

AdSearch

ADVIES & RESEARCH
IN GEZONDHEIDSZORG EN WELZIJN

De Behandelovereenkomst in GGZ Buitenamstel

Vlees noch Vis

Een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief

Een onderzoek in opdracht van:
Cliëntenraad GGZ Buitenamstel

Mark Janssen
m.m.v.
Wouter van de Graaf

Amsterdam
13 juli 2006

© 2006 AdSearch en Cliëntenraad GGZ Buitenamstel

Janssen, M.A., Vlees noch Vis. De Behandelovereenkomst in GGZ Buitenamstel: een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief. AdSearch, Amsterdam, juni 2006.

ISBN-10: 90-809530-3-2

ISBN-13: 978-90-809530-3-1

Opdrachtgever: Cliëntenraad GGZ Buitenamstel

Begeleidingscommissie: Hilda Witmond
Floor Kuijmans
Usha Mahabiersing
Alex Sas
Jan Theunissen
Goris van de Langenberg

Uitvoering: Wouter van de Graaf
Mark Janssen

Projectleiding: Mark Janssen



T: 020-6794443 / 06-41579776

E: MA.Janssen@inter.nl.net

Website: www.adsearch.nl

Woord van dank

Dit onderzoek kon worden uitgevoerd dankzij de hulp en medewerking van de volgende personen. Allen willen wij hierbij nog eens hartelijk bedanken:

Toon van der Aa

Rob Addink

Ythe Bijlstra

Corrie Dorst

Jeroen van Eelen

Annelies Faber

Peter Hanneman

Onno den Held

Atie Hoornweg

Pim Hügel

Marloes Jonkers

Karin van de Kamp

Barend van de Kar

Floor Kuijmans

Goris van de Langenberg

Johan Legemaate

Usha Mahabiersing

Paul Manni

Ardan Miedema

Karla Nijnens

Lowijs Perquin

Rogier Peters

Didier Rammers

Robinetta de Roode

Alex Sas

Neel Schouten

Annemarie Schuite

Anke Stoops

Jan Theunissen

Sally Timmermans

Martine Versluijs

Ton Peter Widdershoven

Hilda Witmond

Hartelijk bedanken wij ook de medewerkers van de secretariaten en recepties van de verschillende locaties. Onze dank gaat ook uit naar de 70 cliënten met wie wij een interview hebben gehouden en die we anonimiteit hebben toegezegd.

Mark Janssen

Wouter van de Graaf

Inhoudsopgave

1	Opzet en uitvoering van het onderzoek	7
1.1	Aanleiding	7
1.2	Doel van het onderzoek	8
1.3	Vraagstelling	8
1.4	Opzet van het onderzoek	9
1.5	Uitvoering van het onderzoek	10
2	Kwaliteitscriteria: wat is een goede behandelovereenkomst?	13
2.1	WGBO	13
2.2	Op zoek naar kwaliteitscriteria	14
2.3	Cliëntenpanel	15
2.4	Kwaliteitscriteria en hun bijsluiter	17
2.5	Prioritering van de kwaliteitscriteria	21
3	Behandelovereenkomsten op zes afdelingen	23
3.1	Bocholtstraat	23
3.2	Deeltijdbehandeling AJ Ernststraat	26
3.3	Valeriuskliniek, Lairesse 2	28
3.4	Valeriuskliniek, Verhulst	31
3.5	Burgemeester Hogguerstraat	33
3.6	Oldenaller	35
4	Overzicht van de bevindingen	39
4.1	De steekproef	39
4.2	Overzicht van de bevindingen	40
4.3	Conclusies ten aanzien van de kwaliteitscriteria	49
5	Conclusies	53
6.	Aanbevelingen	57
6.1	Algemene aanbevelingen	57
6.2	Aanbevelingen aan de verschillende actoren	59

Bijlage A.	De Behandelovereenkomst van GGZ Buitenamstel	62
Bijlage B.	Methoden van onderzoek	63
Bijlage C.	Wervingsfolder	64
Bijlage D.	Representativiteit	65
Bijlage E.	Conclusies van de Focusgroep	67
Literatuur		68
Lijst van afkortingen		71

1 Opzet en uitvoering van het onderzoek

In dit hoofdstuk schetsen we de aanleiding, het doel, de vraagstelling, de opzet en de uitvoering van het onderzoek 'Kwaliteit van de behandelovereenkomst'. De onvermijdelijke afkortingen worden verklaard in de lijst achterin dit rapport.

1.1 Aanleiding

In veel Nederlandse GGZ-instellingen zijn behandelplannen of behandelovereenkomsten ingevoerd als uitwerking van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Deze behandelplannen en behandelovereenkomsten nemen de vorm aan van een formulier, waarin in hoofdzaak de diagnose, de afgesproken behandeling en de instemming van de cliënt worden vastgelegd.

In GGZ Buitenamstel, een grote instelling die werkt voor Amsterdam Zuid/Nieuw-West, wordt sinds 2002 op alle afdelingen met een behandelovereenkomst gewerkt. Het betreffende formulier is opgenomen in Bijlage A. De Cliëntenraad van GGZ Buitenamstel heeft in november 2005 aan AdSearch de opdracht gegeven om vanuit het cliëntenperspectief een onderzoek te doen naar de kwaliteit van deze behandelovereenkomst. Aanleiding hiervoor waren signalen dat de behandelovereenkomst niet goed functioneerde. Veel cliënten bleken bijvoorbeeld niet te weten of ze een behandelovereenkomst hadden en het was opgevallen dat behandelovereenkomsten zelden door cliënten werden ondertekend (Bureau Bestuur en Beleid 2005; Kempe 2005). Daarbij was er weinig bekend over hoe de behandelovereenkomst in de praktijk functioneerde en of hierbij wel aan de wensen en behoeften van cliënten werd tegemoetgekomen.

Uit onderzoek in andere organisaties was bovendien gebleken dat cliënten slecht op de hoogte zijn van hun behandelplannen of behandelovereenkomsten, dat deze vaak eenzijdig door behandelaars worden opgesteld en dat cliënten in de regel weinig inspraak hebben bij het totstandkomen ervan (Hauer e.a. 2001; Janssen en Onrust 2005; Kragten 2003; PVP-krant 2005; Wiersma en Barnhard 2003). In een breder kader was al signaleerd dat de invoering van de WGBO nog lang niet optimaal is en dat de meeste patiënten/cliënten geen weet hebben van deze wet (ZON 2000; KNMG 2004; Linschoten en Moorer 2005).

De Cliëntenraad van GGZ Buitenamstel hecht belang aan een goed functionerende behandelovereenkomst vanuit het oogpunt van vraagsturing. Idealiter zou het een instrument kunnen zijn waarmee de cliënt greep krijgt op zijn of haar behandeling, meer bewuste keuzes kan maken en steeds meer de regie kan gaan voeren erover. Een goede informatievoorziening en een meer tweezijdige behandelrelatie zijn hierbij belangrijke voorwaarden.

Deze aspecten sluiten aan bij de speerpunten die in Amsterdam zijn opgesteld voor kwaliteitstoetsingen vanuit cliëntenperspectief in het zogeheten Regiokader. De Cliëntenraad kon dan ook beroep doen op de middelen die beschikbaar worden gesteld voor kwaliteitstoetsingen vanuit cliëntenperspectief om het onderhavige onderzoek te financieren.

Met de volmondige instemming van de Raad van Bestuur van GGZ Buitenamstel kon het onderzoek op 1 november 2005 van start gaan.

1.2 Doel van het onderzoek

Doel van het onderzoek is om vanuit cliëntenperspectief:

- tot een omschrijving te komen van wat een goede behandelovereenkomst is;
- te toetsen of de kwaliteit van de behandelovereenkomst in GGZ Buitenamstel voldoende is;
- na te gaan wat de oorzaak is van eventuele kwaliteitstekorten;
- gefundeerde verbeteringen voor te stellen en de aanzet te geven voor een verbetertraject.

Bij de aanvang van het onderzoek was het reeds bekend dat zich kwaliteitstekorten voordoen. Daarom heeft de Cliëntenraad van GGZ Buitenamstel ervoor gekozen om het accent niet te leggen op het precies kwantificeren van de tekorten, maar op het nagaan van de mogelijkheden tot verbetering. Het belangrijkste doel van het onderzoek is dus om concrete verbeteringen aan te geven.

1.3 Vraagstelling

In dit onderzoek wordt een antwoord gezocht op de volgende centrale vraag:

Hoe waarderen cliënten van GGZ Buitenamstel hun betrokkenheid bij de totstand-koming van hun behandelovereenkomst en welke verbeteringen zijn hierbij mogelijk?

Deze centrale vraag valt uiteen in een aantal deelvragen, zoals:

Herkent men de eigen hulpvraag en past de geboden hulp daarbij?

Kunnen cliënten kiezen en hebben ze voldoende inspraak?

Komt de behandelovereenkomst eenzijdig of tweezijdig tot stand?

Worden cliënten voldoende geïnformeerd?

Hoe worden cliënten daarbij bejegend?

Waarom ondertekenen cliënten niet?

Wordt de behandelovereenkomst geëvalueerd en hoe gezamenlijk gaat dit?

Blijven cliënten ook in het vervolg bij hun behandeling betrokken?

Hoe belangrijk vinden cliënten de bovengenoemde aspecten?

In de vraagstelling van dit onderzoek gaat het dus om de kwaliteit van de behandelovereenkomst, zoals die vanuit cliëntenperspectief wordt waargenomen. De deelvragen verwijzen naar criteria aan de hand waarvan deze kwaliteit beoordeeld wordt.

Nagegaan moet worden of er nog andere criteria zijn, zodat een aanvullende vraag luidt:

Welke kwaliteitscriteria kunnen vanuit het cliëntenperspectief worden aangelegd om de kwaliteit van de behandelovereenkomst te beoordelen?

1.4 Opzet van het onderzoek

In de oorspronkelijke opzet van het onderzoek zijn 5 fasen voorzien:

Fase a. Voorbereiding. In deze fase worden alle voorbereidingen getroffen voor de uitvoering van het onderzoek: kennismaking (met Begeleidingscommissie, leidinggevend, etc); introductie en voorlichting (opstellen van een communicatieplan dat voorziet in bijeenkomsten, folders, wervingsaffiches, e.d.); afspraken over aanpak en uitvoering.

Fase b. Vaststellen van kwaliteitscriteria. Geïnterviewd wordt welke criteria vanuit cliëntenperspectief in de literatuur zijn geformuleerd voor een goede behandelovereenkomst. Aanvullende criteria worden gezocht in interviews met enkele landelijke sleutelpersonen. Een voorlopige lijst met criteria wordt voorgelegd aan een cliëntenpanel, dat in drie rondes wordt bevestigd. In een eerste bijeenkomst van het panel gaat het om oriëntatie, meningsvorming over en aanvulling van de criteria. In de tweede bijeenkomst worden de criteria aangescherpt en geselecteerd en wordt getracht consensus te bereiken. In een derde schriftelijke ronde worden de panelleden gevraagd naar hun prioritering van de criteria.

Fase c. Kwaliteitstoetsing. Gegevens worden verzameld op vier afdelingen van GGZ Buitenamstel: een ambulante afdeling, een afdeling voor deeltijdbehandeling, een afdeling voor kortdurende klinische behandeling en een afdeling voor langdurende klinische behandeling. Op elke afdeling worden interviews (en eventueel groepsinterviews) gehouden met circa 20 cliënten. Ook worden interviews gehouden met een manager en met enkele behandelaars. In de interviews met cliënten wordt gevraagd om een kopie van de behandelovereenkomst mee te brengen of daarin inzage te verlenen.

In de interviews worden vragen gesteld aan de hand van de kwaliteitscriteria. Als de praktijk niet voldoet aan deze criteria worden de oorzaken hiervan verkend. Cliënten worden gevraagd naar de mogelijke verbeteringen. Waar mogelijk wordt achtergrondmateriaal gezocht om de context van de te onderzoeken afdelingen te begrijpen in observaties, folders, gesprekjes, beleidsnota's etc.

Fase d. Verbetervoorstellen. In de Begeleidingcommissie wordt in twee rondes overlegd over de verbetervoorstellen. In de eerste ronde wordt een brainstorm gehouden aan de hand van een discussiestuk, waarin de onderzoeksresultaten zijn samengevat. In de tweede ronde worden de verbetervoorstellen geselecteerd en aangescherpt. Tussendoor wordt het advies ingewonnen van een Focusgroep van vijf tot acht landelijke deskundigen. Hun advies wordt ingebracht in de tweede bijeenkomst van de Begeleidingscommissie.

Fase e. Evaluatie. In een evaluatieve bijeenkomst van de Cliëntenraad en AdSearch wordt teruggekeken op het project en vooruitgekeken naar de ontwikkeling van het verbetertraject.

De in dit project gehanteerde onderzoeksmethoden zijn van voornamelijk kwalitatieve aard. Deze methoden worden toegelicht in Bijlage B.

1.5 Uitvoering van het onderzoek

Het onderzoek is op 1 november 2005 voortvarend van start gegaan. Na een week van oriëntatie en voorbereiding vond de eerste vergadering met de Begeleidingscommissie plaats. Hierin is het plan van aanpak uitgewerkt en een tijdsplanning opgesteld. Ook zijn de te onderzoeken afdelingen gekozen en zijn de voorbereidingen getroffen voor het Cliëntenpanel, dat zich ging uitspreken over de kwaliteitscriteria.

Na een week van literatuurstudie en inventarisatie van mogelijke kwaliteitscriteria kwam het Cliëntenpanel bijeen op 16 november. Aan de hand van een discussiestuk zijn de kwaliteitscriteria toegespitst en aangevuld. In de tweede bijeenkomst op 25 november is consensus bereikt over de criteria. Deze zijn in een derde schriftelijke ronde voorgelegd aan het panel ter prioritering. In de tweede vergadering van de Begeleidingscommissie, medio december, zijn de definitieve kwaliteitscriteria vastgesteld.

Eind november is Wouter van de Graaf aangetrokken als medeonderzoeker om te helpen bij de uitvoering van de interviews en de organisatie van de Focusgroep.

Op 5 december begon de materiaalverzameling op de Bochooltstraat. De eerste week is daar uitgetrokken voor wederzijdse kennismaking. Met goede medewerking van de teams bezochten we de huiskamerbijeenkomsten van cliënten op verschillende afdelingen om hen voor te lichten over het onderzoek en hen om medewerking te vragen. Folders werden verspreid en aan prikborden gehangen. De onderzoekers brachten veel tijd door in 'De Vraag', de sociëteit van de Bochooltstraat, waar zij vaak werden aangesproken door gegadigden. Ook bracht de contactpersoon van de Cliëntenraad ons met verschillende mensen in contact. De cadeaubon van 10 euro die aan alle respondenten als dank werd gegeven, bleek voor veel mensen een stimulans te vormen. Het lukte echter niet goed om cliënten van het Extramuraliseringsproject (EMP) te bereiken. Zeer veel moeite en tijd (meer dan 40 uur) is gestoken in extra pogingen om hen te bereiken, vooral via de ambulante medewerkers, maar ook

bijvoorbeeld door gespreksgroepen te bezoeken.

Uiteindelijk zijn door bemiddeling van voornoemde contactpersoon 3 cliënten van het EMP bereid gevonden om mee te werken. Waarschijnlijk speelt hier een zekere onderzoeksmoeheid een rol, zowel bij cliënten als bij het personeel.

Op 5 januari 2006 is een begin gemaakt met het onderzoek op de AJ Ernststraat, waar een standje is ingericht, affiches zijn opgehangen en folders zijn uitgedeeld (een voorbeeld van de folder is opgenomen in Bijlage C). Vooral tijdens de lunchpauzes zijn in de weken daarna veel contacten gelegd met respondenten en op een gegeven moment deed mond-op-mond reclame zijn werk. In korte tijd zijn 21 cliënten uit 10 verschillende therapiegroepen geïnterviewd, in twee gevallen in groepsinterviews met drie of vier respondenten.

In de derde vergadering van de Begeleidingscommissie is ervoor gekozen om het onderzoek in de Valeriuskliniek niet te houden op één, maar op twee afdelingen, Lairesse 2 en Verhulst. De overweging was hierbij dat het doel om 20 interviews te houden niet bereikt zou kunnen op één afdeling met 20 bedden. Ook is gekozen om in plaats van één, twee ambulante locaties te onderzoeken, om een betere spreiding aan te brengen.

Medio februari ging het onderzoek op de Valeriuskliniek van start, waarbij de twee onderzoekers zich elk op een afdeling toegedden. Zij bezochten allereerst een dagopening om zich voor te stellen en om uitleg te geven. Vervolgens brachten zij veel tijd door in de huiskamers, waar zij gesprekjes aanknoopten met cliënten en hen individueel om medewerking vroegen. Ook hier is ruime tijd uitgetrokken voor wederzijdse kennismaking, waarbij overigens veel terughoudendheid is betracht (door niet opdringerig te zijn en mensen die het moeilijk hadden te ontzien).

Begin maart begon het onderzoek op de twee ambulante locaties, Oldenaller en Hogguerstraat. Opnieuw splitsten de twee onderzoekers zich op. De eerste poging om respondenten te werven met 100 folders die door behandelaars of receptionisten werden uitgedeeld mislukte. Geen enkele cliënt meldde zich aan. Na een week werd in overleg met de leidinggevenden besloten om in de wachtkamers te gaan zitten en daar cliënten aan te spreken. Dat werkte beter, maar toch kwam in de Hogguerstraat een belangrijke remmende factor aan het licht: het lijkt erop dat de meeste cliënten niet weten wat een behandelovereenkomst is. Daardoor lopen zij niet snel warm voor een interview hierover: gemiddeld moesten de onderzoekers 2 uur doorbrengen in de wachtkamer om een respondent te vinden. Deze remmende factor werd het sterkst ervaren in de Hogguerstraat, maar deed zich in feite in alle onderzochte afdelingen voor.

