

Patiëntenrechten

Verslag van een studiebijeenkomst

Moniek M. Niele, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en juriste met specialisatie gezondheidsrecht.

Namens de NVSPV mocht ik in op 18 april jl. een studiemiddag bijwonen over patiëntenrechten. De zaal was vol (ongeveer 300 mensen), het grootste aantal deelnemers kwam uit de somatische gezondheidszorg. Dit verslag is een samenvatting van de belangrijkste onderwerpen van de behandelde stof. Hier en daar heb ik het verslag aangevuld met voorbeelden uit de psychiatrie.

De eerste spreker was mevrouw prof. mr. W.R. Kastelein, zij is hoogleraar gezondheidsrecht aan de Universiteit van Nijmegen en advocaat in Utrecht. Haar verhaal ging over de professionele standaard; informatie en toestemming. De WGBO, artikel 7: 453 omschrijft de plicht van de hulpverlener om te handelen op basis van 'goed hulpverlenerschap'. Goed hulpverlenerschap betekent dat men handelt in overeenstemming met de professionele standaard. De professionele standaard wordt gevormd door regels van 'buiten', zoals de wetgeving en jurisprudentie, en regels van 'binnen' zoals o.a. richtlijnen, protocollen, beroepscodes en gedragsregels.

Goed hulpverlenerschap betekent bijvoorbeeld dat men geen behandeling geeft die (medisch) niet zinvol is, bovendien moet men blijven nadenken over de toepassing van protocollen en richtlijnen. In sommige gevallen kan het juist noodzakelijk zijn om gemotiveerd af te wijken van de standaard. De hulpverlener heeft een informatieplicht (WGBO artikel 7:448 lid 1 en 2). Hij moet op duidelijke,

begrijpelijke wijze uitleg geven over de diagnose, het onderzoek, de behandeling, gevolgen en risico's van de behandeling en in aanmerking komende alternatieven.

De reden dat de cliënt goed geïnformeerd dient te zijn is dat hij pas dan weloverwogen toestemming kan geven voor behandeling, het zogenaamde informed consent. Als cliënt wilsonbekwaam is moet de toestemming door een vertegenwoordiger gegeven worden, tenzij er sprake is van een noodsituatie. Wilsonbekwaam wil zeggen dat cliënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen. Met andere woorden; cliënt is niet in staat de gevolgen van zijn beslissing te overzien. Als een wilsonbekwame cliënt zich verzet tegen een ingrijpende verrichting die desondanks moet worden uitgevoerd om ernstig nadeel te voorkomen, kan de verrichting uitgevoerd worden. In de psychiatrie doet deze situatie zich soms voor als cliënt een grote hoeveelheid medicatie heeft genomen en een noodzakelijke maagspoeling weigert.

De tweede spreker was mevrouw mr. M.C.I.H. Biesaat, zij is beleidsmedewerker bij de KNMG. Zij sprak over dossiervoering, inzagerecht, beroepsgeheim en privacywetgeving. De hulpverlener heeft de plicht een dossier bij te houden. In het dossier dienen gegevens opgenomen te zijn die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening aan cliënt. De patiënt kan een eigen verklaring aan het dossier toevoegen. De cliënt heeft

ook het recht een dossier geheel of gedeeltelijk te vernietigen tenzij het aannemelijk is dat vernietiging nadelig is voor een aanmerkelijk belang van een ander. Ook mag er niet vernietigd worden als de wet dat verbiedt (bijvoorbeeld de BOPZ, die stelt dat bescheiden tot 5 jaar na beëindiging van behandeling bewaard moeten blijven). De cliënt heeft recht op inzage of een afschrift van het dossier. Desgevraagd moet inzage of afschrift zo spoedig mogelijk worden gegeven. Het beroepsgeheim is zowel in het wetboek van strafrecht, de WGBO als de wet BIG vastgelegd. Het beroepsgeheim omvat een zwijgplicht en een verschoningsrecht. Het belang van het beroepsgeheim is dat een ieder zich tot een hulpverlener moet kunnen wenden zonder dat vertrouwelijke informatie wordt doorgegeven. De geheimhoudingsplicht geldt o.a. niet tegenover medebehandelaars, als men zich moet verweren in een strafrechtelijke of tuchtrechterlijke procedure of op grond van een wettelijke plicht. Tegenover de (wettelijk) vertegenwoordiger geldt het beroepsgeheim niet, voor zover er geen strijd is met het goed hulpverlenerschap. Verreweg het belangrijkste criterium om het beroepsgeheim te doorbreken is het 'conflict van plichten'. Dit wil zeggen dat het belang het beroepsgeheim niet te doorbreken minder zwaar weegt dan een ander belang. Een voorbeeld hiervan kan zijn kindermishandeling, dan kan het belang van het kind om ongeschonden op te groeien zwaarder wegen dan het geheim houden van informatie die je van moeder hebt gekregen. Indien men het beroepsgeheim wil doorbreken moet men in gewetensnood verkeren, nagaan of doorbreking de enige manier is om ernstige schade te voorkomen en proberen of alsnog toestemming kan worden verkregen. Als de geheimhouding wordt geschonden moet dat zo beperkt mogelijk gebeuren.

