden adviezen gegeven om het leefgedrag in positieve zin te veranderen. Alle verkregen gegevens worden vermeld in een modern elektronisch patiëntendossier, zodat andere betrokken zorgverleners van GGZ NML ook gemakkelijk op de hoogte zijn van de situatie van de patiënt.

Tweeledig doel

"Het nieuwe diabetesspreekuur heeft een tweeledig doel", aldus Sjaak van Meeteren. "Natuurlijk willen we in de eerste plaats onze ambulante psychiatrische patiënten stimuleren om naar dit spreekuur te komen, om hen zo alle zorg en aandacht te kunnen bieden. Soms laten we patiënten samen komen, dan hebben ze ook steun aan elkaar. Oudere psychiatrische patiënten die permanent in ons instituut zijn opgenomen, krijgen al meer gestructureerde zorg. Hierin past natuurlijk heel goed het diabetesspreekuur."

"Daarnaast wordt er vanuit dit spreekuur door ons diabetesteam gerapporteerd en geadviseerd aan andere artsen en zorgverleners van GGZ NML, met het uitdrukkelijk verzoek om alert te zijn op de diabetes van de betrokkene. Zo kun je bijvoorbeeld bereiken dat een verpleegkundige op een GGZ-afdeling ook regelmatig de voeten van de patiënt inspecteert en aan de bel trekt, wanneer er sprake is van verdachte wondjes. Het gaat dus om heel praktische dingen, die vroeger niet of te weinig gebeurden, omdat onduidelijk was wie wat moest doen. Het is ook een bekend gevaar binnen een psychiatrische instelling: zorgverleners richten zich op de psychiatrie en komen te weinig toe aan de somatiek. Dat mechanisme wilden wij doorbreken!"

Uitdaging

Sjaak van Meeteren ziet zijn werk voor psychiatrische patiënten met diabetes als een grote uitdaging: "Elk mens is uniek, je kunt niet enkel een behandeling uitvoeren op basis van een of ander standaardprotocol. Bij elke patiënt



moet je steeds opnieuw afwegen wat voor deze persoon de beste behandeling is. Bij een psychiatrisch patiënt is dat nog complexer. In een zorgprotocol liggen de uitgangspunten weliswaar vast, maar je moet daarbij de patiënt blijven zien als individu en waar nodig mag je afwijken van de richtlijnen, mits met goede motivatie."

"Het is in het algemeen niet gemakkelijk om afspraken te maken met psychiatrische patiënten. Vaak weigeren ze om dingen te doen: ze willen niet eten, geen insuline spuiten of geen tabletten slikken, vooral als er ook nog eens sprake is van een depressie. Uiteraard moet je als behandelaar deze mensen wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid. Ik wijs de patiënten erop dat – als ze zich beter willen voelen – het goed is zich aan de voorschriften te houden. Ik doe mijn best mij in te leven in de patiënt. In die zin is de patiënt mijn leermeester. Als iemand tekenen heeft van ischemische afwijkingen aan de voet, dan heb ik de plicht uit te leggen wat de risico's zijn en wat een juiste behandeling is. Ik ben terughoudend om mensen tot iets te dwingen. De kans is groot dat door een dwangmaatregel juist het welbevinden van de patiënt wordt geschaad."

Diabeteszorgprotocol

"Het diabeteszorgprotocol voor ouderen dat bij deze DiabeteSpecialist is gevoegd, laat zien dat er duidelijke afspraken moeten zijn over wat je als behandelaar wel of niet doet, maar wel afgestemd op het individu", aldus Van Meeteren. "Hoe wenselijk is het een oudere diabetespatiënt heel scherp in te stellen, gelet op de valrisico's en het algehele welbevinden? Hoe belastend is het voor een oudere om voor een oogcontrole naar het ziekenhuis te moeten gaan en wat levert het op? En is het verstandig metformine te blijven geven, wanneer dat leidt tot gastro-intestinale klachten, zeker bij oudere mensen die slecht eten? En hoe zit het met eenzaamheid, algemeen functioneren en communicatiemogelijkheden van de oudere diabetespatiënt? Dat alles moet je analyseren, tegen elkaar afwegen en op basis daarvan het behandelplan maken. Dit is in een notendop het boeiende werk van de specialist ouderengeneeskunde."

Uit DiabetesSpecialist

Auteur Guus Herbschleb



**STERK IN
BEELDWERK**