In de interviews is aan de cliënten gevraagd om een kopie van hun behandelovereenkomst. Zelden beschikten cliënten over zo'n kopie. De meesten echter gaven toestemming om een kopie op te vragen bij hun behandelaar. Daartoe ondertekenden ze een machtigingsbriefje. Hun behandelaars werden hierover zoveel mogelijk persoonlijk aangesproken, wat vaak leidde tot korte gesprekjes die aanvullende informatie opleverden voor het onderzoek.

Indien een behandelovereenkomst ontbrak werd bij de behandelaars geïnformeerd naar de reden daarvan. Tijdens het onderzoek is veel meer tijd besteed aan werving dan was voorzien. Dit bleek een goede mogelijkheid om extra informatie te verzamelen, omdat allerlei gesprekjes werden gevoerd en het dagelijks functioneren van de afdelingen kon worden geobserveerd. Daardoor kon de informatie die in interviews was verzameld soms beter worden begrepen. Bijvoorbeeld wat betreft de mogelijke rol van een behandelovereenkomst in de situatie van een respondent die zelf niet weet wat een behandelovereenkomst is.

De voorlopige resultaten van het onderzoek zijn gepresenteerd in de Begeleidingscommissie op 3 april, waar werd besloten om een extra vergadering in te lassen om te brainstormen over de mogelijke aanbevelingen. Tegelijkertijd zijn de voorbereidingen getroffen voor de Focusgroep die zich over deze aanbevelingen moest buigen.

Deze Focusgroep kwam bijeen op 22 mei. Hiervoor werden op persoonlijke titel de volgende leden uitgenodigd: Annemarie Schuite (Inspectie Gezondheidszorg), Marloes Jonkers (GGZNederland), Karla Nijnens (Cliëntenraad GGZ Buitenamstel), Robinetta de Roode (KNMG), Martine Versluijs (NPCF), Johan Legemaate (VU), Ton Peter Widdershoven (Stichting PVP) en Didier Rammers (GGNet). Een verslag van de Focusgroep is opgenomen in Bijlage E. Op grond van het commentaar en de suggesties van de Focusgroep zijn de definitieve aanbevelingen opgesteld. Het eindrapport is eind mei in concept voorgelegd aan de Begeleidingscommissie en is vervolgens op hoofdlijnen met de opdrachtgever besproken. Het commentaar is verwerkt in het definitieve eindrapport.

Het onderzoek op alle locaties goed verlopen dankzij een uitstekende medewerking van leidinggevenden en personeel. Het aantal interviews (70) is wat lager uitgevallen dan de 80 die waren gepland. Dit werd vooral veroorzaakt door een tegenvallende respons van het EMP in de Bochooltstraat. In de Valeriuskliniek werd een respons van 15 (op circa 60 cliënten) bevredigend geacht en is afgezien van het geplande aantal van 20. De Begeleidingscommissie kwam in totaal 6 keer bijeen. De commissie heeft een belangrijke rol gespeeld in het aansturen en helpen organiseren van het onderzoek, en is in en buiten de vergaderingen een belangrijk klankbord geweest voor de onderzoekers.

Het onderzoek is een maand langer uitgelopen dan was voorzien. Wervingsproblemen waren de voornaamste reden hiervan. Daarnaast heeft de keuze voor 6 afdelingen in plaats van de geplande 4 een vertragende werking gehad.

Bij de uitstekende medewerking die is ondervonden moet gesignaleerd worden dat het onderzoek plaats vond tijdens een moeilijke fase van GGZ Buitenamstel. Het onderzoek viel samen met een grootscheepse reorganisatie, waaraan leidinggevenden en personeelsleden hun handen vol hadden. Desondanks hebben zij het geduld opgebracht voor 'weer zo'n onderzoek'. Wij willen hen hierbij nog eens hartelijk danken.

2 Kwaliteitscriteria: wat is een goede behandelovereenkomst?

Om de kwaliteit van een behandelovereenkomst te onderzoeken zijn kwaliteitscriteria nodig. In dit onderzoek moesten deze criteria vanuit het cliëntenperspectief ontwikkeld worden. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe deze criteria tot stand zijn gekomen. Naar criteria is allereerst gezocht in de WGBO. Vervolgens is gezocht in schriftelijke bronnen en zijn enkele interviews gehouden met landelijke deskundigen. Dit leidde tot een discussiestuk dat is besproken in een Cliëntenpanel. In drie ronden heeft dit panel consensus bereikt over 17 criteria. Deze criteria zijn voorzien van een bijsluiter.

2.1 WGBO

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is in 1995 ingevoerd met het doel de rechtspositie van patiënten in de gezondheidszorg te versterken. De wet geeft het juridisch kader voor de contractuele relatie tussen hulpverlener en patiënt. De patiënt heeft daarin de positie van opdrachtgever en de hulpverlener die van opdrachtnemer. Het centrale principe van de wet is dat de hulpverlener de plicht heeft om de patiënt te informeren en zijn toestemming te verkrijgen voor geneeskundig onderzoek en geneeskundige behandeling. In de wandeling heet dit 'informed consent': de patiënt stemt in op basis van goede informatie. Zonder toestemming van de patiënt mag de hulpverlener niet behandelen, tenzij er sprake is van wilsonbekwaamheid. In dat geval dient toestemming gevraagd te worden aan een wettelijke vertegenwoordiger (curator of mentor) of aan een door de patiënt schriftelijk gemachtigde persoon. Bij het ontbreken van zulke vertegenwoordigers wordt aan familieleden of levenspartners toestemming gevraagd. De wilsbekwame patiënt heeft echter de mogelijkheid om vast te leggen dat bepaalde behandelingen niet mogen worden toegepast tijdens een eventuele periode van wilsonbekwaamheid (negatieve wilsverklaring).

Uit de evaluatie van de WGBO (ZON 2000) bleek dat zich problemen voordeden bij de invoering van de wet, die vooral voortkwamen uit het globale karakter van de gestelde normen. Dit vormde voor de KNMG de aanleiding om samen met koepelorganisaties van hulpverleners en patiënten een omvattend implementatieprogramma voor te stellen (KNMG 2004).

Een recente enquête van de NPCF laat zien dat driekwart van de patiënten niet op de hoogte is van de WGBO (Linschoten en Moorer 2005). Desondanks heeft tweederde van de ondervraagden kennis van de specifieke rechten en plichten die in deze wet geregeld worden. Opvallend is dat GGZ-cliënten hierbij het laagste scores, dus het minst op de hoogte zijn van hun rechten en plichten.

Het globale karakter van de WGBO wordt gecompenseerd doordat rechters en veldpartijen nadere invullingen geven aan de wet. Een bekend voorbeeld van het laatste is de Modelregeling Arts-Patiënt (KNMG en NPCF 1998). Ook de instrumenten van het genoemde implementatieprogramma van de KNMG vervullen deze functie. Bij geschillen zal de rechter aan zulke invullingen geen directe rechtskracht toekennen, maar wel een indirecte rechtskracht (KNMG 2004; Legemaate 2003).

Dergelijke concretisering van de WGBO door veldpartijen zijn voor dit onderzoek van direct belang. De wet regelt bijvoorbeeld niets over schriftelijke vastlegging van behandelplannen of behandelovereenkomsten (afgezien van het uitzonderingsartikel 451). Overeenkomsten kunnen immers mondeling tot stand komen. Beenackers (2002) pleit echter voor een schriftelijk behandelplan in de GGZ en stelt dat de WGBO op zijn minst de schriftelijke vastlegging van de toestemming van de cliënt vereist. Zijn standpunt lijkt overeen te komen met de norm die in de meeste GGZ-instellingen wordt gevolgd: schriftelijke vastlegging van de toestemming van de cliënt in de vorm van een behandelplan of een behandelovereenkomst.

2.2 Op zoek naar kwaliteitscriteria

Voor de aanzet tot het ontwikkelen van kwaliteitscriteria voor een goede behandelovereenkomst is in dit onderzoek allereerst gezocht in de literatuur. Onderzocht is welke criteria voortvloeien uit de WGBO en uit de invullingen die veldpartijen aan deze wet hebben gegeven. Daarnaast is gezocht in de algemene kwaliteitscriteria die vanuit patiëntenperspectief zijn geformuleerd voor goede zorg. Ten slotte zijn enkele landelijke deskundigen mondeling geraadpleegd.

Centraal in het cliënten- of patiëntenperspectief staat het principe van zelfbeschikking (Biewinga en Van Hoorn 1989). Dit vormt het uitgangspunt.

Aan de WGBO zijn aanzetten voor kwaliteitscriteria ontleend ten aanzien van informatie, toestemming, vertegenwoordiging en negatieve wilsverklaring. Aan de Modelverklaring Arts-Patiënt is de toevoeging ontleend dat cliënten gerichte toestemming moeten verlenen en dat zij recht hebben op een bedenktijd daarbij. Ook is het principe van vrije artskeuze en het belang van voorlichting over ondersteuning door patiëntenorganisaties aan deze Modelverklaring ontleend. In interviews met landelijke deskundigen van KNMG, Stichting PVP en NPCF zijn voorts drie elementen naar voren gekomen:

- positieve wilsverklaringen stroken goed met de geest van de WGBO: crisisafspraken, crisiskaarten en andere wilsverklaringen zijn uitwerkingen van het principe van zelfbeschikking.
- het doel van de versterking van de positie van de patiënt komt goed overeen met het streven naar *empowerment*.
- in de huidige praktijk wordt wilsonbekwaamheid vaak genegeerd zolang de patiënt zich niet verzet tegen behandeling. Het recht op vervangende toestemming door vertegenwoordigers moet serieuzer worden genomen.

Aanzetten voor kwaliteitscriteria voor de behandelovereenkomst zijn voorts ontleend aan algemene criteria die vanuit cliëntenperspectief zijn geformuleerd (NPCF 1996). Specifieke kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief zijn voor de GGZ geformuleerd door Nederland en Steketee (2004). Hierin worden eisen gesteld aan het behandelplan (heldere taal, onderling overleg, schriftelijke instemming, evaluaties) en wordt gepleit voor de mogelijkheid dat cliënten zich in overlegsituaties kunnen laten bijstaan door een ervaringsdeskundige. Voor kwaliteitscriteria over de rol van naastbetrokkenen is gekeken naar de Modelregeling 'Betrokken omgeving' (Cliëntenbond e.a. 2004).

Ten slotte is bij het zoeken naar kwaliteitscriteria rekening gehouden met de aanbevelingen die uit verschillende onderzoeken naar voren zijn gekomen (Van der Hijden 1998; Janssen en Onrust 2005; Kragten 2003).

De bevindingen van dit deelonderzoek zijn vastgelegd in het discussiestuk dat is ingebracht in de eerste ronde van het Cliëntenpanel.

2.3 Cliëntenpanel

Een Cliëntenpanel is voor dit onderzoek bijeengeroepen om de kwaliteitscriteria voor een goede behandelovereenkomst te helpen ontwikkelen. Hiervoor zijn in de eerste plaats mensen met ervaringsdeskundigheid in de GGZ uitgenodigd, maar ook iemand uit de familiebeweging en een patiëntenvertrouwenspersoon. De externe leden namen deel op persoonlijke titel. De samenstelling van het panel was als volgt:

- Toon van der Aa, voorzitter (APCP)
- Hilda Witmond (Cliëntenraad GGZ Buitenamstel)
- Rogier Peters (Cliëntenraad GGZ Buitenamstel)
- Floor Kuijmans (Begeleidingscommissie)
- Alex Sas (Begeleidingscommissie)
- Annelies Faber (Stichting Labyrint - In Perspectief)
- Paul Manni (PVP)
- Goris van de Langenberg (ondersteuner Cliëntenraad GGZ Buitenamstel)

Tabel 1. Samenstelling van het Cliëntenpanel

Dit panel sprak zich uit in twee plenaire zittingen en een derde schriftelijke ronde. De eerste bijeenkomst werd ingeleid met een discussiestuk dat op grond van het voorgaande literatuuronderzoek en enkele interviews was samengesteld. In deze bespreking bleek al snel dat de kwaliteitscriteria niet beperkt kunnen worden tot de schriftelijke behandelovereenkomst, maar ook het proces moeten omvatten waarin die behandelovereenkomst

tot stand komt. Voordat de behandelovereenkomst wordt afgesloten waarmee de cliënt instemt met de behandeling, dient de cliënt bijvoorbeeld voldoende te zijn geïnformeerd. Dit vereist een samenwerkingsrelatie tussen cliënt en behandelaar, waarin alternatieven worden doorgesproken en de cliënt ruimte krijgt voor zijn wensen en vragen. Ook dient een behandelovereenkomst een vervolg te krijgen in regelmatige evaluaties en bijstellingen. Het Cliëntenpanel bracht het begrip empowerment in als een belangrijk uitgangspunt: een goede behandelovereenkomst geeft de cliënt meer greep op de eigen behandeling en stelt de cliënt in staat om gaandeweg steeds meer de regie te nemen.

Bij de verwerking van de paneldiscussie bleek dat elk kwaliteitscriterium een toelichting behoeft waarin de onderliggende gedachtegang wordt uitgelegd. Zo ontstond een document waarin naast een set van kwaliteitscriteria een bijsluiter werd opgenomen. De kwaliteitscriteria en de bijsluiter vielen uiteen in twee onderdelen, a) ten aanzien van het proces en b) ten aanzien van het product (de schriftelijke overeenkomst). Dit document werd besproken, bijgeviuld en aangescherpt in de tweede plenaire sessie van het Cliëntenpanel totdat consensus bereikt was. Het resultaat is vervolgens schriftelijk voorgelegd aan de panelleden met de vraag om elk criterium te prioriteren. Hierdoor konden nog enkele fouten worden opgespoord. Daarnaast bleek dat de panelleden vrijwel unaniem aan de meeste criteria een hoge prioriteit gaven, wat een bevestiging vormde van de grote mate van consensus. Het uiteindelijke resultaat is vastgesteld door de Begeleidingscommissie en is afgedrukt in de volgende paragraaf.

2.4 Kwaliteitscriteria en hun bijsluiter

De kwaliteitscriteria voor de behandelovereenkomst vanuit cliëntenperspectief luiden als volgt:

Kwaliteitscriteria	Bijsluiter
<p><i>A. Proces</i></p> <p>Een behandelovereenkomst komt tot stand in goed overleg tussen behandelaar en cliënt. Zij hebben een samenwerkingsrelatie waarin de vraag van de cliënt richtinggevend is. De cliënt krijgt alle ruimte om vragen te stellen en wensen te uiten. De cliënt neemt (gaandeweg) steeds meer de regie. De cliënt kan zich in de gesprekken met de behandelaar laten bijstaan door een (ervaringsdeskundige) vertrouwenspersoon.</p> <p>De cliënt krijgt reële keuzemogelijkheden voorgelegd. Ook wat betreft de keuze voor een behandelaar.</p>	<p><i>A. Toelichting bij proces</i></p> <p>Een goede behandelrelatie is essentieel in de GGZ. Open communicatie en goede informatie is een voorwaarde. Evenals respect voor de keuzes en zelfbeschikking van de cliënt. Ondersteuning door een vertrouwde persoon kan erg belangrijk zijn voor de cliënt.</p> <p>De persoonlijke eigenschappen van een behandelaar kunnen de behandelrelatie soms bevorderen en soms in de weg staan. Van belang is dat de cliënt kan kiezen voor een bepaalde behandelaar en eventueel kan wisselen indien het niet 'klikt', zonder dat dit negatief wordt opgevat. Het cliëntenrecht van vrije artskeuze moet binnen instellingen organisatorisch worden verankerd (binnen redelijke grenzen).</p>
<p><i>1. informatie:</i></p> <p>De cliënt wordt adequaat geïnformeerd (zowel mondeling als schriftelijk) over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onderzoek - diagnose - vooruitzichten - behandelmogelijkheden - bijwerkingen - risico's - gevolgen voor het dagelijks leven - alternatieven - mogelijkheden van steun en advies vanuit cliëntenorganisaties. 	<p><i>1. toelichting bij informatie:</i></p> <p>De schriftelijke informatie (folders, brochures, bijsluiters) is aanvullend op de mondelinge informatie. De informatie wordt afgestemd op individuele behoefte en situatie van de cliënt. Bijsluiters bij medicijnen worden desgevraagd verstrekt. Ook ten aanzien van andere therapievormen worden bijsluiters vervaardigd. De cliënt kan de diverse programmaboeken inzien. De cliënt krijgt de gelegenheid om na de gegeven informatie op een later moment toelichting te vragen. Bijwerkingen van medicijnen worden gemeld, maar ook die van andere therapieën.</p> <p>Gevolgen van de behandeling voor het dagelijks leven (familie, partner, werk) worden met de cliënt besproken en bij de keuzes betrokken. Informatie over alternatieven betreft ook het aanbod van andere instellingen.</p>

2. toestemming:

De cliënt geeft gerichte toestemming voor de voorgestelde verrichtingen en doet dit uit vrije wil.

Als blijkt van toestemming voor de voorgestelde behandelingen ondertekent de cliënt de behandelovereenkomst. Het document vermeldt direct daarboven dat de cliënt te allen tijde de toestemming voor de behandelingen kan intrekken.

Het is mogelijk dat de cliënt slechts met een deel van de voorgestelde behandelingen instemt. Dit wordt omschreven bij de handtekening.