De derde spreker was de heer O.L. Nunes, advocaat in Utrecht. Hij sprak over aansprakelijkheid van hulpverleners en instellingen in de praktijk. Hulpverleners met een artikel 3 (wet BIG) geregistreerd beroep, bijvoorbeeld verpleegkundigen en artsen, kunnen voor de tuchtrechter gedaagd worden. Gronden voor een tuchtzaak zijn bijvoorbeeld het handelen in strijd met de norm van artikel 47 wet BIG; namelijk het tekortschieten in zorgvuldigheid ten opzichte van patiënt of diens naasten en het algemene belang van een goede uitoefening van gezondheidszorg. Het handelen van de hulpverlener wordt vergeleken met dat van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot. Bovendien wordt getoetst of men zich aan de professionele standaard heeft gehouden en welke kennis en ervaring men had ten tijde van de handeling. In het tuchtrecht kan geen schadevergoeding geëist worden. Daarnaast kan er een strafrechtelijke procedure gestart worden. Civielrechtelijke procedures, bijvoorbeeld als de patiënt een schadevergoeding eist, worden over het algemeen met de instelling gevoerd. De hulpverlener, die in dienstverband werkt, sluit volgens de WGBO namens de instelling een behandelovereenkomst met de cliënt. Bij een civiele procedure geldt dat de patiënt moet bewijzen dat de hulpverlener onrechtmatig heeft gehandeld. De hulpverlener moet de gegevens beschikbaar stellen zodat de cliënt bewijs kan leveren. Als de bewijzen niet blijken uit bijvoorbeeld het dossier kan de bewijslast omgekeerd worden. Dan moet de hulpverlener bewijzen dat hij iets heeft gezegd of gedaan. Vaak is dat onmogelijk voor de hulpverlener. Bij mijn weten zijn in de somatische geneeskunde schending van de informatieplicht en het stellen van een verkeerde diagnose de meest voorkomende gronden voor de

tuchtrechter en de civiele rechter. Ook familie of nabestaanden kunnen onder strikte voorwaarden schadevergoeding eisen. De spreker raadt aan om ter

voorkoming van claims o.a. de klager serieus te nemen en snel te reageren op brieven. Bovendien kan het handig zijn een beschrijving te maken van het verloop van zaken.

Samen gaan voor resultaat Cliëntenperspectief & Cliëntenparticipatie

**Nascholing Psychiatrie voor Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
Terschelling 14-16 november 2002 Lilly.**

Ivonne van der Padt

Inleiding

Als redactielid van SP heb ik een deel van de nascholingsdagen mee kunnen maken op Terschelling. Daar ik niet bij alle onderdelen aanwezig was geef ik een impressie van de dagen. Tot slot wordt de lezing die ik niet heb bijgewoond maar toegestuurd kreeg van de heer Dorland, opgenomen.

