

## KOPZORG

**G**enoeg is genoeg. Met die woorden stelde PvdA-Kamerlid Hans Spekman in het tv-programma Pauw & Witteman het onwaarschijnlijk inhagerige gedrag van partijgenote Eveline Herfkens aan de kaak. Zoals bekend zet zij zich bij de VN in voor de allerarmsten in de wereld. Voor een netsalaris van 160.000 dollar, plus

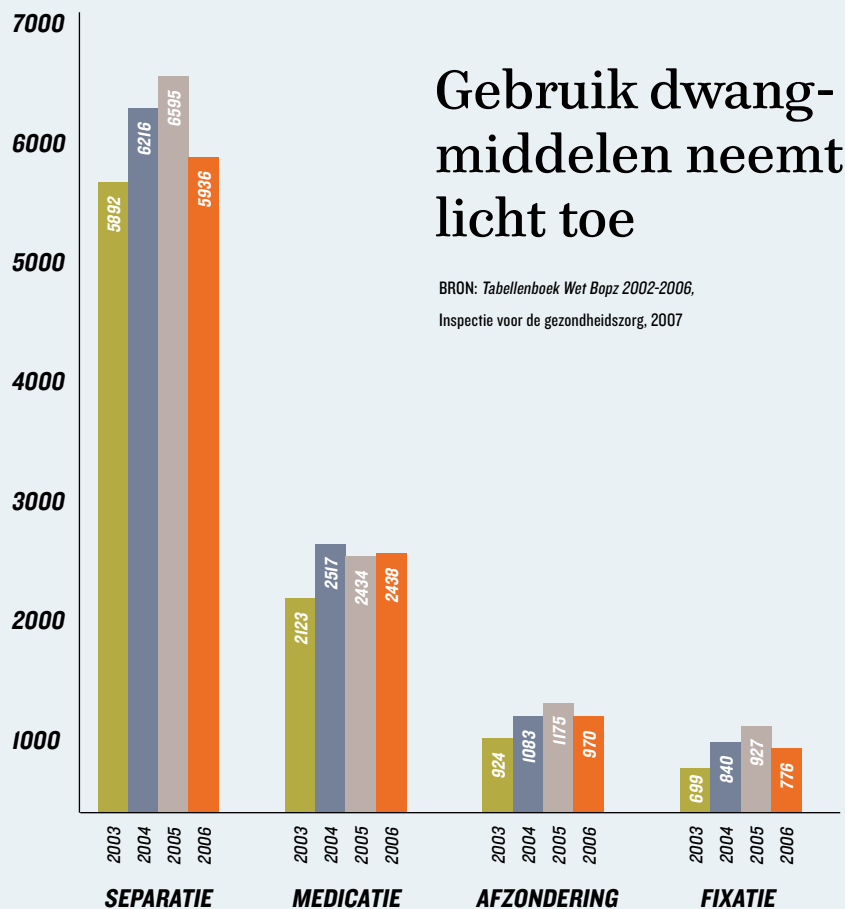
een luttel huurtoeslag van de Nederlandse regering van nog eens 90.000 euro. Op jaarbasis, jazeker.

Genoeg is genoeg, ledere keer dat ik in *Psy* – of op [www.psy.nl](http://www.psy.nl) – over de topinkomens van ggz-bestuurders schrijf, is het raak. De cijfers zouden zogenaamd niet kloppen, of ik ben zo dom geweest om wat de instellingen zelf in hun jaarverslag hebben opgenomen voor zoete koek te slikken. Ik had bijvoorbeeld moeten bedenken, krijg ik dan te horen, 'dat bestuurder X afgelopen jaar heel onregelmatig gewerkt heeft'. Kortom, altijd heeft men weer uitvluchten waarom de bedragen die we publiceren de toets der kritiek niet kunnen doorstaan.

Genoeg is genoeg. In Nederland hebben we met elkaar afgesproken dat bestuurders van (semi-)publieke organisaties niet meer mogen verdienen dan een minister, zijnde 171.000 euro. Maar dacht je nou echt dat men zich in de bestuurskamers ook maar iets van die Balkenende-norm aantrekt? Het heeft er meer van weg dat menig bestuurder het als een sport beschouwt om daar lekker overheen te gaan. In de ggz alleen al gaat het, zo bleek in de laatste rapportage van het ministerie van Binnenlandse Zaken, om een kleine vijftig rupsjes nooit-genoeg.