De cliënt heeft het recht behandelingen te weigeren, hozeer de behandelaar die ook in zijn of haar belang acht.

In de behandelovereenkomst kan worden vastgelegd dat de cliënt, met het oog op een eventuele periode van wilsonbekwaamheid, voor bepaalde ingrepen of maatregelen geen toestemming geeft. De hulpverlener die de afspraken met de cliënt heeft gemaakt is degene die de behandelovereenkomst ondertekent.

3. dwangtoepassing

Bij toepassing van dwang wordt de cliënt zo snel mogelijk uitleg achteraf gegeven.

Cliënten die onder de wet BOPZ zijn opgenomen wordt niet gevraagd hun behandelplan/behandelovereenkomst te ondertekenen.

4. evaluatie

De behandelovereenkomst wordt regelmatig en volgens afspraak geëvalueerd.

Evaluaties vinden plaats in een open dialoog tussen behandelaar en cliënt en hierbij zijn niet meer dan twee andere personen aanwezig.

Na elke evaluatie wordt een nieuwe behandelovereenkomst opgesteld en ondertekend. De oude wordt bewaard.

2. toelichting bij toestemming:

De behandelovereenkomst is niet bedoeld om te functioneren als machtsmiddel, noch voor de ene, noch voor de andere partij.

Toestemming wordt niet verkregen met drukmiddelen (zoals voorwaarden of sancties). De cliënt krijgt voldoende tijd en ruimte om de behandelovereenkomst te lezen en te bespreken (zie voorts punt 5.)

Indien de cliënt niet kan toestemmen, worden alternatieven voorgelegd en besproken en verwijst de hulpverlener zonedig door (in het geval van een doorverwijzing moet de hulpverlener checken of de verwijzing lukt en zonedig een tussenoplossing regelen).

De behandelaar mag proberen de cliënt te overtuigen, maar hij mag de behandeling niet opdringen of afdwingen.

Sommige cliënten hebben op bepaalde momenten stimulans of aandrang nodig. Dit kan in de behandelovereenkomst worden opgenomen, maar doet niet af aan het recht van de cliënt om te weigeren. Een eventuele eindverantwoordelijke voor de behandeling kan medeondertekenen.

3. toelichting op dwangtoepassing

Met een snelle uitleg achteraf kan de cliënt de dwang zoniet billijken, maar misschien wel begrijpen of vergeven. De behandelaar dient het traumatiserende effect van dwang te onderkennen en bespreekbaar te maken.

Bij gedwongen opgenomen cliënten is het een illusie om te denken dat zij uit vrije wil kunnen instemmen met behandelingen van degenen die ook de sleutel tot hun vrijheid in handen hebben.

4. toelichting bij evaluatie

Het tijdsbestek is afhankelijk van de fase en de setting van de behandeling en wordt tussen cliënt en hulpverlener afgesproken en vastgelegd in de behandelovereenkomst.

Bij intensieve of beginnende behandeling wordt vaker geëvalueerd dan bij extensieve of gevorderde behandeling. Bij dwangopneming wordt minimaal eens per maand geëvalueerd.

Evaluaties 'in het team' zijn vaak eenzijdig en bedreigend voor de cliënt en kunnen beter vermeden worden. Eventueel leggen cliënt en hulpverlener het resultaat van hun evaluatie voor aan het team. De cliënt heeft in alle gevallen de gelegenheid om zich te laten bijstaan door een vertrouwde persoon.

<p>5. wijzigingen Wijzigingen van de behandelovereenkomst behoeven de toestemming van de cliënt.</p>	<p>5. toelichting bij wijzigingen Bij ondergeschikte wijzigingen van de overeenkomst hoeft geen nieuw document te worden opgesteld. Bij belangrijke wijzigingen is dit wel het geval.</p>
<p>6. termijnen De behandelovereenkomst wordt zo spoedig mogelijk afgesloten, maar in elk geval binnen 8 weken na het eerste contact met de behandelaar. De cliënt krijgt van te voren de conceptovereenkomst mee en kan daarin wijzigingen voorstellen. Daarvoor krijgt de cliënt een bedenktijd van 2 weken.</p>	<p>6. toelichting bij termijnen De behandelovereenkomst dient zorgvuldig en op basis van wederzijdseheid tot stand te komen binnen maximaal 8 weken (in sommige behandelingen en situaties kan hiervan worden afgeweken). Voordat een behandelovereenkomst is opgesteld, vindt eventuele behandeling plaats op grond van de mondelinge toestemming van de cliënt. De behandelaar maakt hiervan aantekening in het dossier en vermeldt plaats, datum en tijd.</p>
<p>7. informatievoorziening Cliënten worden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de bedoeling en het functioneren van de behandelovereenkomst en over hun rechten en plichten in dit verband.</p>	<p>7. toelichting bij informatievoorziening Uitleg over belang, doel en functie van de behandelovereenkomst wordt gegeven in het standaardinformatiepakket dat cliënten krijgen aan het begin van hun behandeling. Dit bevat ook informatie over het recht op een second opinion en het klachtrecht.</p>
<p>8. kopieën Elke cliënt ontvangt een kopie van zijn of haar behandelovereenkomst.</p>	<p>8. toelichting bij kopieën De kopie wordt gemaakt van het door beide partijen ondertekende document.</p>
<p>B. Product: de behandelovereenkomst op papier Het formulier voor de behandelovereenkomst wordt in begrijpelijke taal opgesteld en bevat geen vakjargon, codes, vreemde woorden of afkortingen. Het formulier bevat de visie van de behandelaar en die van de cliënt. Eventuele meningsverschillen worden eerlijk beschreven en niet verdoezeld.</p>	<p>B. Toelichting bij product Het ingevulde formulier is een document van cliënt en behandelaar samen. Aan de standpunten, bewoordingen en visies van beide partijen wordt recht gedaan. Ze worden zoveel mogelijk expliciet van elkaar onderscheiden.</p>
<p>9. evaluatie Het formulier begint met de uitkomst van de vorige evaluatie (indien van toepassing). Afgesproken wordt wanneer de volgende evaluatie plaatsvindt en in de behandelovereenkomst wordt deze datum genoteerd.</p>	<p>9. toelichting bij evaluatie Planmatig werken is een belangrijk onderdeel van goed hulpverlenerschap. Zeker bij wisseling van behandelaar of bij reorganisatie is het nodig om eerst stil te staan bij hetgeen is geleerd uit het verleden.</p>

<p><i>10. probleemomschrijving van de cliënt</i> De behandelovereenkomst bevat de probleemomschrijving van de cliënt in diens eigen woorden, zo mogelijk in de ik-vorm.</p>	<p><i>10. toelichting bij probleemomschrijving</i> De cliënt heeft hier het voortouw en de vrijheid om de eigen termen en visie neer te leggen. De cliënt nodigt de hulpverlener uit om hierop te reageren.</p>
<p><i>11. diagnose/werkhypothese</i> De diagnose wordt beschreven onder het kopje 'diagnose/werkhypothese'. De hulpverlener is hier aan het woord in zo duidelijk mogelijke taal.</p>	<p><i>11. toelichting bij diagnose/werkhypothese</i> Dit kopje is bedoeld om het proceskarakter te benadrukken en om stigmatisering tegen te gaan. De hulpverlener geeft hier zijn/haar visie op het probleem (en nodigt de cliënt uit om hierop te reageren). Essentieel is de vraag welke factoren bijdragen aan het probleem van de cliënt. Informatie die hier geen licht op werpt, is overbodig (en vaak alleen maar belastend voor de cliënt).</p>
<p><i>12. doelen</i> De behandelovereenkomst bevat doelen op korte en op lange termijn. De behandelovereenkomst bevat concrete streefdata. De behandelovereenkomst bevat de voorziene einddatum van de behandeling.</p>	<p><i>12. toelichting bij doelen</i> De gestelde doelen zijn belangrijk voor de cliënt en zijn concreet, realistisch en verifieerbaar. Bij enig verschil van mening wordt duidelijk vermeld wie welk doel nastreeft. De voorziene einddatum is bedoeld om de tijdelijkheid van het patiënt-zijn te benadrukken en om te voorkomen dat behandelingen zich eindeloos blijven voortslepen.</p>
<p><i>13. behandelwensen van de cliënt</i> De behandelovereenkomst bevat de behandelwensen van de cliënt.</p>	<p><i>13. toelichting op behandelwensen</i> De hulpverlener geeft ruimte aan het inzicht en de ervaringsdeskundigheid van de cliënt.</p>
<p><i>14. middelen</i> De concrete behandelmiddelen worden precies beschreven.</p>	<p><i>14. toelichting bij middelen</i> De namen van therapieën en medicijnen, dosering en frequentie van contacten worden vermeld, eventueel met de voorziene vervolgstappen.</p>
<p><i>15. crisisafspraken</i> In de behandelovereenkomst wordt vermeld of er crisisafspraken zijn gemaakt, bijvoorbeeld in de vorm van een crisiskaart of een crisisprotocol. In de crisisafspraken kan de cliënt uit vrije wil regelingen vastleggen voor dwangtoepassing en/of zelfbinding.</p>	<p><i>15. toelichting bij crisisafspraken</i> Bij cliënten die mogelijk in een crisis kunnen komen, is het aangewezen om crisisafspraken te maken. Het initiatief hiertoe ligt liefst bij de cliënten zelf. In de behandelovereenkomst wordt verwezen naar het document waarin de crisisafspraken zijn vastgelegd. Desgewenst wordt dit aan het formulier gehecht. Op basis van ervaring kunnen cliënten soms precies formuleren waarom, wanneer en hoe dwang aangewezen is.</p>

<p><i>16. vertegenwoordiger van de cliënt</i></p> <p>De behandelovereenkomst bevat de naam van degene die door de cliënt wordt gemachtigd of aangewezen om diens belangen te behartigen in tijden dat hij of zij daar zelf niet toe in staat is.</p>	<p><i>16. toelichting bij vertegenwoordiger</i></p> <p>Elke vertrouwde persoon kan door de cliënt schriftelijk worden gemachtigd. Een partner of familielid kan door de cliënt worden aangewezen (of worden gemachtigd). Aanbeveling verdient om deze persoon te betrekken bij de crisisafspraken.</p>
<p><i>17. toestemming voor doorgeven van informatie</i></p> <p>De behandelovereenkomst bevat de naam van de persoon of personen aan wie eventueel informatie mag worden doorgegeven.</p> <p>In de behandelovereenkomst wordt tevens vastgelegd wie uit de naaste omgeving van de cliënt zal optreden als contactpersoon.</p>	<p><i>17. toelichting bij toestemming voor doorgeven van informatie</i></p> <p>Met de cliënt wordt besproken aan wie welke informatie wordt doorgegeven. Met de cliënt wordt overlegd welke andere personen informatie mogen krijgen.</p> <p>Dit laat onverlet dat de behandelaar altijd relatie-gesprekken kan voorstellen. De behandelaar geeft daarbij aan dat een goed geïnformeerde naaste omgeving beter tot steun kan zijn en dat de te voeren gesprekken geen inbreuk mogen (hoeven te) zijn op diens privacy.</p>

Tabel 2. Kwaliteitscriteria voor de behandelovereenkomst vanuit cliëntenperspectief

2.5 Prioritering van de kwaliteitscriteria

De criteria en hun afzonderlijke onderdelen werden door de leden van het Cliëntenpanel gescoord op een schaal van 1 tot 5 (1=onbelangrijk/futiel, 2=beetje belangrijk, 3=belangrijk, 4=erg belangrijk, 5=uitermate belangrijk/cruciaal). De gemiddelde score was 3,8 wat betekent dat het panel overall de score 'erg belangrijk' benaderde.

Een hoge prioriteit (meer dan 4 gemiddeld) werd gegeven aan de volgende criteria:

- Een behandelovereenkomst komt tot stand in goed overleg tussen behandelaar en cliënt. Zij hebben een samenwerkingsrelatie waarin de vraag van de cliënt richtinggevend is.
- De cliënt krijgt alle ruimte om vragen te stellen en wensen te uiten.
- De cliënt krijgt reële keuzemogelijkheden voorgelegd. Ook wat betreft de keuze voor een behandelaar.
- De cliënt wordt adequaat geïnformeerd (zowel mondeling als schriftelijk) over: onderzoek, diagnose, vooruitzichten, behandelingsmogelijkheden, bijwerkingen, risico's, gevolgen voor het dagelijks leven, alternatieven, mogelijkheden van steun en advies vanuit cliëntenorganisaties.
- De cliënt geeft gerichte toestemming voor de voorgestelde verrichtingen en doet dit uit vrije wil.
- De cliënt heeft het recht behandelingen te weigeren, hoezeer de behandelaar die ook in zijn of haar belang acht.

- Bij toepassing van dwang wordt de cliënt zo snel mogelijk uitleg achteraf gegeven.
- De behandelovereenkomst wordt regelmatig en volgens afspraak geëvalueerd.
- Wijzigingen van de behandelovereenkomst behoeven de toestemming van de cliënt.
- Cliënten worden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de bedoeling en het functioneren van de behandelovereenkomst en over hun rechten en plichten in dit verband.
- Elke cliënt ontvangt een kopie van zijn of haar behandelovereenkomst.
- Het formulier bevat de visie van de behandelaar en die van de cliënt. Eventuele meningsverschillen worden eerlijk beschreven en niet verdoezeld.
- De behandelovereenkomst bevat de behandelwensen van de cliënt.
- De behandelovereenkomst bevat de naam van degene die door de cliënt wordt gemachtigd of aangewezen om diens belangen te behartigen in tijden dat hij of zij daar zelf niet toe in staat is.

De volgende criteria kregen een lage prioriteit (lager dan 3):

- Het is mogelijk dat de cliënt slechts met een deel van de voorgestelde behandelingen instemt. Dit wordt omschreven bij de handtekening.
- Het formulier begint met de uitkomst van de vorige evaluatie (indien van toepassing).
- De behandelovereenkomst bevat de voorziene einddatum van de behandeling.

Deze prioritering heeft richting gegeven aan het verdere onderzoek, in die zin dat in de materiaalverzameling bij voorrang naar informatie is gezocht over de hoogst geprioriteerde criteria.

3 Behandelovereenkomsten op zes afdelingen

In dit hoofdstuk beschrijven we de zes afdelingen van GGZ Buitenamstel die we hebben bezocht en het beleid dat zij voeren ten aanzien van de behandelovereenkomst. Per afdeling geven we de eerste bevindingen.

3.1 De Bocholtstraat

De *Bocholtstraat* is een nieuwgebouwd en architectonisch doordacht complex in Slotervaart. Er wonen circa 80 mensen in 2 gesloten afdelingen, 2 open afdelingen, 3 woonhuizen en 16 appartementen. Het oogt voor de helft als kliniek en voor de helft als beschutte woonvorm. Maar de leiding benadrukt dat het volledig een ziekenhuis is. Er is een Extramuraliseringsproject (EMP) waarin circa 80 mensen begeleid wonen in de buurt. Met 7 begeleiders heeft dit project een lage caseload. Cliënten van dit project komen vaak van andere verwijzers, zodat het Extramuraliseringsproject nauwelijks functioneert voor de langdurige bewoners van de Bocholtstraat. In het gebouw is een sociëteit, een gymzaal en een viertal activiteitenruimtes. De sfeer op de Bocholtstraat is vriendelijk en tolerant. Het personeel is jong en gemotiveerd, velen komen sympathiek over.

In de Bocholtstraat wonen langdurig hulpafhankelijke cliënten, met een voorgeschiedenis van psychosen en (soms continue) opnames van 5 tot 30 jaar. Velen hebben een RM. Hun sociale vaardigheid is vaak gering, sommigen spelen openlijk de rol van gek. Een deel van deze cliënten is nog afkomstig van Santpoort (afdeling Gooiland). Opvallend is hun machteloosheid: in vrijwel alle levensgebieden zijn zij volledig afhankelijk van de instelling. Iedereen is verplicht om medicijnen te nemen (stafleden bevestigen dit desgevraagd). Machteloosheid ontstaat ook omdat velen geen grip hebben op de eigen psychische toestand. Meegaandheid en de staf te vriend houden zijn overlevingsstrategieën. Haast niemand durft te klagen bij bijvoorbeeld de patiëntenvertrouwenspersoon. Het toekomstperspectief is voor veel cliënten beperkt. Er lijkt weinig te gebeuren. De doorstroming is gering. Cliënten zijn geïsoleerd, de meesten komen het huis niet uit. Aan rehabilitatie wordt niet gewerkt, althans niet buiten de interne activiteitenruimtes (die de meeste tijd leeg staan).

De werkwijze is erg naar binnen gericht. Het personeel lijkt vooral bezig met het handhaven van het leefklimaat. De leiding geeft aan dat dit laatste met 30% harddrugsgebruikers een absolute noodzaak is. Samenwerking in de behandeling is soms ver te zoeken, zo zegt een behandelverantwoordelijke:

"Met veel cliënten voer je een soort loopgravenoorlog. Zij vinden dat ze niet ziek zijn en geen medicijnen nodig hebben en ik vind van wel."

Beleid op de Bocholtstraat t.a.v. de behandelovereenkomst

In de Bocholtstraat is het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) al langer geïmplementeerd. De behandelaars hebben vorig jaar hun werkwijze afgestemd op het EPD, wat betekent dat circa 3 weken na de intake een behandelovereenkomst wordt opgesteld. Deze wordt uitgeprint en ondertekend door de behandelaar en dan weer ingescand. Cliënten ondertekenen zelden. Wat hierbij volgens de staf mee kan spelen, is dat vorig jaar onder druk van het management de dossiers moesten worden bijgewerkt en iedereen een BHO (behandelovereenkomst) moest krijgen, en er geen tijd was om de cliënten in dit administratieve proces te betrekken. De BHO wordt veelal na 6 maanden geëvalueerd en bijgesteld. Er wordt niet met behandelplannen gewerkt.