Deze nascholing werd voor de derde keer georganiseerd en aangeboden door Lilly. Mijn deelname was niet vrijblijvend, er moest een verslag komen. Wat onwennig zat ik voortdurend klaar met pen en papier. De rol van toeschouwer, luisteraar en redactielid paste niet goed. Met veel bekende collega SPV-en om me heen voelde ik regelmatig de neiging om mee te doen aan het debat. Het thema nodigde daartoe uit: 'Samen gaan voor resultaat' in een ongedwongen sfeer en een op rolletjes lopende organisatie. Dat zijn goede voorwaarden voor een actieve deelname, waartoe de ruim veertig deelnemers zich lieten uitdagen. Naast de lof is een kritische noot echter ook op zijn plaats. *Samen gaan voor resultaat* heeft een wat eenzijdige invulling gekregen want cliënten waren er nauwelijks te vinden. Van de vijf sprekers was er één cliënt, de heer Dorland. Van de deelnemers was er buiten deze spreker en zijn partner geen enkele cliënt. De nascholing ging

dus vooral over het hulpverlenerperspectief op cliëntenperspectief en cliëntenparticipatie.

Het programma begon op donderdag 14 november om 14.30 en werd geopend door de voorzitter van de NVSPV, Jeanne Derks, dagvoorzitter voor alle drie dagen.

Die dag hielden drie sprekers een inleiding vanuit verschillende invalshoeken:

Just van der Linden psychiater in Adhesie (Deventer) *Vijf jaar behandeling van jonge mensen met een psychotische stoornis: Wat vinden zij en hun ouders, dat hen heeft geholpen.*

Simone van der Lindt wetenschappelijk medewerker bij het Trimbosinstituut *Praten over pillen en psychosen.*

Wim Dorland ervaringsdeskundige en voorzitter van de cliëntenraad RIAGG Hilversum *Iemand met ervaring.*

Het avondprogramma werd gevuld met het werken in kleine groepen rondom het thema: *Van cliëntperspectief naar cliëntenparticipatie.*

De vrijdag 15 november startte met een terugblik op het avondprogramma door Jeanne Derks.

Van cliëntperspectief naar cliëntenparticipatie

Verschillende groepen hadden hun bevindingen naar aanleiding van de discussie opgeschreven. Er kon geen

eenduidig antwoord gegeven worden over de stand van zaken met betrekking tot dit onderwerp in de diverse instellingen. Helaas werd mij niet duidelijk of de aanwezigen dit thema op de agenda plaatsen van een SPV beraad in samenspraak met de cliëntenraad in de eigen instelling. Juist bij dit onderdeel werd, mijns inziens, de inbreng van cliënten node gemist. Want hoe lang blijven we nog over cliëntenperspectief praten als we niet luisteren naar het cliëntenperspectief, om nog maar te zwijgen over cliëntenparticipatie in deze.

Knelpunten:

Hulpverleners zijn zo arrogant om te vooronderstellen dat het aanbod van de instelling ook is wat cliënten willen. Producten worden echter zonder overleg of in samenspraak met cliënten gemaakt. Als dat wel het geval is, bijvoorbeeld bij het consensusdocument over Schizofrenie, is niet duidelijk of dit ook gebruikt wordt. Is dit herkenbaar terug te vinden in de praktijk voor het opstellen van een behandelprogramma, en wie bewaakt dat dan? Een ander punt dat naar voren kwam is dat mantelzorgers nog steeds niet gezien worden als partners in de zorg.

Beïnvloedende factoren:

- Organisatorische (culturele) kenmerken van instellingen beperken veranderingsmogelijkheden en bevorderen die arrogante houding.
- Het gebruik van professionele instrumenten en het maken van echt contact met cliënten levert een spanningsveld op. De basis voor een goed contact is er wel maar de rust niet omdat er druk staat op hulpverleners om productie 'te draaien'.
- Door iemand werd het aspect onzekerheid bij de hulpverlener genoemd. Hoe speel je in op andere vragen van de cliënt. Hoever ga je in het mee laten denken over de eigen behandeling van cliënten en hun

systeem.

Oplossingen:

- Certificering van instellingen laten plaatsvinden door cliënten.
- Meer keuze vrijheid via een vrije markt (PGB's).
- De beroepsgroep actiever inzetten op kwaliteitsbewaking door het opstellen van standaarden:
- Cliëntenparticipatie;
- sociaal psychiatrische zorg;
- vraaggerichte zorg.

Het is ook een onderdeel van de attitude om je bezig te houden met de kwaliteit van zorg passend in het domein kwaliteitszorg en innovatie. De beroepsgroep richt zich daar tot nu toe te weinig op.

Jet van de Velde SPV Mentrum Rehab Amsterdam

Multiloog.