Doodstil blijft het echter als we eens een keer gewag maken van misstanden in de zorg. Zo stond in de afgelopen *Psy* de lijdensweg beschreven van een ouderpaar dat al een jaar of tien met diverse instellingen in de clinch ligt om een fatsoenlijke behandeling voor hun ernstig zieke zoon gerealiseerd te krijgen. Heren en dames bestuurders, doe daar eens wat aan in plaats van u telkens weer op te winden over de publicatie van uw toch echt niet geringe inkomen. Genoeg is immers genoeg.

Marty PN van Kerkhof



Bijna 90 procent van het gebruik van dwangmiddelen komt op het conto van de geestelijke gezondheidszorg. De overige tien procent dwangtoepassingen vinden in de gehandicaptenzorg (zes procent) en de psychogeriatric (4,6 procent) plaats. In 2006 kregen 4713 patiënten te maken met een dwangtoepassing; in vergelijking met 2003 is dat een stijging van drie procent.

In vergelijking met 2005 is in 2006 het aantal separaties met tien procent afgenomen. Tegelijk constateert de inspectie dat er sprake lijkt 'van een verschuiving van het gebruik van separatie naar dwangmedicatie'. Maar bekend is dat de melding van het aantal separaties en andere dwangmiddelen veel te wensen overlaat. Sommige onderzoekers schatten dat er in werkelijkheid wel drie keer zo vaak gesepareerd wordt als instellingen aan de inspectie melden. (MvK)

Zie ook: "Dwangtoepassing verschilt sterk per regio" op [www.psy.nl](http://www.psy.nl)

## ONTSTEKINGSREMMER GOED TEGEN ALZHEIMER?

Binnen enkele minuten na het toedienen van de ontstekingsremmer etanercept blijken geheugenklachten te verminderen bij alzheimerpatiënten. Dat blijkt uit een opmerkelijke case-studie die onlangs is gepubliceerd in *Journal of Neuroinflammation*.

Betekent het onderzoek van Edward Tobenick en Hyman Gross, twee neurologisch onderzoekers verbonden aan de University of California, een doorbraak in de behandeling van de ziekte van Alzheimer? Een eerdere studie van deze onderzoekers onder vijftien Alzheimerpatiënten die elke week een injectie kregen met de ontstekingsremmer etanercept wees uit dat de cognitieve vermogens en het gedrag van deze patiënten spectaculair verbeterden. Etanercept is een bestaand medicijn dat onder de merknaam Enbrel geregistreerd is voor de behandeling reumatische artritis en psoriasis. In *Journal of Neuroinflammation* wordt de casus van één patiënt beschreven, die het middel geïnjecteerd kreeg. Het meest spectaculair is dat tien minuten na de injectie de patiënt niet alleen kalmer, minder gefrustreerd en aandachtiger was, maar ook wist dat hij in de staat California woonde en dat het 2006 was. Twee uur na de injectie wist

hij de naam van de behandelaar, hij wist waar hij was en noemde dag, maand en jaar. In een commentaar op het onderzoek stelt de gerenommeerde geriater Sue T. Griffin, verbonden aan de University of Arkansas, dat deze behandeling een nieuwe opening kan betekenen in het alzheimer-onderzoek. Ze heeft met eigen ogen gezien hoe patiënten in slechts enkele minuten na de injectie met etanercept verbeterden. Ook Rob van Marum, klinisch geriatr en farmacoloog, verbonden aan het UMC Utrecht, denkt dat deze nieuwe weg kansrijk kan zijn. 'Maar de Alzheimerpatiënten van nu hebben er nog niets aan. 'Eerst moet er dubbel-blind onderzoek gedaan worden op grote groepen patiënten. En dan ben je al snel vijf à zes jaar verder.' (ML)

Zie *Psy.nl* voor meer informatie over de ontstekingsremmer etanercept.



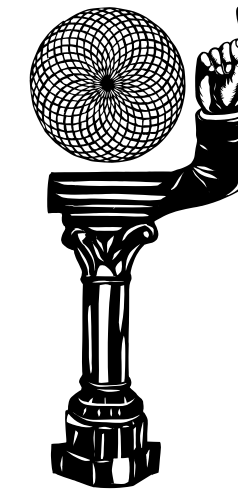
## Nieuw behandelcentrum in Haagse regio

Den Haag kent sinds kort een nieuw behandel- en expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen, Scelta geheten. Het maakt onderdeel uit van de Oost-Nederlandse instelling GGNet. Psychiater Erwin van Meekeren, die eerder werkzaam was bij PsyQ, is een van de initiatiefnemers van Scelta.