Bevindingen in de Bocholtstraat

Op de Bocholtstraat zijn 15 cliënten geïnterviewd. Zij zijn gespreid over vrijwel alle afdelingen en lijken een redelijke afspiegeling te vormen van het totaal, met uitzondering van het EMP dat slechts door 3 cliënten is vertegenwoordigd (zie ook bijlage D). Tien cliënten hebben een RM.

Het lijkt erop dat men op de Bocholtstraat consequent met behandelovereenkomsten werkt: de 13 cliënten die toestemming gaven om hun BHO op te vragen bleken allen een (recente) BHO te hebben. In twee gevallen is de BHO kort na het interview opgesteld en lijkt het erop dat de BHO speciaal voor het onderzoek is gemaakt.

Meer dan de helft van de ondervraagden weet echter niet wat een BHO is. Zij weten dus ook niet of zij er een hebben. Niemand beschikt over een kopie ervan. Geen van de 13 behandelovereenkomsten is ondertekend door de cliënt en het lijkt erop dat geen van de cliënten zijn BHO heeft gezien. Er wordt op het formulier nimmer een reden opgegeven waarom de handtekening van de cliënt ontbreekt (de BHO versie juli 2003 vraagt hier expliciet naar).

De hulpvraag en de behandelwensen van de cliënt zijn meestal niet te herkennen in de tekst van de BHO, en komen in het geheel niet of slechts ten dele overeen met wat we in de interviews hebben gehoord.

Meningsverschillen tussen cliënt en behandelaar komen slechts zelden naar voren in de behandelovereenkomsten. Slechts één keer wordt vermeld dat een cliënt geen medicatie wil, terwijl dit in interviews veel vaker aan de orde is.

Het taalgebruik is vaak moeilijk en wemelt van afkortingen en jargon:

"Patiënt is door A.B., SPV bij het REHAB-team middels een VM opgenomen bij GGZ Buitenamstel, locatie VK."

De probleemdefinitie wordt in alle behandelovereenkomsten geheel eenzijdig vanuit het perspectief van de hulpverlener gegeven, bijvoorbeeld:

"Een chronisch gedesorganiseerde schizofrene man die zeer ernstig en agressief kan decompenseren."

En vaak toont ook de omschrijving van de hulpvraag van de cliënt een eenzijdige hulpverlenersblik:

"Patiënte werd op 26 juli opgenomen op Lairesse 1 en op 30 november vanuit Verhulst overgeplaatst naar de Bocholtstraat. Vraagstelling: stabilisatie van psychiatrisch beeld."

De doelstellingen op de BHO zijn nooit SMART. Meestal zijn de doelstellingen onvoldoende specifiek (S), daardoor zijn ze niet goed meetbaar (M) en steeds ontbreekt een precieze tijdsaanduiding (T). Onvoldoende specifiek is

bijvoorbeeld het doel 'verdere verzelfstandiging', omdat hierbij niet wordt aangegeven welke levensgebieden of gedragingen het betreft. Eén van de zeldzame uitzonderingen is:

"Doelstelling. Patiënt kan zelfstandig een aantal handelingen verrichten (sigaretten kopen, helpen met koken, buiten wandelen en fietsen zonder begeleiding)."

Een veel gesteld doel is het "zich houden aan de regels" of "zich schikken in de rol van patiënt". Dit komt neer op aanpassing aan het ziekenhuisregime en dat lijkt niet echt een rehabilitatiedoel. Hier zijn zeker niet de cliënten aan het woord. Bij de doelbepaling lijken behandelaars dominant. Wensen en behoeften van cliënten klinken zelden door en er valt weinig te kiezen:

"Keuzemogelijkheden worden je niet voorgelegd: It's a one way policy!"

Bij de doelen gaat het zelden of nooit om rehabilitatie, waaronder we verstaan het planmatig en stapsgewijs werken aan zelfgekozen en precieze doelen ten aanzien van het maatschappelijke functioneren. Doelen in de behandelovereenkomsten zijn vaak intern gericht, vaag, opgelegd en niet gekoppeld aan een plan van aanpak. Op zijn best staat in een BHO "cliënt zoekt werk". Niet vermeld wordt hoe, waar, wanneer, welke fasen of wat de begeleiding hieraan kan bijdragen. Ook bij cliënten van het EMP lijkt rehabilitatie nauwelijks aan de orde¹.

"Ik krijg helemaal geen begeleiding bij het vinden van werk. Ik wil dolgraag werken. Ik doe nu 4 dagen per week vrijwilligerswerk. Met op termijn kans op een betaalde baan. Maar niemand die daarop let."

In de behandelovereenkomsten wordt meestal het doel van psychiatrische stabiliteit gesteld. Stabiliteit zal echter niet snel iemand's levensvervulling kunnen zijn.

Opvallend is dat bij de toestemming in 3 van de 13 onderzochte behandelovereenkomsten niet wordt aangekruist of omschreven welke van de drie vaste opties aan de orde is: cliënt stemt wel/niet/gedeeltelijk toe in de voorgestelde behandeling. Of de cliënt wel, niet of gedeeltelijk toestemming geeft blijft daardoor in het midden. En het is nu juist de kern van een overeenkomst dat partijen toestemmen in iets.

Daarentegen is dwang een veelgehoorde klacht op de Bocholstraat. In de ervaring van cliënten is medicatie verplicht:

"Ze sollen met je, je krijgt pillen en er wordt je niets gevraagd, je krijgt geen uitleg, geen informatie. 'Die moet u slikken', is het dan. Als je pillen weigert dan krijg je een depot. Dus dan slik je ze maar."

Soortgelijke uitspraken worden gedaan door 7 van de 15 ondervraagde cliënten. Onderhandelen over medicatie is niet mogelijk, melden sommigen:

"Ik wil geen medicatie. Zij zeggen dat als ik een dag geen medicatie gebruik ik psychotisch word en weer stemmen ga horen. Ik bestrijd dat en stel voor om het dan eens uit te proberen. Laten we eens een dag geen medicatie doen. Nou, geen sprake van. Het valt niet met hen te bespreken."

Verschillende ondervraagden willen praten in plaats van alleen maar pillen. Ze vragen vergeefs om gespreks- of psychotherapie:

"Ik vraag al 13 jaar om therapie, maar die heb ik nooit gekregen. Wel krijg ik steeds pillen. Maar dat is symptoombestrijding. Als ik therapie vraag krijg ik dat niet want ze zijn bang dat ik psychotisch word. Terwijl ik weet dat mijn psychosen met mijn kindertijd te maken hebben".

¹ Recentelijk is een nota geschreven om verbetering te brengen in de rehabilitatie in GGZ Buitenamstel.

3.2 Deeltijdbehandeling AJ Ernststraat

De deeltijdbehandeling in de AJ Ernststraat is de voortzetting van het voormalige Dercksen centrum in Buitenveldert. Het aanbod is van oudsher psychotherapeutische deeltijdbehandeling in groepen. Begin 2006 is de ambulante afdeling, gevestigd in het aanpalende voormalige Riagg-gebouw, geïntegreerd in het complex, dankzij een verbouwing. Er draaien circa twintig groepen van circa 8 deelnemers, georganiseerd op klacht en leeftijd. Er zijn driedaagse groepen en vijfdaagse groepen, naast enkele uitzonderingen. Behandelduur is 11 maanden met de mogelijkheid van 3 maanden verlenging.

De bezoekers zijn vaak jong, hoger opgeleid, sociaal en verbaal vaardig, overwegend vrouw en zelfredzaam. De meesten zijn niet klinisch opgenomen geweest, vaak zijn zij wel eerst in ambulante zorg geweest. De staf is vaak al lang werkzaam op de deeltijdbehandeling, velen zijn nu rond de 60, wat betekent dat zij recht hebben op veel vrije dagen en dit is een van de redenen waarom groepen soms uitvallen. De indruk bestaat dat zij in de loop der tijd hun eigen 'winkeltjes' hebben opgebouwd, relatief onafhankelijk van anderen of leidinggevenden. Er zijn veel verschillen tussen groepen wat betreft regels en interpretatie van regels, bijvoorbeeld wat betreft het verzuimbeleid. De leiding benadrukt dat dit soms in verband staat met de aard van de problematiek van de cliënten.

De cultuur is uitgesproken schools. Veel respondenten zeggen 'naar de les' te gaan of praten over hun 'medeleerlingen'. Verzuimregels doen soms wat kinderachtig aan. Cliënten krijgen veel huiswerkopdrachten mee. Er wordt ruim gebruik gemaakt van schriftelijke producties, en de cliënten hebben de beschikking over een eigen kopieerapparaat (tot leedwezen van de cliënten is dit apparaat na de verbouwing verdwenen).

Er heerst een therapeutische cultuur waarin cliënten zijn geprototprofessionaliseerd: de vaktermen zijn niet van de lucht. Men accepteert meestal de diagnostische termen als goede beschrijvingen van het eigen probleem, zonder veel relativering. Kritiek op de organisatie en vragen over cliëntenrechten worden stevast teruggebracht tot het persoonlijke vlak en tot 'leermoment' verheven, let wel voor de cliënt en niet voor de therapeut of manager.

In de organisatie gaan veel dingen slecht op het moment van het onderzoek. De leiding wijt sommige problemen aan de opeenstapeling van veranderingen die aan de orde zijn: een reorganisatie, een verbouwing, een implementatie van het EPD en een administratieve wijziging voor de DBC's. In het licht hiervan wordt het onderzoek naar de behandelovereenkomst begrijpelijkerwijze met iets minder enthousiasme ontvangen.

Beleid ten aanzien van de behandelovereenkomst in de AJ Ernststraat

In de deeltijdbehandeling wordt sinds een jaar of 5 intensief gewerkt met behandelplannen. De BHO wordt door de staf ervaren als een ondergeschikt document, meer als een formaliteit die van bovenaf verplicht is gesteld. Men vindt dat de BHO nietszeggend is en niets toevoegt aan het behandelplan.

De BHO wordt na het opstellen ervan niet meer geëvalueerd. Sommige behandelaars hebben moeite om hun werkwijze te combineren met het EPD, dat sinds eind 2005 is opgestart. Er is geen goede manier om het behandelplan in het EPD op te nemen. Men vindt het EPD niet goed afgestemd op de deeltijdbehandeling. Een systeembeheerder zou twee maanden geleden langs komen om dit te verbeteren, maar dit is nog niet gelukt. Tijdens de behandeling speelt de behandelovereenkomst verder geen rol. Het behandelplan des te meer. Dit wordt na zes weken opgesteld, na 4 maanden geëvalueerd en dan weer om de 3 maanden geëvalueerd. Alle therapeuten, de cliënt en de groepsleden worden betrokken in dit proces. Dit maakt onderdeel uit van een weloverwogen werkwijze, waarin veel tijd wordt geïnvesteerd. Het behandelplan is uitgebreid, is serieus, betreft cliënt actief bij behandeling, geeft houvast met doelen, vorderingen en evaluaties. Het wordt ook als een therapeutisch instrument gezien. Het plan wordt ondertekend en in kopie verstrekt aan de cliënt. Er is sprake van actieve participatie van de cliënt die in toenemende mate de regie over de eigen behandeling verkrijgt.

Bevindingen op de AJ Ernststraat

Van de 21 geïnterviewde cliënten hebben 15 een BHO. Omdat in twee groepen geen behandelovereenkomsten worden opgesteld hebben 5 cliënten geen BHO. Een cliënt was pas kort in behandeling en had nog geen BHO. Er wordt op de AJ Ernststraat relatief consciëntieus omgegaan met behandelovereenkomsten. Ze worden na circa 3 weken opgesteld, cliënten krijgen een concept mee naar huis en mogen dat corrigeren. De definitieve versie wordt vaak ondertekend en standaard in kopie verstrekt aan de cliënt. De BHO wordt na 6 weken geëvalueerd, maar wordt niet veranderd of bijgesteld na evaluatie. Dan wordt echter het behandelplan opgesteld en dat vormt in het vervolg de leidraad. Met de BHO wordt verder niets meer gedaan.

Behandelovereenkomsten worden routinematig ingevuld, met standaardantwoorden als "5. Korte termijn doel: Wennen aan de groep.", of: "6. Therapeutische middelen. Zie inhoud depressieprogramma.", of : "7.

Uitvoeringsafspraken. Zie werkboek Dwang."

Behandelovereenkomsten hebben een ondergeschikte betekenis, zowel voor staf als voor cliënten. Cliënten voelen het als een formaliteit. Stafleden zeggen dat de BHO overbodig is naast het behandelplan en neerkomt op een bureaucratische plichtpleging. Behandelplannen zijn veel belangrijker. Aan behandelplannen wordt tientallen keren meer tijd besteed dan aan behandelovereenkomsten.

Het behandelplan wordt zes weken na de intake opgesteld, mede aan de hand van een door de cliënt geschreven stappenplan. Het plan wordt in concept meegegeven aan de cliënt en met haar of hem besproken. Vervolgens wordt het behandelplan voorgelezen in de groep en kunnen de groepsleden commentaar geven. Het behandelplan wordt ondertekend door de cliënt. Het behandelplan bevat een verhalende 'diagnostische formulering' die losstaat van de DSM, hypothesen over de gezinsachtergrond, uitgebreide algemene doelstellingen (die voldoende specifiek zijn) en algemene evaluaties. Daarna is er ruimte voor doelen en evaluaties per therapieonderdeel. De uitslagen van de evaluaties worden opgenomen in het behandelplan, zodat de cliënt de vorderingen kan zien.

Het behandelplan is voor de geïnterviewden een belangrijk document. Het is echt werk: werken aan jezelf. Het behandelplan geeft richting aan de behandeling. De doelen worden specifiek omschreven en geven houvast:

"Er zijn hier zoveel interessante dingen en er valt zoveel te leren. Ik ben blij met duidelijke doelen. Zo kan ik in de gaten houden dat ik daaraan toekom."

Met het behandelplan kan de cliënt gaandeweg meer de regie krijgen over de eigen behandeling. Het behandelplan draagt bij aan empowerment.

De BHO wordt niet gevoeld als een overeenkomst, als wettelijk bindende afspraak tussen twee partijen, waaraan je als cliënt rechten kunt ontlenen. "Daarvoor is het te vaag opgesteld, zonder tijds- en inspanningsomschrijving", zegt een respondent met commerciële ervaring. "Daarvoor kennen therapeuten teveel subtiele ontsnappingsweggetjes", zegt een ander. Cliënten voelen de BHO als een document van de hulpverleners, als iets dat bij het dossier hoort. Niet als een gemeenschappelijk document.

Opvallend is dat veel cliënten psychofarmaca krijgen, die worden verstrekt op het medisch spreekuur. Naar schatting de helft van de ondervraagden. Sommigen willen geen medicijnen gebruiken en maken melding van subtiele druk om ze wel te gebruiken. Er wordt echter geen gewag gemaakt van verplichting.

Opvallend is ook hoe lovend de cliënten zijn over de therapieën in de AJ Ernststraat. Zij zeggen hier veel profijt van te hebben. Tevreden is men over de behandelplannen:

"Dat is goed georganiseerd. Dat geeft je vertrouwen en duidelijkheid, dat je weet waar je aan toe bent."

Tevreden is men ook met de variëteit van de therapieën en soms ook met de goede samenwerkingsrelaties met de therapeuten, die als zeer deskundig worden ervaren.

Minder tevreden is men echter over een aantal organisatorische aspecten. Veel groepen vallen uit, onder meer omdat therapeuten veel vakantiedagen hebben. Talrijke malen beklagt men zich dat men niet afgebeld wordt en voor niets komt opdagen. Een cliënt overkwam dat zelfs twee keer op dezelfde dag. De balie functioneert niet goed, volgens velen, wat samen kan hangen met de reorganisatie. Ook heeft men kritiek op het PR-beleid, waar groepen worden opgeheven omdat er geen aanmeldingen voor zouden bestaan. Een deelnemer van de opgeheven burnout-groep stelt dat met enige reclame meer dan voldoende aanmeldingen georganiseerd hadden kunnen worden.

3.3 Valeriuskliniek, Lairesse 2

Lairesse 2 is een open afdeling van 20 bedden op de eerste etage van de Valeriuskliniek. De kliniek ligt in het gegoede deel van stadsdeel Zuid. Het gebouw is al geruime tijd rijp voor de sloop, maar is door diverse verbouwingen nog toonbaar gebleven. De lange gangen en hoge plafonds zijn echter niet meer van deze tijd, evenmin als sommige statige ruimtes met overvloedig timmerwerk (hoewel ze sfeervol zijn).

Het personeel is jong, gemotiveerd en actief, maar zelden vrij voor een praatje. Sommige oudere cliënten klagen over het jonge personeel ('die begrijpen me niet'). Het personeel zit de meeste tijd in kantoortjes te vergaderen. Oogcontact op de gang is vaak vluchtig of afwezig. Sommige artsen kijken de onderzoeker in het geheel niet aan. Het sociale contact speelt zich voornamelijk af in de rookkamer, daar komen soms ook verpleegkundigen roken. De onderzoeker rookt mee. Wat ontbreekt is een gastvrouw die mensen sociaal aanspreekt en verbindingen legt.

Cliënten hebben veel behoefte om te praten, maar krijgen weinig kans daartoe. Er is geen psycholoog. Noch de geestelijk verzorger, de PVP of de Cliëntenraad worden deze maand gezien op de afdeling. Tot leedwezen van enkele cliënten.