De bijeenkomsten van Multiloog (zie SP november 1998, december 2001) hebben een hoog gehalte aan cliëntenparticipatie en veel minder van hulpverlenerparticipatie. Terwijl het doel vooral is om de onderlinge verstandhouding tussen cliënten en hulpverleners (van diverse pluimage) te verbeteren. Vanuit de zaal wordt de vraag gesteld: 'Wat mankeert er aan ons vak dat zoiets als Multiloog nodig is?' Een mogelijk antwoord op deze vraag valt misschien te beluisteren in de vraag van een lid van Multiloog (via Jet): 'Denken hulpverleners na in hoeverre zij zichzelf blijven in, of zich aanpassen aan een organisatie?' Uit de weergegeven beïnvloedende factoren blijkt wel dat het erg lastig is om op je eigen manier vorm te geven aan de invulling van je beroep.

Er werden diverse redenen genoemd voor de geringe deelname van GGZ hulpverleners aan de Multiloog bijeenkomsten:

- het kost vrije tijd want gebeurt in de avonduren;
- onduidelijk is of het wel zin heeft;

- onbekendheid over Multiloog (www.inca-pa.nl);
- onzekerheid over de rol van de hulpverlener tijdens de bijeenkomsten;
- schroom, machteloosheid, geen interesse;
- af willen sluiten omdat je vol bent na een dag werken, en al zo vaak geraakt wordt.

Ook bij dit onderdeel waren er geen klip en klare oplossingen. Via Multiloog wordt een mogelijkheid geboden om ervaringen uit te wisselen rondom cliënten-, familie en hulpverlenerperspectief. Het is aan de beroepsgroep wat zij daar mee doet en hoe zij daar werk van maakt.

Frans Verberk SPV coördinator MGZ-GGZ opleiding Breda

Van kwaliteit van leven, via het cliëntenperspectief naar kwaliteit van zorg

De spreker had 90 minuten de tijd gekregen om zijn stelling: "Er wordt veel gesproken over het cliëntenperspectief, maar in de praktijk komt er nog weinig van terecht", te laten verwerpen of vast te stellen. Uitgangspunt werd de constatering dat we het met elkaar hebben over burgers en dus uitgaan van een gemeenschappelijk perspectief. De inkleuring van dat perspectief wordt gegeven door de rollen die we innemen, die van cliënt of die van hulpverlener. Wij, het gehoor, werden gezien als burgers en als (potentiële) cliënten van de GGZ met een dikke kans op een SPV als hulpverlener. Dat deed me denken aan de vraag die een arts ons eens stelde tijdens een studiemiddag van de NVSPV: 'wie van de hier aanwezigen zou als hij of zij psychotisch is, Haldol willen slikken?' Van de 200 aanwezigen stak niemand een vinger op, enthousiaster werd men toen de mogelijkheid werd geopperd een modern neurolepticum te gebruiken. Ik had dezelfde vraag verwacht, maar dat bleek niet het geval. Dat was jammer

want dat had een totaal ander perspectief en een andere invulling aan de studiedagen kunnen geven. Geven wij anderen wat wij zelf ook zouden willen ontvangen? Hoe doen wij dat dan en hoe controleren we of we dat doen? Doen we dat zelf, vragen we cliënten daarnaar en toetsen we elkaar daarop?

Vanuit een theoretisch perspectief (de gecreëerde omgeving en appraisal) werd het onderwerp uitvoerig besproken. Als toehoorders kregen we zo nu en dan een actieve rol om zelf, en met anderen te ervaren wat wij als eigen werkelijkheid beleven. Immers in de hulpverlening staat de wisselwerking van het individu en de omgeving centraal. De kunst is om daar de persoonlijke betekenis van te vinden samen met de cliënt. Hoe kan een cliënt die betekenis prijsgeven als wij als hulpverleners zelf buiten schot blijven? Het creëren van veiligheid is een belangrijk gegeven waar zowel de cliënt als de hulpverlener (bewust of onbewust) mee bezig zijn. Het is de taak van de hulpverlener om in dat proces aan te sluiten bij de werkelijkheid, het verhaal en de betekenisgeving hieraan van de cliënt.

Het Vrijman Luckerhof theater liet ons via het bewegingstheater oefenen met *communicatie*.

Via verschillende opdrachten werd de passieve toehoorderrol vervangen door het uitproberen van allerhande non-verbale actieve bijdragen. De bereidheid tot deelname was groot, het effect van de oefeningen op de dagelijkse werd wisselend beoordeeld.