Een op de tien volwassenen kampt, in meer of minder mate, met een persoonlijkheidsstoornis. Van de meest bekende, de borderline stoornis, hebben alleen al 200.000 mensen last. De bulk van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, zegt Van Meekeren, meldt zich in de ggz aan tussen de twintig en dertig jaar. Dat is een van de redenen dat hij er erg aan hecht om de familie en andere naasten bij de behandeling te betrekken. Door ze onder meer psycho-educatie en voorlichting te geven en ze te ondersteunen. Van Meekeren is uit onvrede bij PsyQ vertrokken, hoewel hij daar eerder een afdeling voor de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek heeft geïnitieerd. 'Ik kreeg moeite met een aantal zaken zoals wachttijden die altijd langer waren dan beloofd werd, de explosieve groei van het aantal managers en de strakke centrale aansturing met steeds meer protocollen. Dat past in mijn visie niet bij de complexe problematiek van mensen met persoonlijkheidsstoornissen.' Met Scelta werkt hij nu samen met het behandelcentrum van GGNet in Apeldoorn dat zich al dertig jaar met persoonlijkheidsproblematiek bezighoudt. 'Door de bundeling van expertise verwacht ik dat de behandelingen op een hoger niveau komen.' Hij streeft ernaar dat patiënten bij Scelta snel aan een behandeling kunnen beginnen. 'Zoals het er nu voorstaat, krijgen patiënten binnen twee weken na aanmelding een intake. Binnen twee dagen maken we dan een behandelplan, zodat de patiënt vervolgens binnen een week aan de behandeling kan beginnen.' In het kielzog van Van Meekeren hebben nog vijftien andere behandelaars PsyQ verruild voor het nieuwe behandelcentrum. (MvK)

### DE ERVARINGSDESKUNDIGE

## 'MEN WIL GEHOORD WORDEN'



Honderden (ex-)daklozen en (ex-)verslaafden gingen op 10 januari in Utrecht met gemeenteambtenaren in discussie over de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Samen met Tweede Kamerlid Hans Spekman was ex-verslaafde en adviseur Rik van der Scheer (51) dagvoorzitter van het landelijke congres.

'Dat het geen Poolse landdag is geworden is eigenlijk een mirakel. We hadden gerekend op 200 mensen en het zijn er 400 geworden. Die grote opkomst is een teken aan de wand: mensen willen gewoon gehoord worden. Ik heb geprobeerd om zoveel mogelijk met de microfoon rond te lopen zodat de mensen in de zaal hun ongenoegens konden spuien. De communicatie tussen de doelgroep en de ambtenaren verliep misschien een beetje stroef, maar het lijkt me ook niet meevallen als je daar zit als ambtenaar en je krijgt van alles naar je hoofd geslingerd. Ze hadden het niet makkelijk. Je moet het echter zien als een begin van een ontmoeting tussen twee culturen. Overigens is het niet één doelgroep. Het is gaat om mensen in de maatschappelijke opvang, maar bijvoorbeeld ook over zwerfjongeren, de vrouwenopvang en

mensen in trajecten van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Het zijn wel twaalf doelgroepen die allemaal achter lopen wat betreft mondigheid en daarmee met hun inspraak bij gemeenten. Tijdens het congres is er veel genetwerkt tussen belangenorganisaties onderling en hopelijk zijn de gemeenteambtenaren wat anders tegen de zaak aan gaan kijken. Het valt of staat bij beeldvorming. We willen bereiken dat alle doelgroepen onder de aandacht komen van die gemeenteambtenaren zodat er over de negatieve beelden wordt heengestapt. Pas dan kunnen ze de mens zien en hem perspectief bieden. Het congres was een opstap naar een intiemere ontmoeting.' (BP)

Zie ook het uitgebreide verslag van het congres 'Niemand hoort de straat. De cliënt aan het woord' op [www.psy.nl](http://www.psy.nl)

## Duur en ernst depressie bepalen succes behandeling

Patiënten met een ernstige depressie hebben geen baat bij een standaardbehandeling met psychotherapie, medicatie of een combinatie van beide. Voor hen dienen andere behandelingen ontwikkeld te worden. Dat is een van de conclusies uit het proefschrift van psychiater Marc Blom, die daarop in december aan de Vrije Universiteit promoveerde.