De meeste patiënten zijn tussen 30 en 50 jaar oud. Een deel komt van de gesloten afdeling Lairesse 1, maar het grootste deel komt uit 'de maatschappij': soms als een eerste opname bij relatief rustig gedrag, soms als een time out bij een patiënt die al lang bekend is in het circuit. Bijna alle patiënten zijn vrijwillig opgenomen. Slaapkamers voor 2, 3 of 4 personen bevinden zich in het slaapgedeelte. De toegangsdeur ervan gaat's middags op slot om te voorkomen dat men passief op bed gaat liggen. Helaas bevindt zich hier ook de computer- en spelkamer, zodat activiteit van cliënten wordt geremd, omdat men passiviteit wil tegengaan.

De sfeer is vrij en rustig. Patiënten gaan hun gang, er lijkt weinig controle te zijn, zelden verheft iemand zijn stem. De cultuur is beschermend en verzorgend: patiënten mogen er komen om aan te sterken, uit te rusten, op te knappen. Het is 'doctor knows best' in een positieve, betrokken en zorgzame zin. De keerzijde van deze zorgzame attitude is de betutteling waarover verschillende cliënten klagen. Cliënten heten en noemen zich patiënten. De cultuur is ook los en pragmatisch: aan zinloze of contraproductieve regels heeft men weinig boodschap. De behandelovereenkomst behoort tot deze categorie.

Er is veel verveling. Zeker 's avonds en in de weekends. Maar ook door de week. De ochtend begint met een dagopening. Een verplicht nummer waar patiënten weinig spontaniteit laten zien. Cohesie is er ver te zoeken: deelnemers zitten steeds zover mogelijk van elkaar af. Daarna volgen patiënten hun individuele programma, pillen halen, activiteitentherapie, medisch onderzoek, gesprekken, etc. Maar in het programma vallen veel gaten die opgevuld worden met (M)TV. Een beroepsmuzikante die graag thuis wil oefenen krijgt geen toestemming daarvoor, terwijl dit wel een logische stap lijkt in haar arbeidsrehabilitatie.

Beleid t.a.v. de behandelovereenkomst op Lairesse 2

De behandelovereenkomst wordt door de staf van Lairesse 2 ervaren als een nutteloze en soms contraproductieve formaliteit. 'Werkverschaffing', noemt een behandelaar het. Men wil er zeker niet de patiënt mee belasten (bijvoorbeeld wanneer die in de war of angstig is). Bij opnames waarbij het gaat om een time out met een beperkte en (voor alle partijen) overduidelijke functie, acht men een behandelovereenkomst geheel overbodig (vaak voert de ambulante behandelaar hierbij de regie). Vaak weet je bij de opname niet wat er aan de hand is en moet je eerst exploreren en onderzoek laten doen: een behandelovereenkomst is dan voorbarig. Kortom, volgens het personeel krijgt vrijwel niemand op Lairesse 2 een behandelovereenkomst. Toch bleek tijdens de audit dat 94% van de cliënten van GGZ Buitenamstel een behandelovereenkomst had. Hoe kan dat? Het antwoord is van een prijzenswaardige eerlijkheid:

"Wil je dat echt weten? Die audit was aangekondigd. Een paar arts-assistenten hebben overuren gemaakt om voor iedereen een behandelovereenkomst te schrijven."

Het EPD is kort geleden ingevoerd en leidt tot klachten en verzuchtingen. Vaak doet 'de computer' het niet. Vaak kan een document niet gevonden worden, omdat het niet duidelijk is waar het onder is 'aangehangen'. Een structurele klacht is dat er geen protocol is over welke informatie in welke vorm waar ingebracht moet worden. Diverse professionals zijn nu op diverse manieren bezig het EPD te vullen. In de uitgebreide hooiberg die ontstaat is het moeilijk zoeken.

Alle patiënten krijgen bij binnenkomst een goed verzorgde informatiemap, met de huisregels en de folder 'rechten en plichten'.

Na drie weken opname en allerlei onderzoek en diagnostiek wordt een gedetailleerd behandelplan opgesteld. De patiënt levert hieraan een 'eigen bijdrage' op papier. Dit behandelplan is overduidelijk een document van de staf: vol psychiatrisch en medisch jargon met lappen onbegrijpelijke tekst. De patiënt hoeft het plan niet te ondertekenen en krijgt geen kopie. Het behandelplan wordt wel goed doorgesproken met de patiënt. Het behandelplan wordt 'aangehangen' in het EPD. De zinvolheid om tegelijkertijd met het behandelplan ook een behandelovereenkomst op te stellen wordt niet gevoeld.

Bij ontslag wordt de behandeling geëvalueerd. De cliënt wordt gevraagd een evaluatieformulier in te vullen.

Bevindingen op Lairesse 2

Op Lairesse 2 zijn 6 patiënten bereid gevonden voor een interview. Slechts één van hen heeft een (zeer onvolledig ingevulde en niet ondertekende) behandelovereenkomst. Voor twee andere cliënten is op Lairesse 1 een behandelovereenkomst opgesteld tijdens hun acute dwangopname. Deze behandelovereenkomsten zijn dan ook verouderd (een ervan meldt: 'Evaluatie: dagelijks' - de resultaten van de circa 40 evaluaties worden echter niet gegeven). Kortom, geen van de 6 geïnterviewde cliënten heeft een adequate BHO.

De meeste cliënten op de afdeling weten niet wat een behandelovereenkomst is. Wie een behandelovereenkomst heeft kent de inhoud er niet van. Niemand heeft er een kopie van.

Kortom, de interviews en observaties bevestigen wat de staf al heeft aangegeven: de BHO speelt weinig of geen rol op Lairesse 2.

De informatievoorziening is niet voldoende, zeggen 4 van de 6 respondenten. Er wordt zelden geïnformeerd over werkingen en bijwerkingen van medicijnen, over cliëntenorganisaties, over rechten en plichten. Bijsluiters bij medicijnen worden niet gegeven, volgens sommige cliënten. Een cliënt denkt dat medicatie is veranderd zonder vooroverleg (cliënten krijgen dagelijks een portie niet nader omschreven pillen aangeboden door de verpleging). Keuzemogelijkheden zijn volgens 3 patiënten onvoldoende. Sommigen klagen over het gebrek aan mogelijkheden voor gesprekstherapie. Maar 3 andere patiënten zeggen wel keuzemogelijkheden te ervaren, zo is iemand in overleg over de wisseling van de behandelaar met wie het niet klikt.

Cliënten bevestigen de indruk van een enigszins paternalistische cultuur:

"Je wordt hier als een kind behandeld. Maar tja, alles went..."

Cliënten die al vaker zijn opgenomen krijgen soms een strippenkaart, waarmee ze op een zelfgekozen moment beroep kunnen doen op het beddenhuis. Maar dat werkt niet altijd, tot woede van sommige cliënten:

"Op het moment suprême, toen ik me aanmeldde bij het beddenhuis, stuurden ze me weg omdat het vol was. Ik ga er nog eens een keer de fik in steken!"

Voor sommige cliënten die regelmatig in crisis raken, bijvoorbeeld bij manisch depressieve klachten, stelt men op Lairesse 2 signaleringsplannen op. Bij een respondent blijkt het signaleringsplan niet te functioneren tijdens de zoveelste traumatiserende dwangopname. Deze cliënt vraagt om een crisiskaart om zekerheid te krijgen dat hij serieus genomen zal worden op het moment dat hij een opname vraagt (daar ging het de laatste keer weer mis), maar krijgt zijn wens niet gehonoreerd. De verpleging stelt met hem een nieuw signaleringsplan op van 4 bladzijden, maar:

"..zoveel bladzijden, dat is niet overzichtelijk. Het moet op één kantje staan. Ik heb maar eraan meegewerkt, maar ik zie het nut er niet van in."

Het nieuwe signaleringsplan evalueert niet waarom het vorige signaleringsplan niet werkte. Het signaleringsplan gaat eraan voorbij dat cliënt en zijn netwerk allang weten wat de voortekenen van de crisis zijn. En het plan verzuimt het essentiële punt te regelen van welke procedure garant staat voor het realiseren van de opnamenoodzaak.

Gevraagd naar hoe men omgaat met de crisiskaart antwoordt een behandelverantwoordelijke:

"Wat is dat, een crisiskaart?"

En bij de uitleg dat die door het APCP is ontwikkeld:

"Wat is dat, het APCP?"

Over de cliënt die een traumatische ervaring had bij zijn dwangopname, wordt opgemerkt dat zulke verhalen van cliënten niet betrouwbaar zijn, vanwege hun problematiek.

3.4 Valeriuskliniek, Verhulst

Verhulst is een afdeling op de tweede verdieping van de Valeriuskliniek. De afdeling bestaat uit twee gedeelten: een gang die als 'open kant' functioneert en, achter een gesloten deur, een gang die als 'gesloten kant' werkt. De doorstroming aan de open kant is groter dan die aan de gesloten kant.

Op beide kanten verblijven doorgaans 10 mensen, in totaal dus 20 mensen. Bovendien zijn er drie 'stoelen' voor mensen die thuis slapen en iedere werkdag op de afdeling komen voor hun programma.

Op de open kant zijn er twee slaapkamers voor elk vijf cliënten. Er is een gezamenlijke huiskamer met bankstellen, eettafels, een boekenkast met flink wat boeken, tv en audioapparatuur. Er is een aparte rookkamer. Op de gesloten kant zijn er vijf slaapkamers, ieder voor twee cliënten. Er zijn drie isoleercellen, die ook kunnen functioneren voor een andere afdeling (isoleren lijkt een algemeen aanvaard onderdeel van de behandeling te zijn, dat niet ter discussie staat). Ook hier een gezamenlijke huiskamer met eettafels. Vrijwel iedereen zit altijd in de rookkamer, waar de hele dag een tv aanstaat, soms een computer en/of een audioapparaat. Mensen met IBS of RM worden in principe opgenomen op de gesloten kant. Cliënten komen op Verhulst terecht ofwel direct van huis, ofwel doorgeplaatst vanuit Lairesse 1, waar de meeste acute (dwang)opnames plaatsvinden, een verdieping lager.

Aan activiteiten is er een algemeen stramien en een individuele invulling. Iedere dag begint met een dagopening van 9.30 tot 10.00 uur. Het biedt iedere dag weer de gelegenheid om afspraken te maken tussen cliënten en hulpverleners. Andere gezamenlijke momenten zijn het eten, en één keer per week op de open kant een groeps gesprek onder leiding van de afdelingspsychiater. Fitness, sport en activiteitenbegeleiding zijn voor veel mensen onderdeel van het programma.

Zoeken en regelen van inkomen, uitkering, huisvesting, werk vormen ook een belangrijk onderdeel. Contact met maatschappelijk werk is daardoor ook intensief (deze komt op de afdeling).

Op Verhulst is er één multidisciplinair team dat zowel op de open als op de gesloten kant werkt. Het team bestaat uit twee assistenten in opleiding, afdelingspsychiater, afdelingsmanager, assistent-manager, mensen van AB (Activiteitenbegeleiding en PMT), twee leerling-verpleegkundigen, verpleeghulp, gastvrouw, stagiaire HBO V. Er zijn 11 vaste krachten voor overdag en drie vaste krachten voor 's nachts.

Voor vrijwel alle geïnterviewde cliënten is de directe contactpersoon de mentor. Iedere cliënt heeft twee mentoren. Als een cliënt iets wil aankaarten/veranderen, dan is de mentor de eerst aangewezen gesprekspartner; die neemt dan contact op met de arts, en na overleg met deze geeft de mentor antwoord op de vraag van de cliënt. De afstand cliënt-arts is ook daardoor groot. Het is een paar keer opgevallen dat cliënten als gevolg hiervan iedere keer dat 'de arts' voorbij komt deze gaan aanklampen. Die heeft vervolgens geen tijd, zegt toe dat ze elkaar morgen even zien om een afspraak te maken voor een gesprek.

Gemiddeld verblijven mensen een aantal maanden op Verhulst; als uitzondering verblijft een enkeling er een jaar of meer.

Beleid t.a.v. de behandelovereenkomst op Verhulst

Een behandelovereenkomst wordt in beginsel binnen 48 uur gemaakt, maar "dat schiet er soms bij in". Dit in tegenstelling tot Lairese 1, waar dat wel lijkt te gebeuren. De cliënt is, zo blijkt uit alles, niet aanwezig bij het opstellen van een BHO en ook niet bij het opstellen van een behandelplan. De cliënt krijgt geen kopie van BHO en/of behandelplan.

Iedere drie weken is er op dinsdagochtend een behandelplanbespreking waarin een evaluatie van het behandelplan plaatsvindt. Het team maakt een samenvatting van de afgelopen drie weken.

Dat wordt met de cliënt doorgesproken. Bovendien is er een zelfevaluatie van de cliënt, vóór de behandelplanbespreking; de cliënt geeft de behandeling en zichzelf een cijfer. Op die manier wordt de cliënt bij de behandeling betrokken.

Het behandelplan wordt niet ondertekend. De cliënt is niet aanwezig bij de behandelplanbespreking.

Bij stafleden is soms sprake van verwarring: zijn de BHO en het behandelplan middelen om inspraak van de cliënt vorm te geven of zijn het manieren om zich in te dekken? Is de BHO een contract of een formaliteit?

Sinds 1 december 2005 wordt met een Electronisch Patiënten Dossier (EPD) gewerkt. Het is de bedoeling dat het efficiënter werkt, maar er zijn nu nog kinderziektes. Werken met een EPD vereist een andere manier van denken en een andere manier van ordenen dan het papieren dossier.

Bevindingen over de Behandelovereenkomst op Verhulst

Twee van de negen cliënten hebben geen BHO. Bij twee andere cliënten is de BHO sterk verouderd, dus in elk geval vier van de negen cliënten hebben geen adequate BHO.

Instemming met de behandeling is soms relatief. Een aantal geïnterviewden maakt duidelijk dat je als cliënt wel kunt weigeren, maar dat dit weinig zin heeft:

"Ja, ik kan weigeren. Als ik weiger gaan ze me chanteren. Als ik geen medicatie wil innemen dan spuiten ze me plat. Onder leiding van een verpleegkundige die hier werkt is dat een keer gebeurd. Hij heeft me bewusteloos gespoten."

En dan is het dus slimmer om niet te weigeren en 'in te stemmen'.

Volgens een staflid worden verschillen van inzicht en opvatting in BHO en behandelplan vastgelegd; wij zijn ze op papier niet vaak tegengekomen. In de interviews des te meer. Cliënten zijn het met de hulpverlener vaak oneens over de noodzaak tot opname, het verblijf of de duur ervan, de diagnose, de aangeboden behandeling (met name de medicatie), het ontbreken van voldoende aandacht voor het maatschappelijk functioneren.

Sommige mensen hebben afspraken over eventuele medicatie in geval van crisis. Een enkeling weet dat zij gesepareerd wordt in geval van crisis; het staat ook op papier, maar zij noemt het zelf duidelijk geen afspraak: "dat is eenzijdig." Het fenomeen signaleringsplannen of crisisplannen is bij een aantal cliënten bekend, maar er wordt naar onze indruk niet mee gewerkt.

De behandelovereenkomst leeft niet onder cliënten. Vijf van de negen geïnterviewde cliënten weten niet wat een BHO is. Niemand heeft een kopie. Hoewel vrijwel niemand de inhoud van zijn BHO kent, weet iedereen, vaak tot op de dag nauwkeurig wanneer hij op de afdeling kwam. Ook weten veel mensen wel hoelang ze gaan blijven. Eén cliënt zegt voldoende informatie te hebben ontvangen. Zeven van de negen geïnterviewde cliënten zeggen dat zij geen keuze hadden. Niemand weet iets over evaluaties van de BHO.

De in de BHO geformuleerde doelen vallen op door volledig gebrek aan tijdspad en een zeer matige specificiteit en er worden geen rehabilitatiedoelen gesteld. De doelen zijn meestal niet de doelen van de cliënt.

3.5 Burgemeester Hogguerstraat

De locatie Burgemeester Hogguerstraat ligt in Slotermeer, iets voorbij het Lucasziekenhuis, tussen een reeks Bijlmer-achtige flats. Een veelheid van schotelantennes in de buurt is op het oosten gericht. De flat waarin de locatie is gevestigd heeft een duidelijke woonfunctie, maar heet prozaïsch 'Kantoren 1183-1187'. Een betonnen entree en een kale trap dragen bij aan een licht gevoel van vervreemding. Binnen in de wachtkamer op eenhoog is het gezelliger, vooral dankzij de betrokken balie- en secretariaatsmedewerkers. In hun bejegening valt de combinatie van vriendelijkheid, geduld en humor op. Gemiddeld zijn er circa 40 hulpverleners in huis. Dagelijks komen er circa 100 tot 150 cliënten. De gemiddelde case load is 70 cliënten per volle fte. Van de cliënten is 70% van allochtone afkomst.

In de wachtkamer is veel informatie te vinden: de dagelijkse krant, tijdschriften, affiches en een veertigtal folders. Sommige folders zijn verouderd en roepen bijvoorbeeld op tot inspraak in het jaar 1999. De preventieafdeling foldert veel, ook in het Turks en Arabisch, en ook valt de informatie van verschillende cliëntenorganisaties op.