Zaterdag 16 november werden de **praktijkperikelen van de Wet BOPZ** toegelicht door Jolanda van Boven. Centraal hierin stonden de bevorderende en belemmerende aspecten van de uitbreiding van juridische maatregelen. De voorwaardelijke RM en de observatie RM. Spreekster zag vooral

bevorderende factoren indien het welzijn van de cliënt als uitgangspunt wordt genomen. Indien er sprake is van een stoornis in de zin van de wet: heeft de stoornis de cliënt, wat wil zeggen dat het denken, willen en doelgericht handelen van de cliënt ernstig wordt beïnvloed door de stoornis, dan is ingrijpen gerechtvaardigd. Dit om te voorkomen dat er ernstige verloedering en teloorgang optreden. Voorwaarde is wel dat er een behandeling of begeleiding op maat ontwikkeld wordt, met goede intensieve zorg, met maandelijks overleg en duidelijke afspraken die goed gedocumenteerd zijn. En een maatregel kan alleen worden afgegeven als alles is gedaan (aan het verlenen van goede zorg) om

teloorgang en verloedering te voorkomen, maar is mislukt.

Tot besluit

Het waren enerverende dagen, er werd hard gewerkt met het lijf en het hoofd. Het uitwisselen van de diverse praktijken bleek uiterst zinvol maar veel te kort. Jeanne Derks knoopte alle eindjes, professioneel en met veel souplesse aan elkaar. De accommodatie was voortreffelijk evenals de organisatie. De vraag blijft me echter bezighouden hoe het mogelijk is om over dit onderwerp met elkaar te praten zonder een stevige vertegenwoordiging van de doelgroep.

Iemand met ervaring

Lezing van Wim Dorland

Mijn ervaringen en belevingen tot nu toe

- 12 jaar psychiater +12 gesprekken met een psychologe.
- 19 jaar 1^o opname 12 shocks + largactil (6 weken).
- 24 jaar 2^o opname 12 shocks + serenase + disipal injecties (3mnden)
- 25 jaar 3^o opname 12 shocks + serenase + disipal injecties (3mnden)
- 11 jaar opnamevrij 1968 - 1979.
- 1972 (29 jaar) getrouwd. Na bijna zeven jaar huwelijk vreselijke toestanden. Mijn lieve vrouw wist niet wat haar overkwam, maar is tot heden trouw.
- Na 1979 vaak korte periodes op "PAAZ" opgenomen.
- 1985 - 1995 vele opnames, bijna altijd voortijdig weg.

Mijn SPV-en

1^o SPV- Ik heel depressief, liggend op de bank en zei vrijwel niets. Toch kwam zij elke week terug. Langzaam aan begon ik wat terug te zeggen. Ook

leerde ik weer om te gaan zitten, iets wat ik drie jaar lang niet had gedaan. Nu is deze SPV een vriendin van ons.

2^o SPV- Een man die bewogen was. Soms was hij zo aangedaan, dat ik tegen hem zei: 'Neem eerst maar vijf minuten voor jezelf, daarna gaan wij praten over mijn problemen.' Door deze man leerde ik in te zien, dat een SPV ook een gewoon mens is.

3^o SPV- Had ik kort, vertelde niets, kende mijn dossier niet, is depressief en ik voelde geen warmte.

4^o SPV- Kijkt goed uit zijn ogen, kent mijn dossier, neemt ruim de tijd, onderbreekt om gesprek te sturen en is betrokken.

Ik ben ingedeeld als zijnde schizo-affectief.

Ik weet dit al enige jaren. Met betrekking tot mijn stabiliteit kan ik zeggen dat ik alle stadia heb beleefd:

- 10 Vreselijk depressief ik verwaarloos mezelf en ben in staat zelfmoord te plegen	0 Is o.k.	+ 10 Is ergste graad van psychose
--	--------------	--------------------------------------