In zijn studie keek Blom naar 193 ambulante patiënten met een depressie die oftewel een behandeling kregen met interpersoonlijke psychotherapie (IPT), met medicatie, met een combinatie van beide of met IPT en een placebo. Hij concludeert, in navolging van eerdere studies, dat pillen alleen veel minder effectief zijn dan de combinatie van psychotherapie en medicatie. Bovendien zag hij geen verschil tussen de combinatiebehandeling en alleen IPT of IPT met placebo-pillen. Met andere woorden, psychotherapie lijkt het belangrijkste middel in de aanpak van depressie. In het tweede deel van zijn onderzoek ging Blom, die als manager zorg bij PsyQ werkzaam is, na wat voor factoren het succes van een behandeling bepalen. Persoonlijkheidskenmerken (bijvoorbeeld neuroticisme of extraversie) noch demografische factoren (leeftijd en geslacht) bleken van veel invloed te zijn. Maar wel de duur en de ernst van de depressie. Vandaar dat hij adviseert om patiënten met een ernstige depressie die al langer dan een jaar duurt, niet met de standaardaanpak te behandelen. Hun prognose is daarvoor te slecht. Hij denkt dat voor deze groep meer intensieve behandelingen ontwikkeld moeten worden. Ook is hij nagegaan of de huidige behandelingen werkzaam zijn bij migrantengroeperingen. In zijn studie komt naar voren dat niet-westerse patiënten bij het begin van de behandeling weliswaar depressiever waren dan autochtone patiënten, maar beide groepen hadden evenveel baat bij de standaardbehandeling. Overigens heeft Blom bij zijn studie gebruik gemaakt van een antidepressivum, Nefazodon, dat enkele jaren terug in Nederland en Canada uit de handel genomen is. Blom: 'Maar Nefazodon is qua werkzaamheid vergelijkbaar met Prozac of andere ssri's'. Dat hij dit antidepressivum gebruikt heeft, was omdat de fabrikant van Nefazodon de enige was die deze studie wilde sponsoren. Het middel is destijds van de markt gehaald vanwege bijwerkingen bij patiënten met leverproblemen. (MvK)



## OFF-LABEL VOLGENS DE REGELS

Medicijnen blijken in de dagelijkse praktijk veelvuldig off-label te worden voorgeschreven. De inspectie voor de gezondheidszorg heeft hier geen bezwaar tegen, maar hamert erop dat off-label voorschrijven wel verantwoord moet gebeuren.

In opdracht van de inspectie inventariseerde het RIVM het off-label voorschrijven van medicijnen: voor een andere indicatie voorschrijven dan waarvoor ze staan geregistreerd. Huisartsen en psychiaters blijken dat op grote schaal ook te doen met psychofarmaca. De inspectie stelde onlangs dat het off-label voorschrijven zoveel mogelijk moet volgens de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen. Als die er nog niet zijn, moet de arts in ieder geval overleggen met de apotheker. En hoe dan ook moet de patiënt goed worden voorgelicht over het off-labelgebruik. Volgens het RIVM voldoen voorschrijvers vaak niet aan deze regels. Patiënten hebben er vaak geen weet van dat ze een geneesmiddel off-label gebruiken en ook artsen weten het niet altijd. Wel volgen ze meestal de wetenschappelijke

richtlijnen. In de psychiatrie en in de huisartsenpraktijk worden met name psychofarmaca als atypische antipsychotica, antidepressiva en anti-epileptica vaak off-label voorgeschreven. Soms ook als daar geen goede richtlijn voor bestaat. Dat is bijvoorbeeld het geval met zo'n tien procent van atypische antipsychotica voor gedragsstoornissen als adhd. Maar volgens het RIVM-rapport zijn dit indicaties die niet aanvaardbaar zijn volgens de medische richtlijnen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft onlangs de richtlijnen voor off-label voorschrijven aangescherpt. Henk Folmers, beleidsmedewerker van het genootschap: 'Vanaf 2005 melden we in onze richtlijnen altijd als off-label voorschrijven de voorkeur heeft. Voor die tijd gebeurde dat niet. Maar veel gevaar is er niet. Een recente studie wees uit dat ziekenhuisopnamen als gevolg van medicijngebruik tamelijk vaak voorkomen, maar juist niet bij off-label voorgeschreven geneesmiddelen.' Op verzoek van artsenorganisatie KNMG zullen de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen en psychiaters zich gezamenlijk gaan buigen over verantwoord off-label voorschrijven. (SvD)



## Cliënten bundelen krachten

De cliëntenorganisaties Voice Nederland en Cliëntenbond gaan in een nieuwe stichting samen optrekken. Dat is enkele weken geleden besloten door de beide organisaties.