Beleid t.a.v. de behandelovereenkomst in de Hogguerstraat

De cliënt wordt door een erkende verwijzer aangemeld en heeft een eerste gesprekje van een half uur (bewust kort want velen komen niet opdagen). Dit wordt verzorgd door het team 'aanmelding en advies'. In de tweede afspraak die veel langer duurt (2,5 uur voor de cliënt) wordt de intake gedaan, waarin de miniplus-vragenlijst wordt afgenomen en een voorstel voor behandeling wordt gedaan. Dit kan een korte behandeling van 5 gesprekken zijn in het A&A team, maar ook een doorverwijzing naar een zorgprogramma. In dat laatste geval werkt een hoofdbehandelaar het behandelvoorstel om tot een concept-BHO en legt dit voor aan de cliënt. Die kan wijzigingen voorstellen en ondertekent vervolgens ('bij voorkeur, maar niet verplicht'). De ondertekende BHO wordt ingescand en aangehangen in het EPD. Het EPD is juni 2005 ingevoerd op de locatie.

Tot zover de theorie. In de praktijk vermoedt de leiding dat behandelovereenkomsten meestal niet ondertekend zijn. Veel hulpverleners willen er hun cliënten niet mee belasten. Veel cliënten zouden er geen behoefte aan hebben, met name allochtone cliënten. Bij de afweging van administratieve zuiverheid versus het afhaken van een cliënt die wel hulp nodig heeft, prevaleert goed hulpverlenerschap boven bureaucratie. Ten slotte kan de vraag van al dan niet ondertekenen de inzet worden van een steekspel tussen hulpverlener en cliënt, vanuit hun verschillende belangen (bv: de hulpverlener wil de ambivalente cliënt binden, de cliënt wil zich niet laten vastpinnen).

Er lijkt op de Hogguerstraat niet gewerkt te worden met behandelplannen, maar dit is niet goed geverifieerd.

Bevindingen in de Hogguerstraat

In de Hogguerstraat zijn 8 cliënten geïnterviewd. Dit kleine aantal kan natuurlijk niet als representatief gezien worden voor het totaal van de cliënten. De kenmerken van deze 8 cliënten wijzen bovendien op een selectie, omdat slechts 2 van hen van allochtone afkomst zijn. De oorzaak hiervan is dat allochtonen minder snel bereid waren om mee te werken aan het onderzoek, soms door taalproblemen, maar vaker door onbekendheid met het fenomeen onderzoek en wellicht ook door een grotere verlegenheid ten aanzien van psychische problemen. Wat de werving van respondenten heeft bemoeilijkt, is dat het begrip behandelovereenkomst bij de meeste cliënten onbekend is. Mogelijk heeft dit de selectie in de hand gewerkt. Toch vallen in de antwoorden van de 8 geïnterviewden dezelfde tendensen te bespeuren die ook elders zijn gevonden:

- niet iedereen heeft een behandelovereenkomst;
- wie wel een behandelovereenkomst heeft kent de inhoud er niet van;
- de helft van de ondervraagden weet niet wat een behandelovereenkomst is;
- slechts een cliënt beschikt over een kopie;
- de helft van de ondervraagden zegt onvoldoende te zijn geïnformeerd;

- behandelaars verzuimen in drie gevallen om de optie aan te kruisen of de cliënt wel, gedeeltelijk of geen toestemming geeft;
- evaluaties worden niet gepland of worden nagelaten (een behandelovereenkomst dateert van 2 jaar geleden).

Sommige ondervraagden en ook verschillende cliënten die in de wachtkamer zijn gesproken zeggen dat zij het afsluiten van een behandelovereenkomst niet belangrijk vinden. Veel belangrijker is het om een vertrouwensrelatie met de behandelaar te hebben en beslissingen in goed overleg te kunnen nemen. Vaak voegt men daar aan toe dat dit vertrouwen en goede overleg aanwezig zijn.

Weinig cliënten hebben een kopie van hun behandelovereenkomst. De typerende reactie als we vragen om toestemming om een kopie op te vragen hebben we op bijna alle afdelingen gehoord:

"Ik weet niet of ik zo'n behandelovereenkomst heb. Maar als die er is mag je een kopie vragen. Ik ben eigenlijk wel benieuwd. Wil je mij er ook een kopie van geven?"

Opvallend is ten slotte dat sommige behandelaars met hun cliënt de behandeling evalueren los van de behandelovereenkomst, maar met behulp van andere instrumenten. Een cliënt vertelt over het boekje waarin hij na elke zitting de conclusies noteert. Het boekje wordt beheerd door de hulpverlener ("dat is prettig want dan loop ik niet het risico dat ik het verlies of dat anderen er in gaan kijken") en het geeft de cliënt houvast en richting in de behandeling.

3.6 Oldenaller

'Oldenaller' is de oude benaming die we korthedshalve gebruiken voor de 'ambulante behandeling van de locatie AJ Ernststraat van GGZ Buitenamstel'. De locatie bevindt zich in Buitenveldert. Oldenaller is een typisch jaren zestig gebouw met drie verdiepingen: strak, maar 'gezellig'. Voorheen was hierin de Riagg Zuid/Nieuw-West gevestigd. De hulpverlening is georganiseerd in drie afdelingen (angststoornissen, stemmingsstoornissen en persoonsgericht) waarin circa 40 fte hulpverleners werken. Het aantal cliënten ligt naar schatting in de orde van 3000.

Sinds kort is Oldenaller samengegaan met de deeltijdbehandeling van de AJ Ernststraat om de hoek. Dat wordt ook fysiek duidelijk: de ingang Oldenaller is nog alleen met een pasje, voor personeel, te openen. Aangezien hier van alles gebeurt zonder veel uitleg, komt het vaak voor dat cliënten naar buiten willen lopen, omdat daar vlakbij hun auto of fiets staat, en merken dat ze er niet door kunnen. Dan kijken ze verbaasd: hoe kan dat nou? Gelukkig is er vlakbij een balie. In de periode van het onderzoek bij de deeltijdbehandeling was die vaak niet bemenst. Nu, in de fase dat de ambulante cliënten worden geïnterviewd, is deze balie wel vaak bemenst. Aardige, behulpzame mensen. Natuurlijk mag de onderzoeker een affiche ophangen.

Cliënten klagen soms over gebreken in de organisatie: soms wordt slordig omgesprongen met afbellen en komen hulpverleners niet altijd op tijd. Klachten zijn er ook over door de reorganisatie gedwongen wisselingen van hulpverlener.

Met de invoering van het EPD in november, de reorganisatie in december en de recente verbouwing is de leiding niet zeer enthousiast voor het onderzoek. Desondanks wordt volledige medewerking gegeven. De onderzoekers beloven de overlast tot een minimum te beperken.

Beleid t.a.v. de behandelovereenkomst op Oldenaller

Het is op Oldenaller niet goed te achterhalen of en welk beleid gevoerd wordt met betrekking tot het maken, evalueren en bijstellen van de behandelovereenkomst. Er is sinds de reorganisatie geen locatiemanager die daarover een uitspraak zou kunnen doen. Er zijn nu alleen nog afdelingsmanagers, terwijl hun afdeling verspreid is over meerdere locaties. Het lijkt erop dat aan iedere individuele hulpverlener wordt overgelaten om uit te maken hoe met de behandelovereenkomst om te gaan. De introductie van de behandelovereenkomst is wellicht teveel top-down verlopen, zonder de vraag 'wat heb jij er als hulpverlener zelf ook aan?' Onzekerheid heerst er over de eisen die het Zorgkantoor zou stellen aan de behandelovereenkomst: de verplichting zou zijn dat cliënten moeten ondertekenen, maar ook dat bij verandering van diagnose een nieuwe overeenkomst zou moeten worden opgesteld.

Sommige hulpverleners vinden het belangrijk om zorgvuldig met de behandelovereenkomst om te gaan. Zij kennen echter anderen die dat minder van belang achten. En er zijn ook hulpverleners uit de psychodynamische richting die het werken met behandelovereenkomsten strijdig achten met hun werk: het afspreken van de inhoud van de therapie zou alleen maar overdracht en tegenoverdracht oproepen, wat zou gaan interfereren met de behandeling.

Bevindingen op Oldenaller

Op Oldenaller zijn 11 cliënten geïnterviewd. Het moge duidelijk zijn dat dit aantal niet representatief kan zijn voor alle cliënten, en dat het onderzoek hier slechts een impressie kan geven. Toch worden veel van de gevonden tendensen bevestigd door wat in de andere onderzochte afdelingen ook is aangetroffen:

- Niet iedereen heeft een BHO;
- De BHO leeft niet voor cliënten;
- Er zijn grote verschillen tussen behandelaars in hun omgang met de BHO;
- Niet iedereen kent de inhoud van zijn of haar BHO;
- vrijwel niemand heeft een kopie van de BHO en wie hem heeft moest er zelf om vragen;
- evaluatie van de BHO vindt weinig plaats, de afgesproken evaluatiedata worden overschreden en bijgevolg zijn verschillende behandelovereenkomsten ouder dan een jaar;
- de behandelovereenkomsten worden meestal niet ondertekend.

Daarnaast vallen nog enkele zaken op. In een groep wordt een afwijkende BHO gehanteerd, die duidelijk door de therapeut zelf is opgesteld. Het element van toestemming ontbreekt hierin.

Er wordt geen melding gemaakt van behandelplannen op Oldenaller. Nogal wat respondenten zijn al (erg) lang in behandeling. Sommigen vanaf hun vroege jeugd, met onderbrekingen, anderen aaneengesloten gedurende 18 of

20 jaar. Het gemiddelde voor de respondenten is 11 jaar. Dit cijfer wordt waarschijnlijk vertekend door een oververtegenwoordiging van cliënten uit psychodynamische therapieën. Bij deze laatsten valt het op dat langdurige therapie zonder behandelovereenkomst, zonder behandelplan, zonder expliciete doelen en zonder evaluaties jaar in jaar uit kunnen voortduren. Deze cliënten zijn niet ontevreden, maar zouden wel wat meer informatie en richting willen hebben. De helft van de respondenten zegt voldoende informatie te hebben gehad. Veel mensen weten wat hun diagnose is. Een aantal van hen weet hoe lang de behandeling gaat duren; een aantal niet. Een enkeling had graag meer informatie gehad over 'de ziekte'. Veel respondenten zijn goed te spreken over de informatie met betrekking tot medicijnen. Een enkeling vindt de informatie op de bijsluiter, over medicijnen, 'te summier'.

De meeste respondenten zeggen dat hen geen keuzemogelijkheden zijn voorgelegd. Vooral wat betreft de behandelaar valt er niet te kiezen. Drie respondenten zijn daar heel duidelijk in: "ik had liever die en die gehad" en "het moet ook nog klikken" (en dat doet het duidelijk niet). Eén respondent vraagt het zich hardop af: "Een behandelaar kiezen? Hoe zou je dat moeten doen?"

Ondanks het feit dat de BHO weinig leeft onder de cliënten is men vaak wel tevreden over de relatie met de behandelaar en de samenwerking en het vertrouwen die worden ondervonden. In verschillende interviews wordt benadrukt dat de gelijkwaardigheid groot is. Evaluaties vinden plaats los van de behandelovereenkomst, bijvoorbeeld als de voortgang van de therapie wordt besproken. Kortom, de kwaliteitscriteria die ten aanzien van de behandelovereenkomst zijn gesteld blijken ook zonder die behandelovereenkomst te kunnen worden gerealiseerd.

4 Overzicht van de bevindingen

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de bevindingen van het onderzoek. Allereerst beschrijven we de steekproef van 70 cliënten die zijn geïnterviewd. Daarna beschrijven we de bevindingen zoveel mogelijk getalsmatig. Ten slotte toetsen we de kwaliteitscriteria aan de hand van de bevindingen.

4.1 De steekproef

In het onderzoek zijn 70 cliënten geïnterviewd over hun behandelovereenkomst in zes afdelingen van de volwassenenzorg van GGZ Buitenamstel. De zes afdelingen waren verdeeld over kortdurende klinische behandeling, langdurende klinische behandeling, deeltijdbehandeling en ambulante behandeling. Onder de geïnterviewden waren 38 vrouwen en 32 mannen, 56 autochtonen en 14 allochtonen. 14 personen hadden een dwangopname. De gemiddelde leeftijd was 38 jaar. Deze kenmerken zijn samengevat in de volgende tabel.

zorgvorm	locatie	aantal	vrouwen	autochtonen	dwangopname	gem. leeftijd
Klinisch lang	Bocholtstraat	15	40%	80%	60%	42
Klinisch kort	VK Lairesse 2	6	33%	100%	17%	42
Klinisch kort	VK Verhulst	9	44%	56%	56%	39
Deeltijd	AJ Ernststraat	21	76%	86%	0%	31
Ambulant	Hogguerstraat	8	37%	75%	0%	46
Ambulant	Oldenaller	11	64%	91%	0%	39
	totaal	70	54%	80%	20%	38

Tabel 3. Kenmerken van de geïnterviewde cliënten

In de steekproef zitten meer vrouwen dan mannen. Cliënten van de deeltijdbehandeling en ambulante cliënten zijn in meerderheid vrouw, dus dit vormt geen verrassing.

Daarnaast zijn autochtonen in de steekproef oververtegenwoordigd. Hier is duidelijk een selectie opgetreden van respondenten, omdat bijvoorbeeld in de Hogguerstraat slechts 30% van de cliënten autochtoon is. Op deze laatste locatie was het duidelijk dat de medewerking van allochtonen aan de interviews moeilijker te verkrijgen was. Een zekere selectie is ook opgetreden doordat respondenten zichzelf konden aanmelden; daardoor zijn mondige en hoger opgeleide cliënten waarschijnlijk oververtegenwoordigd.

In het algemeen kan gesteld worden dat de steekproef redelijk representatief lijkt voor de klinische en de deeltijdcliënten. De ambulante cliënten in de steekproef vormen echter geen representatieve afspiegeling van de totale ambulante clientèle. Zie Bijlage D voor een nadere toelichting.

Het onderzoek geeft ook informatie over hoe behandelaars met de behandelovereenkomst omgaan. In de klinische afdelingen en in de deeltijdbehandeling is een goed beeld ontstaan van het behandelbeleid en is met de meeste behandelaars gesproken. In de ambulante afdelingen is bij circa 1 op de 10 behandelaars een behandelovereenkomst opgevraagd. Dit is waarschijnlijk niet representatief, maar wel voldoende om een goede indruk te krijgen (zie ook Bijlage D).

4.2 Overzicht van de bevindingen

a. Heeft iedereen een behandelovereenkomst?

	Bocholtstr.	AJErnststr.	Lairesse 2	Verhulst Hogguerstr.	Oldenaller	Tot.	%
Nee	-	6	5	2	2	17	24%
Ja	15	15	1	7	6	53	76%
Tot.	15	21	6	9	8	70	100%

Tabel 4. Is voor de geïnterviewde cliënten een behandelovereenkomst opgesteld?

Uit de tabel is op te maken dat 53 van de 70 geïnterviewde cliënten een behandelovereenkomst hebben, oftewel 76%. In vier gevallen was deze behandelovereenkomst echter speciaal voor het onderzoek vervaardigd, wat gezien kan worden als een 'positief' bijeffect van het onderzoek, maar wat wel een vertekening oplevert. In zes gevallen was de behandelovereenkomst duidelijk verouderd en irrelevant (een keer op het 5 jaar oude format van Riagg Zuid/Nieuw-West) en in nog eens drie gevallen was de behandelovereenkomst zeer onvolledig (een keer was er sprake van een door de therapeut zelf gefabriceerd format). Dit betekent dat ten tijde van het interview 30 cliënten geen adequate behandelovereenkomst hebben, oftewel 43%.

De reden van het ontbreken van een behandelovereenkomst is bij een cliënt zeer begrijpelijk, want deze was pas sinds 5 weken in zorg en de overeenkomst was nog in de maak. Bij 13 cliënten is de reden echter dat behandelaars de zin niet inzien van de behandelovereenkomst. In drie situaties is de behandelovereenkomst "niet te vinden", zonder dat nadere uitleg wordt gegeven.

b. Weten cliënten wat een behandelovereenkomst is?

	Bocholtstr.	AJErnststr.	Lairesse 2	Verhulst	Hogguerstr.	Oldenaller	Tot.	%
Nee	7	4	4	5	4	2	26	38%
Ja	6	17	2	4	4	9	42	62%
?	2	-	-	-	-	-	2	
Tot.	15	21	6	9	8	11	70	

Tabel 5. Weet men wat een behandelovereenkomst is? (? = twijfel of missing; % = valid percentage)

Van de 70 geïnterviewde cliënten weten 26 niet wat een behandelovereenkomst is, oftewel 38%. Het kan zijn dat het onderzoek hier nog een gunstig beeld geeft, omdat veel kandidaten voor een interview afvielen, omdat ze geen enkele voorstelling hadden van een behandelovereenkomst.

c. Kennen cliënten de inhoud van hun behandelovereenkomst?

	Bocholtstr.	AJErnststr.	Lairesse 2	Verhulst	Hogguerstr.	Oldenaller	Tot.	%
Nee	10	1	1	5	4	4	25	52%
Ja	2	13	-	1	2	5	23	48%
Nvt	-	6	5	2	2	2	17	
?	3	1	-	1	-	-	5	
Tot.	15	21	6	9	8	11	70	

Tabel 6. Kent men de inhoud van de behandelovereenkomst? (? = missing; % = valid percentage)

Van de 53 cliënten die een behandelovereenkomst hebben kennen 25 de inhoud er niet van. Dat is 52%. Bij 17 cliënten is deze vraag niet van toepassing, omdat zij geen behandelovereenkomst hebben en dus de inhoud niet kunnen kennen. Slechts 23 cliënten (48%) kennen de inhoud van hun behandelovereenkomst.

d. Zijn cliënten het eens met hun behandelovereenkomst?