Nooit heb ik invloed gehad op de behandeling, zelfs niet in een zeer stabiele toestand. Ik denk nu dat mijn behandeling bestaat uit gesprekken en pillen. Dat vind ik ook een manier van behandelen. Gehoord werd ik, tot ik er gewoon ziek van werd. Er werden wel gesprekken gevoerd, maar nooit wilde een SPV naar de kern van mijn problemen luisteren. Dat is tot op heden nog steeds het geval. Ik vind het niet alleen onterecht, dat er altijd om de kern van mijn problemen heen gesproken werd, ik ben er helemaal van door het dolle heen. Nu ik u allen hier zie heb ik een advies: "Laat een cliënt uitspreken, hoe onwaarschijnlijk het ook lijkt wat hij of zij te vertellen heeft." Ik zeg dit niet alleen voor mijn eigen voordeel maar vooral ook voor de jongere volwassenen. Zij zitten vaak met enorme problemen: wanen, depressies en vul maar in. Wees erop voorbereid dat de problemen alleen maar toenemen.

Van een opname uit 1967 herinner ik me het volgende: Een psychiater vroeg aan het hoofd van de afdeling: 'Wie ligt er in deze cel?' Het hoofd: 'Iemand die denkt dat hij Jezus is.' De psychiater: 'Zeg maar dat hij te laat is.' Die paar woorden hebben mijn opname met vele weken verlengd. Aan mijn vrouw werd én wordt nooit gevraagd hoe het met haar gaat. Daarom vraag ik u met klèm, betrek de partner of ouder(s) of familie véél meer bij de behandeling, zij weten véél meer van bijvoorbeeld de reacties op medicatie of andere behandelingen dan een SPV of psychiater.

Een voorbeeld:

Als ik mij een gevaar begon te voelen voor mijn vrouw, mijn omgeving en mijzelf, liep ik naar boven en pakte een

koffertje in en zei tegen mijn vrouw: 'Het is weer zover.' Dan kuste ik haar en reed naar Z.E.S. bij Amersfoort. Ik belde aan en meestal kwam een bekende verpleegkundige aan de deur en zei: 'Zo ben je er weer, ik zal even een psychiater bellen.' Ook 's nachts gebeurde dat.

Mijn rol als voorzitter van de cliëntenraad

In april van dit jaar verscheen een kritisch rapport *De Open Ankh prijzen, premies en pluimen* van de Cliëntenraad: 'De kwaliteit van de hulpverlening van de RIAGG Gooi en Vechtstreek (afd. Volwassenen).'

- Bejegening scoort goed.
- Informatie voorziening is twijfelachtig.
- Procedures vaak onvoldoende: echt zorgelijk zaken behandelplan.

Beide aspecten hebben direct te maken met openheid van de hulpverlener naar de cliënt. Bij de informatievoorziening scoort informatie over rechten van de cliënt en uitleg over de wijze waarop klachten van de cliënt behandeld kunnen worden, slecht. Hetzelfde geldt voor de informatieverstrekking over de behandelmogelijkheden aan de cliënt. De procedures om met de cliënt samen het behandelplan op te stellen, scoorde slecht. De cliënt dient in te stemmen met het behandelplan en een kopie hiervan te ontvangen en te ondertekenen. Ook deze procedure wordt niet goed gevolgd. Het advies is: 'Geef duidelijke antwoorden aan de cliënt.'

Toch is de cliëntenraad, en zijn de meeste cliënten van de RIAGG Gooi & Vechtstreek, zéér tevreden over deze RIAGG. Tachtig procent van de klanten van de RIAGG is zeer tevreden of

tevreden; 20% is zeer ontevreden of ontevreden. Hulde aan onze Directie. Zij zijn heel druk en nemen de tijd voor de cliëntenraad als dit nodig is, en het overleg verloopt in een prettige sfeer.

De rode draad is de Liefde van De Drie-enige God, en daarna de liefde van mijn vrouw, die na 25 jaar ellende te hebben ontvangen, sinds 5 ½ jaar een echtgenoot gekregen heeft, waar zij 25 jaar in geïnvesteerd heeft.

Waar ik nog veel last van heb is vloeken in mijn ziel. Dan bid ik, waar ik ook ben; Here Jezus Christus, wilt U de satan te woord staan, want hij is sterker dan ik, maar U hebt hem overwonnen door Uw Bloed aan het kruis van Golgotha (Calvarie). Dan ben ik hem direct kwijt. Voor mij een bewijs dat de Here leeft.

Óók dank ik de psychiaters en SPV- en de verpleegkundigen, die zoveel geduld met mij hadden en nog hebben.