De besturen van de beide clubs worden samengevoegd en er komt een nieuwe stichting Samenwerking Cliëntenbond/Voice Nederland. 'Eind 2006 dreigde de Cliëntenbond nog failliet te gaan', zegt Adri Walhout, die als penningmeester van het nieuwe samenwerkingsverband gaat optreden. 'Vervolgens is er van alles ondernomen om de enige echte landelijke algemene cliëntenbond overeind te houden. Ik ben blij dat de Cliëntenbond en Voice Nederland nu gezamenlijk gaan optrekken. Dat moet wel een impuls geven aan algemene belangenbehartiging van cliënten.' De Cliëntenbond heeft nu ruim duizend leden. Walhout: 'Het streven was ooit een extra nul achter dat getal te krijgen. Daar is de bond inderdaad ver van verwijderd, maar we houden goede hoop op een sterke cliëntenvertegenwoordiging.' Voice Nederland is de landelijke bundeling van zo'n dertig lokale en regionale initiatieven van mensen met psychische problemen, verslaving en mensen zonder thuis. Hiertoe behoren bijvoorbeeld het Basisberaad Rijnmond, APCP Amsterdam en Zorgbelang West-Brabant in Breda. Voice Nederland zal naar Utrecht vertrekken waar de Cliëntenbond al is gevestigd. (SvD)

## GEKNIPT

'De overheid bagatelliseert de gevolgen van cannabis. Maar als er voedsel was met net zo'n hoge kans op kanker, dan was dat product morgen uit de schappen. Psychiatrische ziekten zijn echter geen geliefd onderwerp en al helemaal niet in combinatie met cannabis. Voor een test op schizofrenie is dan geen geld.' Don Linszen, hoogleraar psychiatrie, Het Parool, 2 januari 2008

'Iemand heeft bijvoorbeeld een fobie om in een groep te verkeren. Dan zegt de dienstdoende ambtenaar: "Maar dan is het toch goed om nu eens aan groepsactiviteiten deel te nemen?"' Marc van Hoof, sociaal advocaat voor cliënten Dienst Werk en Inkomen Amsterdam, Tribune, januari 2008

'Zij heeft geen enkele behoefte hem te zien, maar de artsen vonden het goed voor de verwerking van haar trauma. De psycholoog vond het achteraf bezien niet slim. De doodsangsten zitten heel diep.' Gerrit de Horde, echtgenoot van Yvonne de Horde die in 2007 gebeten werd door Bokito. De Telegraaf, 29 december 2007

## CLIËNTEN SCHRAPPEN GELD BIJEEN



Regionale Cliëntenorganisatie De Hoofdzaak met 24 ervaringsdeskundigen en medewerkers in dienst en tachtig actieve vrijwilligers heeft vestigingen in Alkmaar, Den Helder en Hoorn. Directeur Astrid Nolet heeft een dagtaak aan het bijeenrapen van geld. Voor 2008 komt ze nog 100.000 euro tekort.

**U ZAT IN EEN LAAGDREPELIG BUREAU IN HET CENTRUM VAN ALKMAAR?** Ja, in een pand van GGZ Noord-Holland-Noord dat we gratis mochten gebruiken. Daar moesten we uit, omdat GGZ NHN krap bij kas zit. Nu zitten we aan de ring in Hoef-zuid. Onze vaste mensen weten ons wel te vinden, maar de spontane aanloop is weg.'

**WAS U BOOS DAT U DAT PAND UIT MOEST?** 'Eerst wel. Hoewel GGZ NHN ons goedgezind is, werd er keihard onderhandeld. Zij hebben gewoon minder geld, maar wij ook. In het nieuwe pand moeten we nu wel huur betalen.'