	Bocholtstr.	AJErnststr.	Lairesse 2	Verhulst	Hogguerstr.	Oldenaller	Tot.	%
Nee	2	-	-	2	-	1	5	19%
Ja	1	9	-	-	1	4	15	58%
deels	-	5	-	-	1	-	6	23%
nvt	10	7	6	7	6	6	42	
?	2	-	-	-	-	-	2	
Tot.	15	21	6	9	8	11	70	

Tabel 7. Is men het eens met de behandelovereenkomst? (? = missing; % = valid percentage)

Deze vraag is niet van toepassing op de 42 cliënten die geen behandelovereenkomst hebben of die er de inhoud niet van kennen. Er zijn 11 cliënten (42%) die het niet of niet volledig eens zijn met hun behandelovereenkomst. Van degenen die het wel eens zijn met hun behandelovereenkomst zijn de meesten in deeltijdbehandeling op de AJ Ernststraat.

e. Is de behandelovereenkomst herkenbaar voor cliënten?

		Bocholt- straat	AJErnst straat	VK Lairesse 2	VK Verhulst	Hogguer straat	Olden- aller	Totaal
Herkenbaarheid Van de hulpvraag	Nee	8	1	1	4	1	2	17
	Ja	2	8	-	3	5	6	24
	?	2	2	-	-	-	-	12
Herkenbaarheid van de probleemdefinitie	Nee	8	2	1	5	1	1	18
	Ja	-	4	-	-	1	4	9
	?	1	2	-	-	1	-	26
Herkenbaarheid Van de doelen	Nee	7	1	-	4	1	3	16
	Ja	1	7	-	3	5	5	21
	?	3	2	-	-	-	-	16
Herkenbaarheid van de behandelwensen	Nee	3	2	-	4	2	-	11
	Ja	2	8	-	-	4	6	20
	?	3	-	-	3	-	-	22

Tabel 8. Is de behandelovereenkomst herkenbaar voor cliënten? (? = twijfel of missing)

De gegevens in Tabel 8 moeten als indicatief worden gezien. In veel interviews was geen kopie van de behandelovereenkomst beschikbaar en kon men uit het hoofd niet zeggen wat er in stond en of men zich daarin herkende. De onderzoekers gingen dan achteraf na of de gegevens van de behandelovereenkomst overeenstemden met de antwoorden in de interviews. Dit leverde veel twijfelgevallen op.

In de tabel ziet men bijvoorbeeld dat 17 respondenten zich niet herkennen in de hulpvraag die in de behandelovereenkomst is verwoord en 24 respondenten wel (bij 12 twijfelgevallen). In de probleemdefinitie herkennen 18 cliënten zich niet en 9 wel (bij 26 twijfelgevallen).

Opvallend is dat cliënten op de klinische afdelingen zich in meerderheid niet herkennen in de probleemdefinitie, hulpvraag, behandelwensen en doelen, terwijl de cliënten van de ambulante en deeltijdbehandeling zich in meerderheid hierin wel herkennen.

f. Hebben cliënten een kopie van hun behandelovereenkomst?

	Bocholtstr.	AJErnststr.	Lairesse 2	Verhulst	Hogguerstr.	Oldenaller	Tot.	%
Nee	15	2	1	7	5	7	37	70%
Ja	-	13	-	-	1	2	16	30%
nvt	-	6	5	2	2	2	17	
Tot.	15	21	6	9	8	11	70	

Tabel 9. Hebben cliënten een kopie van hun behandelovereenkomst? (% = valid percentage)

Er zijn slechts 16 cliënten die een kopie hebben van hun behandelovereenkomst, oftewel 30%. Bijna al deze cliënten zijn in zorg bij de deeltijdbehandeling van de AJ Ernststraat. Mogelijk hebben sommige geïnterviewden vergeten dat zij een kopie hebben gekregen. Dit kon niet goed worden gecontroleerd. Behandelaars die zijn gesproken (buiten de AJ Ernststraat) geven echter aan dat zij hun cliënten in de regel geen kopieën aanbieden.

g. Is de optie 'wel/niet/deels toestemming' aangegeven?

	Bocholtstr.	AJErnststr.	Lairesse 2	Verhulst	Hogguerstr.	Oldenaller	Tot.	%
Nee	3	5	1	1	3	3	16	39%
Ja	10	3	-	6	2	4	25	61%
?	2	13	5	2	3	4	29	
Tot.	15	21	6	9	8	11	70	

Tabel 10. Optie wel/niet/deels toestemming aangegeven? (? = missing of nvt; % = valid percentage)

Bij 41 behandelovereenkomsten is in 16 gevallen niet aangegeven of de cliënt wel, niet dan wel gedeeltelijk toestemming geeft voor de behandeling. Dus in 39% van de overeenkomsten verzuimen behandelaars om aan te geven of er toestemming is. En dat is nu juist waar het om zou moeten draaien in een overeenkomst. Een oorzaak is wellicht dat de instructie om te kiezen uit de opties in het formulier ontbreekt.

h. Is de behandelovereenkomst ondertekend door cliënten?

	Bocholtstr.	AJErnststr.	Lairesse 2	Verhulst	Hogguerstr.	Oldenaller	Tot.	%
Nee	13	3	1	7	2	5	31	67%
Ja	-	7	-	-	4	4	15	33%
?	2	11	5	2	2	2	24	
Tot.	15	21	6	9	8	11	70	

Tabel 11. Is de behandelovereenkomst ondertekend door de geïnterviewde cliënten? (?=missing of nvt; % = valid percentage)

Van de 46 behandelovereenkomsten die zijn gezien zijn er slechts 15 ondertekend door de cliënt, oftewel 33%. Opvallend is dat op de klinische afdelingen geen enkele cliënt heeft ondertekend.

i. Is de behandelovereenkomst ondertekend door behandelaars?

	Bocholtstr.	AJErnststr.	Lairesse 2	Verhulst	Hogguerstr.	Oldenaller	Tot.	%
Nee	5	2	1	7	1	3	19	41%
Ja	8	8	-	-	5	6	27	59%
?	2	11	5	2	2	2	24	
Tot.	15	21	6	9	8	11	70	

Tabel 12. Is de behandelovereenkomst ondertekend door de behandelaar? (? = missing of nvt; % = valid percentage)

Van de 46 behandelovereenkomsten die zijn gezien zijn er 27 ondertekend door de behandelaar, oftewel 59%. De behandelaar is psychotherapeut, arts-assistent of psycholoog (en in een enkel geval psychiater).

j. Is de behandelovereenkomst ondertekend door de verantwoordelijk psychiater?

	Bocholtstr.	AJErnststr.	Lairesse 2	Verhulst	Hogguerstr.	Oldenaller	Tot.	%
Nee	12	9	1	7	5	9	43	96%
Ja	1	-	-	-	1	-	2	4%
?	2	12	5	2	2	2	25	
Tot.	15	21	6	9	8	11	70	

Tabel 13. Is de behandelovereenkomst ondertekend door de verantwoordelijk psychiater? (? = missing; % = valid percentage)

Er zijn slechts 2 voorbeelden aangetroffen van een behandelovereenkomst die is ondertekend door een psychiater (4%). In een geval is de overeenkomst medeondertekend, in een ander geval is de behandelaar zelf psychiater en ondertekent deze als verantwoordelijk psychiater.

k. Heeft men voldoende informatie gekregen?

	Bocholtstr.	AJErnststr.	Lairesse 2	Verhulst	Hogguerstr.	Oldenaller	Tot.	%
Nee	4	-	4	5	4	5	22	48%
Matig	2	9	-	-	-	-	11	24%
Ja	-	4	-	1	3	5	13	28%
?	9	8	2	3	1	1	24	
Tot.	15	21	6	9	8	11	70	

Tabel 14. Heeft men voldoende informatie gekregen? (? = missing; % = valid percentage)

Slechts 13 cliënten (28%) zeggen dat ze voldoende informatie hebben gekregen. Zij zijn bijna allen in ambulante behandeling of in deeltijdbehandeling. Op de deeltijdbehandeling op de AJ Ernststraat laat men zich soms lovend uit over de informatievoorziening, bijvoorbeeld over de uitgebreide Werkboeken die bij sommige therapieën worden gegeven. Daarentegen zeggen 22 cliënten (48%) dat ze onvoldoende informatie kregen, en zeggen 11 cliënten (24%) dat de informatievoorziening matig was. Opvallend is dat in de klinische afdelingen de meeste cliënten gebrek aan informatie ervaren.

Geklaagd wordt dat over medicijnen en hun bijwerkingen weinig uitleg wordt gegeven. Cliënten krijgen geen bijsluiters, tenzij ze er om vragen. Onvoldoende informatie wordt gegeven over alternatieve behandelingen, cliëntenrechten en cliëntenorganisaties. Sommige cliënten klagen over onvoldoende uitleg over hun diagnose. Enkele cliënten zouden vaker de PVP, de Cliëntenraad en de geestelijk verzorger op de afdelingen willen zien. De schriftelijke informatie is soms niet optimaal. Op afdelingen is een verwarrende veelheid aan folders te vinden, over hoofdzaken, maar vaak ook over bijzaken. Niet zelden zijn folders verouderd, zo zagen we nog folders van het PCA en van de Vlaamse Passage van 5 jaar geleden. Huisregels zijn soms moeilijk te vinden en ze zijn vaak verwarrend door versieverschillen. Er is sprake van huisregels, afdelingsregels, algemene afdelingsregels, algemene kliniekregels en algemene behandelingsregels, wat het overzicht niet ten goede komt. Samenvattend lijkt men over het algemeen matig tevreden over de informatievoorziening.

1. Hebben cliënten keuzemogelijkheden?

	Bocholtstr.	AJErnststr.	Lairesse 2	Verhulst	Hogguerstr.	Oldenaller	Tot.	%
Nee	9	1	2	5	2	5	24	47%
Matig	1	7	1	-	2	-	11	22%
Ja	1	5	2	1	3	4	16	31%
?	4	8	1	3	1	2	19	
Tot.	15	21	6	9	8	11	70	

Tabel 15. Ervaren cliënten keuzemogelijkheden (?=twijfel of missing; % = valid percentage)

Een minderheid van de respondenten (31%) zegt keuzemogelijkheden te hebben ervaren. Cliënten van de Bocholtstraat en van Verhulst zeggen in meerderheid dat zij geen keuzemogelijkheden ervaren. Zij zijn vaak gedwongen opgenomen en voor een aantal van hen geldt dwangbehandeling. Maar medicatie is op deze afdelingen feitelijk voor iedereen verplicht. Op Lairesse 2 hebben cliënten meer mogelijkheden om te onderhandelen. In de deeltijdbehandeling van de AJ Ernststraat is iedereen vrijwillig opgenomen en heeft men veel meer keuzemogelijkheden. Toch is niet iedereen hierover tevreden, bijvoorbeeld omdat men niet kon kiezen voor een groep, maar werd geplaatst.

Het wisselen van een behandelaar met wie het niet klikt is in Lairesse 2 bespreekbaar. Op de AJ Ernststraat belemmert de groepstherapie het wisselen van therapeut. Maar de vraag om te wisselen van therapeut of begeleider wordt hier vaak afgedaan als 'goede gelegenheid om hiermee om te leren gaan' (een veelgehoorde klacht van cliënten is de therapeutisering van normale vragen). Binnen therapieën heeft men hier wel veel gelegenheid om een eigen koers uit te zetten (zoals ook blijkt uit de herkenbaarheid van doelen). In de ambulante afdelingen ervaart men vaker keuzevrijheid, hoewel men vaak het gevoel heeft dat men niet voor een behandelaar kan kiezen of zonodig van behandelaar kan wisselen.

m. Stemmen cliënten toe uit vrije wil?

Of cliënten instemmen met de behandelovereenkomst is vaak onduidelijk, omdat handtekeningen veelal ontbreken en omdat vaak niet wordt aangekruist of men wel of niet instemt. Op de Bochtstraat en op Verhulst lijkt het erop dat cliënten hun behandelovereenkomst niet onder ogen krijgen: de behandelovereenkomst wordt voor hen en zonder hen gemaakt. Denkbaar is dat mondelinge overeenstemming is bereikt, maar daarvan maken cliënten geen melding. Daarentegen stellen zij in meerderheid dat zij geen keuzemogelijkheden hebben ervaren. Op Lairesse 2 wordt zelden een behandelovereenkomst opgesteld. Wel wordt hier het behandelplan zorgvuldig met cliënten doorgesproken, en is er onderhandeling mogelijk.

Op de deeltijdbehandeling van de AJ Ernststraat is er veel meer sprake van toestemming uit vrije wil. Toch is hier soms ook sprake van onvrijheid, bijvoorbeeld omdat men hulp hard nodig heeft en het tekenen van de behandelovereenkomst de toegang geeft tot die hulp.

Opvallend is dat de meningsverschillen die cliënten hebben met behandelaars zelden of nooit in de behandelovereenkomsten terug te vinden zijn. De 'loopgravenoorlog' die volgens een behandelaar in de Bochtstraat vaak aan de orde is, is niet terug te vinden in de behandelovereenkomsten. Het perspectief van de behandelaars overheerst in de behandelovereenkomsten van de Bochtstraat en van Verhulst, en de cliënt komt nauwelijks aan het woord.

n. Hoe begrijpelijk zijn de behandelovereenkomsten?

Het taalgebruik in de behandelovereenkomsten is in de meeste gevallen moeilijk te begrijpen voor cliënten door afkortingen, codes en vakjargon. Veel cliënten hebben moeite met de diagnostische terminologie en de DSM-codes. Verschillende cliënten zeggen dat zij hiervan geschrokken zijn en erdoor belast zijn, en om uitleg hebben moeten vragen. Een cliënt pleit ervoor om per diagnose een foldertje met de DSM-inclusiecriteria te verschaffen.

o. Worden de doelen SMART gesteld?

SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden. In behandelovereenkomsten wordt zelden een streefdatum gesteld voor het behalen van de doelen. Meestal wordt wel een onderscheid

gemaakt tussen korte termijn en lange termijn doelen, maar elke nadere tijdsprecisering ontbreekt. In de meerderheid van de behandelovereenkomsten zijn de doelen niet of onvoldoende specifiek gesteld. Veel voorkomende doelen zoals 'stabilisering' of 'vergroten van autonomie en identiteit' blinken uit door vaagheid. Zulke weinig specifieke doelen zijn ook moeilijk meetbaar. Enkele gunstige uitzonderingen doen zich voor op de AJ Ernststraat, waar veel nadruk ligt op specifieke, tijdsgebonden en realistische doelen, die in herhaalde evaluaties worden aangescherpt. Dit komt echter veel meer tot uiting in de behandelplannen die daar gangbaar zijn, dan in de behandelovereenkomsten die vaak routinematig en summier worden ingevuld.

p. Evaluaties

In de deeltijdbehandeling op de AJ Ernststraat wordt de behandelovereenkomst na 6 weken geëvalueerd en dit leidt tot het opstellen van een behandelplan. De behandelovereenkomst wordt dan niet gewijzigd en speelt in de rest van de behandeling geen rol meer, ook niet bij de eindevaluatie.

In de Bochooltstraat wordt de behandelovereenkomst geëvalueerd in het kernteam, dat bestaat uit de behandelaar en de persoonlijk begeleider. Cliënten hebben hier weinig over te melden. In principe maakt de behandelaar na de evaluatie een nieuwe behandelovereenkomst en voert die in het EPD in.

Op Verhulst evalueert men in behandelplanbesprekingen. Hierin wordt het behandelplan wel bijgesteld, maar de behandelovereenkomst niet.

Op de ambulante locaties lijkt de behandelovereenkomst niet te worden geëvalueerd. Cliënt en hulpverlener evalueren mondeling, maar dit heeft geen weerslag op de overeenkomst. Dit resulteert in nogal wat verouderde behandelovereenkomsten.

Samenvattend lijkt het er op dat de behandelovereenkomst functioneert als een soort entreebewijs voor hulpverlening, dat in de verdere behandeling geen rol meer speelt. Alleen op de Bochooltstraat, waar men al langer werkt met het EPD, worden behandelovereenkomsten systematisch geëvalueerd en bijgesteld, zij het dat de cliënt het resultaat hiervan niet onder ogen krijgt.

q. Crisisafspraken

In geen van de behandelovereenkomsten wordt melding gemaakt van crisisafspraken. In interviews met de cliënten blijken die soms wel aan de orde. Opvallend is de verwarring die bij cliënten en personeel bestaat tussen crisisafspraken, crisisprotocollen, crisiskaarten, signaleringplannen, strippenkaarten en bedden-op-recept. Crisisafspraken komen vooral bij klinische cliënten voor. In deeltijdbehandeling van de AJ Ernststraat is daaraan veel minder behoefte, omdat veel cliënten nooit een crisis of een opname hebben meegemaakt. Wel kunnen zij altijd in nood de balie bellen. De doorverbinding is dan soms een probleem. Voor verpleegkundigen is het opstellen van een signaleringsplan vaak een routine, zonder dat men evalueert wat de opbrengst is. Strippenkaarten falen soms omdat het beddenhuis vol is.

r. Vertegenwoordiger of contactpersoon

In enkele behandelovereenkomsten wordt melding gemaakt van de contactpersoon van de cliënt. Nooit wordt een wettelijk vertegenwoordiger vermeld.

s. Wilsbekwaamheid

Bij de vraag naar de wilsbekwaamheid wordt in de behandelovereenkomsten meestal 'ja' ingevuld, en nooit 'nee'. Een keer schrijft men 'deels' (zonder nadere toelichting). Toch komt de behandelovereenkomst nogal eens tot stand voor mensen die in acute crisis verkeren en/of onder dwang zijn opgenomen. Het lijkt erop dat de WGBO-regels voor wilsonbekwaamheid niet bekend zijn, of althans niet worden nageleefd.

t. Versienummer

Elke behandelovereenkomst vraagt in de aanhef naar een versienummer. Dit nummer wordt zelden of nooit ingevuld. Het lijkt erop dat men niet begrijpt wat de bedoeling hiervan is.

u. Verschillende formats van de behandelovereenkomst

Er zijn verschillende formats van de behandelovereenkomst in omloop: de versie van maart 2003, de versie van 16 juli 2002 en een ongedateerde versie met een logo. De verschillen zijn niet groot. De eerstgenoemde versie vraagt onder 1. naar 'Reden van aanmelding', de twee andere versies vragen naar 'Hulpvraag, zorg- of opnamebehoefte van cliënt'. De eerste en derde versie verwijzen in vraag 9 naar een wilsonbekwaamheidsverklaring, in de tweede versie ontbreekt dit. Deze versies vragen onder 10. naar welke informatie aan wie is verstrekt op welke datum. De tweede versie verzuimt dit. De eerste twee versies vragen onder 11. naar 'de rede' van niet of gedeeltelijke instemming (inclusief typefout), de derde versie vraagt naar 'de reden'. Maar de tweede versie vraagt bovendien 'Indien de cliënt niet wil tekenen voor akkoord of gezien, geef hiervan de reden'. In de praktijk wordt deze laatste vraag nooit beantwoord. De derde versie vermeldt bij handtekening cliënt '(niet verplicht)', de twee andere versies laten dit na.