**WORDT HET VOOR DE HOOFDZAAK ALLEEN MAAR MOEILIJKER?** 'Ik vind het op zich goed dat cliëntenorganisaties niet meer van ggz-instellingen een zak met geld krijgen. Ze kopen nu diensten bij ons in, zoals cursussen voor cliënten. Maar als de instelling medewerkers moet ontslaan, dan kiezen ze niet meer voor cliëntencursussen. Ook al zijn onze producten nog zo goed.'

**WAAR MOET UW GELD NU VANDAAN KOMEN?** 'Van dertig gemeenten, vier zorgaanbieders, zorgverzekeraars en diverse landelijke en regionale fondsen. Met alle dertig gemeenten in ons werkgebied onderhandelen, kan dus niet. We zitten in vijf Wmo-raden en alleen van Alkmaar, Den Helder en Hoorn krijgen we geld. Sommige gemeenten willen alleen geld geven voor hun eigen inwoners, maar wij werken regionaal.'

**HOEVEEL KOMT U DIT JAAR TEKORT?** 'Op een begroting van 800.000 euro komen we 100.000 euro tekort. Dat was eind 2007 nog 300.000 euro. We hebben dat kunnen terugbrengen tot een ton. Van een paar medewerkers worden de contracten niet verlengd en de directie levert ook uren in. We doen gewoon steeds meer met minder geld. Maar als wij er niet meer zijn, valt er een groot gat in de cliëntenparticipatie.'

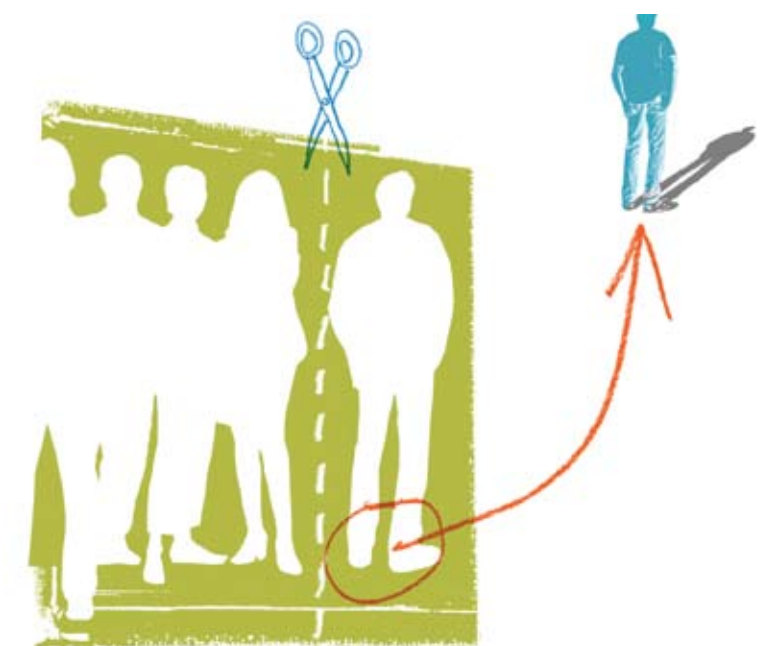
**MINISTER KLINK ZEGT KEER OP KEER DAT HIJ CLIËNTENPARTICIPATIE ZO BELANGRIJK VINDT.** 'Als hij dat echt vindt, dan moet hij ons niet zo laten struggelen. Niemand is echt verantwoordelijk voor de financiering van cliëntenorganisaties. Wij bestaan nu tien jaar. We weten wat cliënten belangrijk vinden en ontwikkelen tal van nieuwe producten. Zorg er dan als minister voor dat clubs die zich bewezen hebben een structurele basisfinanciering krijgen. Voor de rest kunnen we ons zelf bedruipen. Dat houdt ons scherp.' (ML)

## Remissie als doel bij schizofrenie

Behandeling van psychosen richt zich veelal op het dempen van symptomen. Maar het doel mag best wat hoger liggen. Daartoe is een nieuwe uitkomstmaat ontwikkeld: remissie.

Mensen met schizofrenie willen erbij horen, ze willen werk, een relatie. En hoe minder last ze hebben van symptomen van schizofrenie, zoals wanen, ernstig chaotisch gedrag of juist apathie, hoe meer die doelen binnen bereik komen. Om dit streven te ondersteunen heeft een groep Amerikaanse psychiaters enkele jaren geleden een nieuwe uitkomstmaat ontwikkeld: remissie. Hiervan is sprake als iemand zes maanden lang zo weinig last ondervindt van acht kernsymptomen van schizofrenie, dat deze het dagelijks functioneren niet meer op hinderlijke wijze belemmeren. Remissie is derhalve

geen methode, maar eerder een behandeldoel. Aan de hand van de acht vastgestelde kernsymptomen is eenvoudig te bepalen of remissie is bereikt. Ook Nederland kent nu een werkgroep van psychiaters die remissie als uitkomstmaat van behandeling wil bevorderen. Ellen Mogendorff is projectleider van deze Nationale Remissie Werkgroep. 'Een eerste belangrijke stap is al gezet. Er zijn nu internationale afspraken gemaakt over het concept remissie en over het meten ervan. Hierdoor ontstaan meer mogelijkheden voor onderzoek naar de beste hulpverlening om remissie te bereiken.' De komende tijd organiseert de werkgroep workshops over remissie voor hulpverleners. Ook komen er workshops voor patiënten. Voor meer informatie zie [www.inremissie.nl](http://www.inremissie.nl). (SvD)





**INTERVIEW MET PSYCHIATER RENÉ KAHN OVER ZIJN NIEUWE BOEK:**

## In de spreekkamer van de psychiater

Psy geeft tien boeken weg. Reageer snel op [www.psy.nl](http://www.psy.nl)

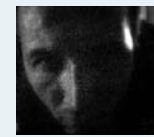
### VEEL GELEZEN OP PSY.NL



**PSYCHIATER NIELS MULDER: TIEN EURO VOOR EEN DEPOTINJECTIE**



**PSYCHIATERS WOEDEND OVER UURTARIEF; KORT GEDING TEGEN MINISTER KLINK**



**VIJF RISICOFACTOREN VOOR- SPELLERS PSYCHOSE**



**QAT NIET VERBIEDEN; RISICO'S QAT-GEBRUIK GERING**



**CONFLICT OVER EIGEN BIJDRAGE PSYCHOTHERAPIE**

### BERICHTEN OVER MEDICIJNEN:

- NIEUW ALZHEIMER-MEDICIJN?
- JONGENS EN BEJAARDEN SLIKKEN VEEL ANTIPSYCHOTICA
- GEBRUIK ANTIDEPRESSIVA BIJ JONGEREN STIJGT WEER

## ELKE DAG NIEUWS OVER GGZ EN VERSLAVINGSZORG OP [WWW.PSY.NL](http://WWW.PSY.NL)

### ACHTERGROND:

## EEN STILLE KRACHT IN DE INDONESISCHE PSYCHIATRIE



VACATURESITE [WWW.PSYWERKT.NL](http://WWW.PSYWERKT.NL)

## BANEN IN DE GGZ EN VERSLAVINGSZORG

# psyWERKT

### SPREKER OP CONGRES

## KORSAKOV KOMT OP STEEDS JONGERE LEEFTIJD VOOR



Naar schatting krijgen 400 mensen met Korsakov in Amsterdam geen passende zorg. Een nieuw Amsterdams samenwerkingsverband gaat dit probleem aanpakken. Op 20 februari zal psycholoog Marion Klaver spreken over de behandeling van Korsakov-patiënten.

Het samenwerkingsverband bestaat uit GGZ Buitenamstel, verantwoordelijk voor de diagnostiek en de revalidatie, en Amsta, een zorgorganisatie voor ouderen, verantwoordelijk voor de begeleiding en huisvesting. Marion Klaver: 'Korsakov is een hersenbeschadiging, die door een tekort aan BI-vitamine ontstaat. In onze cultuur is dat een gevolg van chronisch alcoholgebruik en verwaarlozing.' Als behandelaar is zij werkzaam in het Amsterdamse verpleeghuis De Poort, een onderdeel van Amsta. De Poort biedt plaats

aan 52 Korsakov-patiënten. Momenteel is hun gemiddelde leeftijd 58 jaar. 'De jongste is 42 jaar en de oudste is 80.' Maar Klaver verwacht dat de patiënten steeds jonger worden. 'Een paar jaar terug hadden we al een aanmelding van een patiënt van 23 jaar.' Als Korsakov geconstateerd is, krijgt de patiënt revalidatie om te leren leven met zijn cognitieve beperkingen. Daarna komt een deel, die 24-uurszorg nodig heeft, in De Poort terecht. De behandeling die daar wordt aangeboden is erop gericht patiënten, binnen de beperkingen die zij hebben, te begeleiden naar een zinvol bestaan. Samen met de patiënt wordt gekeken wat hij als een zinvol leven beschouwt. 'De persoonlijke waarden die de meesten noemen zijn rust, vrijheid en zelfstandigheid', zegt Klaver, die vervolgens met oplossingsgerichte gedragstherapie aan de slag gaat om met de patiënt dit doel dichterbij te brengen. 'Het gaat daarbij vaak om kleine dingen. De een stelt zich ten doel om een

vogeltje te verzorgen. Een ander probeert een paar uur op een kinderboerderij te werken of een paar dagen per week bij familie door te brengen.' Omdat Korsakov ook vaak gepaard gaat met voor de omgeving ongewenste gedragingen als agressie of voortdurende herhalingen, krijgt ook het zorgteam training hoe daar mee om te gaan. 'We doen dat met mediatieve gedragstherapie. We gaan daarin na wat de invloed is van het zorgteam op het ongewenste gedrag en geven de verzorgenden dan handvatten om daarop te reageren.' Doorgaans wordt aangenomen, zegt Klaver, dat psychotherapie zinloos is bij Korsakov-patiënten. 'Onze ervaring is dat je met gedragstherapie het leven van de patiënten en hun omgeving wel een stuk kunt verbeteren.' (MvK)

Zie Prikbord voor informatie over het symposium 'Amsterdammers met Korsakov: ons een zorg'.

## Zelfbinding moet zich nog bewijzen

Zelfbindingsmachtigingen zijn sinds 1 januari 2008 wettelijk mogelijk. Maar de regeling is ingewikkeld en het is daarom de vraag of zelfbinding in de praktijk gaat werken.

Nee, hij heeft nog niet gehoord dat er al cliënten zijn die een zelfbindingsverklaring juridisch hebben vastgesteld. Maar Remmers van Veldhuizen, directeur zorgontwikkeling bij GGZ Noord-Holland-Noord en woordvoerder van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie over dit onderwerp, hoopt wel dat het instrument gaat werken. Zelfbinding is met name bedoeld voor mensen die af en toe veel last hebben van hun ziekte, zoals perioden van psychose, manie of depressie. In de tijd dat het goed met ze gaat, kunnen ze samen met hun behandelaar een verklaring over zelfbinding vastleggen voor de periode dat het slech-

ter gaat. De verklaring bevat afspraken tussen behandelaar en cliënt, onder andere over dwang. Voor het eerst is daarmee een machtiging mogelijk voordat sprake is van gevaar. 'Door vooraf af te spreken wanneer onder dwang medicatie kan worden toegediend, is te voorkomen dat iemand er tijdens een manische episode een puinhoop van maakt en zijn leven op achterstand zet', meent Van Veldhuizen. Maar hij ziet ook moeilijkheden. 'Het is een ingewikkelde regeling, waarbij op diverse momenten verschillende geneeskundige verklaringen nodig zijn. Een en ander vraagt nogal wat van cliënten en psychiaters, ook op inhoudelijk vlak. Zo kun je wel afspreken dat bepaalde medicatie onder dwang mag worden toegediend, maar dan is het ook nodig vast te leggen dat daarvoor desnoods opname op een gesloten afdeling vereist is. Als je dat niet doet loopt een cliënt in manische toestand zo van de afdeling weg.' Een andere

zorg van Van Veldhuizen zijn de heel stellige negatieve wilsverklaringen, zoals 'nooit in de separeer' of 'nooit middel x toedienen'. 'Daar kunnen psychiaters beter niet aan meewerken, anders vergroot je het risico dat een patiënt onbehandeld blijft.' De Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon steunt de wettelijke regeling van zelfbindingsverklaringen, maar heeft ook haar bedenkingen. Hoofd pvp Femke Welles: 'Het is positief dat cliënten zo meer sturing kunnen geven aan de hulp vanuit de ggz. Maar cliënten blijven in een kwetsbare positie ten opzichte van behandelaars en het vraagt nogal wat van iemand om ver vooruit te kijken. Een patiënt kan de behandeling toch heel anders ervaren dan hij eerder verwachtte. De pvp's hebben daarom afgesproken de cliënt met zelfbindingsverklaring hoe dan ook te ondersteunen als hij zich toch verzet tegen behandeling.' (svd)