Ten slotte zijn er van de versie van maart 2003 twee varianten in omloop, een op een voorgedrukt formulier en een uit het EPD. De verschillen zijn gering, maar de eerste meldt bij handtekening cliënt 'niet verplicht' en de laatste laat dit na.

v. Onzorgvuldigheid en onvolledigheid

Bij de invulling van de formulieren valt veel onzorgvuldigheid op. Vaak worden vragen niet ingevuld. De vraag naar welke informatie wanneer aan de cliënt is verstrekt wordt meestal overgeslagen en de evaluatiedatum

ontbreekt nogal eens. Bij de AJ Ernstraat valt bij meerdere vragen een routinematige invulling op, zoals het standaardantwoord: "Uitvoeringsafspraken: Zie informatieboekje". De invulling van het formulier is vaak uiterst summier. En veel zaken worden onder de verkeerde rubriek ingevuld: doelen verschijnen bij de middelen en vice versa, behandelwensen worden ingevuld bij doelen en vice versa en de diagnose wordt soms gegeven onder de hulpvraag.

4.3 Conclusies ten aanzien van de kwaliteitscriteria

In de onderstaande tabel wordt op grond van de bevindingen van het onderzoek een oordeel uitgesproken over de mate waarin de kwaliteitscriteria worden gerealiseerd. De beoordelingen 'zelden', 'soms', 'vaak', etc worden onderaan de tabel gespecificeerd. Het oordeel 'minder vaak' gaat bijvoorbeeld op voor 40 tot 60% van de ondervraagden en/of onderzochte situaties.

Kwaliteitscriteria	Oordeel
<p><i>A. Proces</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Een behandelovereenkomst komt tot stand in goed overleg tussen behandelaar en cliënt. - Zij hebben een samenwerkingsrelatie waarin de vraag van de cliënt richtinggevend is. - De cliënt krijgt alle ruimte om vragen te stellen en wensen te uiten. - De cliënt neemt (gaandeweg) steeds meer de regie. - De cliënt kan zich in de gesprekken met de behandelaar laten bijstaan door een (ervaringsdeskundige) vertrouwenspersoon. - De cliënt krijgt reële keuzemogelijkheden voorgelegd. Ook wat betreft de keuze voor een behandelaar. 	<p><i>minder vaak</i> <i>minder vaak</i> <i>minder vaak</i> <i>soms</i> <i>zelden</i> <i>minder vaak</i></p>
<p><i>1. informatie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De cliënt wordt adequaat geïnformeerd (zowel mondeling als schriftelijk) 	<p><i>minder vaak</i></p>
<p><i>2. toestemming:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De cliënt geeft gerichte toestemming voor de voorgestelde verrichtingen en doet dit uit vrije wil. - Als blijkt van toestemming voor de voorgestelde behandelingen ondertekent de cliënt de behandelovereenkomst. - Het document vermeldt direct daarboven dat de cliënt te allen tijde de toestemming voor de behandelingen kan intrekken. - Het is mogelijk dat de cliënt slechts met een deel van de voorgestelde behandelingen instemt. Dit wordt omschreven bij de handtekening. 	<p><i>minder vaak</i> <i>soms</i> <i>nooit</i> <i>nooit</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt heeft het recht behandelingen te weigeren, hoezeer de behandelaar die ook in zijn of haar belang acht. - In de behandelovereenkomst kan worden vastgelegd dat de cliënt, met het oog op een eventuele periode van wilsonbekwaamheid, voor bepaalde ingrepen of maatregelen geen toestemming geeft. - De hulpverlener die de afspraken met de cliënt heeft gemaakt is degene die de behandelovereenkomst ondertekent. 	<p style="text-align: right;"><i>minder vaak</i></p> <p style="text-align: right;"><i>nooit</i></p> <p style="text-align: right;"><i>vaak</i></p>
<p>3. <i>dwangtoepassing</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij toepassing van dwang wordt de cliënt zo snel mogelijk uitleg achteraf gegeven. - Cliënten die onder de wet BOPZ zijn opgenomen wordt niet gevraagd hun behandelplan of behandelovereenkomst te ondertekenen. 	<p style="text-align: right;">?</p> <p style="text-align: right;">?</p>
<p>4. <i>evaluatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De behandelovereenkomst wordt regelmatig en volgens afspraak geëvalueerd. - Evaluaties vinden plaats in een open dialoog tussen behandelaar en cliënt en hierbij zijn niet meer dan twee andere personen aanwezig. - Na elke evaluatie wordt een nieuwe behandelovereenkomst opgesteld en ondertekend. De oude wordt bewaard. 	<p style="text-align: right;"><i>zelden</i></p> <p style="text-align: right;"><i>zelden</i></p> <p style="text-align: right;"><i>soms</i></p>
<p>5. <i>wijzigingen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wijzigingen van de behandelovereenkomst behoeven de toestemming van de cliënt. 	<p style="text-align: right;"><i>minder vaak</i></p>
<p>6. <i>termijnen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De behandelovereenkomst wordt zo spoedig mogelijk afgesloten, maar in elk geval binnen 8 weken na het eerste contact met de behandelaar. - De cliënt krijgt van te voren de concept-overeenkomst mee en kan daarin wijzigingen voorstellen. Daarvoor krijgt de cliënt een bedenktijd van 2 weken. 	<p style="text-align: right;"><i>minder vaak</i></p> <p style="text-align: right;"><i>soms</i></p>
<p>7. <i>informatievoorziening</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cliënten worden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de bedoeling en het functioneren van de behandelovereenkomst en over hun rechten en plichten in dit verband. 	<p style="text-align: right;"><i>zelden</i></p>
<p>8. <i>kopieën</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elke cliënt ontvangt een kopie van zijn of haar behandelovereenkomst. 	<p style="text-align: right;"><i>soms</i></p>

<p>B. Inhoud van de Behandelovereenkomst</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het wordt in begrijpelijke taal opgesteld en bevat geen vakjargon, codes, vreemde woorden of afkortingen. - Het formulier bevat de visie van de behandelaar en die van de cliënt. Eventuele meningsverschillen worden eerlijk beschreven en niet verdoezeld. 	<p><i>minder vaak</i></p> <p><i>zelden</i></p>
<p>9. evaluatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het formulier begint met de uitkomst van de vorige evaluatie (indien van toepassing). - Afsproken wordt wanneer de volgende evaluatie plaatsvindt en in de behandelovereenkomst wordt deze datum genoteerd. 	<p><i>nooit</i></p> <p><i>minder vaak</i></p>
<p>10. probleemomschrijving van de cliënt</p> <ul style="list-style-type: none"> - De behandelovereenkomst bevat de probleemomschrijving van de cliënt in diens eigen woorden, zo mogelijk in de ik-vorm. 	<p><i>nooit</i></p>
<p>11. diagnose/werkhypothese</p> <ul style="list-style-type: none"> - De diagnose wordt beschreven onder het kopje 'diagnose/werkhypothese'. De hulpverlener is hier aan het woord in zo duidelijk mogelijke taal. 	<p><i>zelden</i></p>
<p>12. doelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - De behandelovereenkomst bevat doelen op korte en op lange termijn. - De behandelovereenkomst bevat concrete streefdata. - De behandelovereenkomst bevat de voorziene einddatum van de behandeling. 	<p><i>vaak</i></p> <p><i>nooit</i></p> <p><i>nooit</i></p>
<p>13. behandelwensen van de cliënt</p> <ul style="list-style-type: none"> - De behandelovereenkomst bevat de behandelwensen van de cliënt. 	<p><i>minder vaak</i></p>
<p>14. middelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - De concrete behandelmiddelen worden precies beschreven. 	<p><i>minder vaak</i></p>
<p>15. crisisafspraken</p> <ul style="list-style-type: none"> - In de behandelovereenkomst wordt vermeld of er crisisafspraken zijn gemaakt, bijvoorbeeld in de vorm van een crisiskaart of een crisisprotocol. - In de crisisafspraken kan de cliënt uit vrije wil regelingen vastleggen voor dwangtoepassing en/of zelfbinding. 	<p><i>nooit</i></p> <p><i>nooit</i></p>

<p>16. <i>vertegenwoordiger van de cliënt</i></p> <p>- De behandelovereenkomst bevat de naam van degene die door de cliënt wordt gemachtigd of aangewezen om diens belangen te behartigen in tijden dat hij of zij daar zelf niet toe in staat is.</p>	<i>nooit</i>
<p>17. <i>toestemming voor doorgeven van informatie</i></p> <p>- De behandelovereenkomst bevat de naam van de persoon of personen aan wie eventueel informatie mag worden doorgegeven.</p> <p>- In de behandelovereenkomst wordt tevens vastgelegd wie uit de naaste omgeving van de cliënt zal optreden als contactpersoon.</p>	<i>nooit</i> <i>nooit</i>

Tabel 16. Conclusies ten aanzien van de kwaliteitscriteria

Specificatie van het oordeel:

Zeer vaak:	gaat op voor 80% tot 100% van de ondervraagden/relevante situaties
Vaak :	gaat op voor 60% tot 80% van de ondervraagden/relevante situaties
Minder vaak:	gaat op voor 40% tot 60% van de ondervraagden/relevante situaties
Soms:	gaat op voor 20% tot 40% van de ondervraagden/relevante situaties
Zelden:	gaat op voor 0% tot 20% van de ondervraagden/relevante situaties
Nooit :	gaat op voor 0% van de ondervraagden/relevante situaties
?:	niet vaststelbaar

Eindoordeel

De beoordeling in tabel 16 geeft nog geen kwaliteitsoordeel. Daarvoor zou een normering nodig zijn van wat voldoende of onvoldoende kwaliteit is. Dergelijke normen zijn in dit onderzoek niet geëxpliciteerd. Toch zijn de onderzoekers en de Begeleidingscommissie van oordeel dat de kwaliteitscriteria ten aanzien van de behandelovereenkomst over de grote linie in onvoldoende mate worden gerealiseerd. Zij gaan daarbij uit van impliciete normen. Gezien het doel van het onderzoek (zie paragraaf 1.2) is dit aanvaardbaar geacht.

5 Conclusies

In dit hoofdstuk geven we de conclusies van het onderzoek op de hoofdlijnen. Dit hoofdstuk kan ook gelezen worden als een samenvatting van de resultaten.

In GGZ Buitenamstel is 5 jaar geleden een serieuze uitwerking gegeven aan de WGBO, die is vormgegeven in een standaardformulier dat voor elke afdeling verplicht is gesteld. GGZ Buitenamstel heeft hiermee een voorsprong genomen op veel zusterorganisaties. Na 5 jaar is de tijd rijp voor een herbezinning en wellicht voor een nieuwe stap voorwaarts. De Raad van Bestuur van GGZ Buitenamstel heeft het initiatief van de Cliëntenraad voor een kwaliteitstoetsing van de behandelovereenkomst dan ook warm ontvangen. Mede hierdoor is het onderzoek, dat plaatsvond op zes afdelingen, goed verlopen. Een uitstekende medewerking is verkregen van alle betrokkenen, ondanks het feit dat ten tijde van het onderzoek een grootscheepse reorganisatie werd doorgevoerd, DBC's werden geïntroduceerd, een Elektronisch Patiëntendossier van start ging en soms ook nog verbouwingen plaatsvonden. Een woord van dank voor het personeel, de ervaren, gemotiveerde en sympathieke mensen die we hebben ontmoet, is hier op zijn plaats.

Bij het interpreteren van de resultaten van dit onderzoek is enige voorzichtigheid geboden. Er zijn 70 cliënten geïnterviewd van zes afdelingen van de volwassenenzorg van GGZ Buitenamstel. Er zijn aan de hand van dit onderzoek dus geen conclusies mogelijk ten aanzien van jeugdzorg en ouderenzorg. Daarnaast moet opgemerkt worden dat de ambulante cliënten sterk zijn ondervertegenwoordigd in de steekproef. Bovendien is de representativiteit van de ondervraagden, zeker als het gaat om de cliënten van de ambulante afdelingen, niet zeker. Toch menen we dat ten aanzien van de behandelpraktijken een goede indruk is verkregen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de gestelde kwaliteitscriteria onvoldoende worden gerealiseerd. Enige relativering is daarbij geboden, want de kwaliteitscriteria zijn geformuleerd als idealen: het is logisch dat die niet snel gerealiseerd zullen kunnen worden. Daarnaast was het al bij aanvang van het onderzoek bekend dat zich kwaliteitstekorten voordoen. Het voornaamste doel van het onderzoek was dan ook om een aanzet te geven voor verbeteringen.

Eén afdeling voldoet echter wel goed aan de kwaliteitscriteria, zij het niet door behandelovereenkomsten, maar door behandelplannen. In de deeltijdbehandeling aan de AJ Ernststraat functioneert een tweezijdig behandelplan, dat regelmatig wordt geëvalueerd, dat wordt ondertekend en in kopie verstrekt, dat specifieke, tijdsgebonden, haalbare en herkenbare doelen stelt, dat cliënten houvast biedt en hen in toenemende mate de regie geeft over de eigen behandeling. Cliënten zijn hierover enthousiast. Maar deze afdeling vormt duidelijk een uitzondering.

Uit de interviews en uit de observaties blijkt dat de behandelovereenkomst niet leeft onder cliënten. Veel cliënten (43% van de ondervraagden) hebben geen of geen adequate behandelovereenkomst (behandelovereenkomsten werden als inadequaar aangemerkt als ze sterk verouderd of zeer onvolledig waren). Een groot deel van de ondervraagden (37%) weet niet wat een behandelovereenkomst is en wellicht geeft het onderzoek hier nog een te gunstig beeld. De werving van respondenten werd belemmerd doordat veel cliënten geen voorstelling hebben van de behandelovereenkomst, wat waarschijnlijk een selectie heeft bewerkstelligd van respondenten die er wel van op de hoogte zijn.

Cliënten voelen zich niet betrokken bij de behandelovereenkomst, en worden er in de praktijk vaak niet bij betrokken. Zelden beschikt men over een kopie ervan. Bijna de helft van de ondervraagden die een behandelovereenkomst hebben, kent de inhoud niet. Van degenen die de inhoud kennen is bijna de helft het er niet (volledig) mee eens. De meerderheid (66%) van de respondenten ondertekent de behandelovereenkomst niet en waarschijnlijk komt dit vooral doordat de cliënt het formulier niet onder ogen krijgt. Vooral op de klinische afdelingen herkennen cliënten zich niet in hun behandelovereenkomst. Cliënten vinden de behandelovereenkomst niet belangrijk en denken vaak dat het een administratieve verplichting is van behandelaars.

Behandelaars hechten evenmin belang aan de behandelovereenkomst. Vaak denken zij dat het een administratieve verplichting is van de zorgverzekeraar. De invulling van het formulier is vaak summier, onvolledig of routineus. Op afdelingen waar een behandelplan functioneert vindt men dat de behandelovereenkomst geen meerwaarde oplevert. Het probleem lijkt te zijn dat de behandelovereenkomst een onduidelijke functie heeft, en dat er daarnaast een onduidelijke relatie bestaat tussen behandelovereenkomst en behandelplan. Uit de gegevens blijkt dat een wezenlijk element van de behandelovereenkomst niet wordt onderkend door behandelaars: de toestemming van de wilsbekwame cliënt. In 39% van de onderzochte behandelovereenkomsten verzuimen behandelaars de optie aan te kruisen 'cliënt stemt wel / niet / gedeeltelijk toe in de voorgestelde behandeling'. Dit wijst erop dat toestemming geen grote betekenis heeft in de behandelovereenkomst. Bovendien wordt geen onderscheid gemaakt tussen wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid. In geen van de onderzochte formulieren wordt wilsonbekwaamheid aangegeven, terwijl daarvoor soms wel aanleiding lijkt te zijn. Het lijkt erop dat de procedures en criteria voor wilsonbekwaamheid niet bekend of niet geliefd zijn bij behandelaars.

De behandelovereenkomst draagt niet bij aan grotere autonomie of empowerment van cliënten. De cliënt krijgt met de behandelovereenkomst niet meer greep op de behandeling. Zelden of nooit worden in de overeenkomst vertrouwde personen genoemd die de cliënt kunnen bijstaan (contactpersonen, naastbetrokkenen, gemachtigden, wettelijke vertegenwoordigers). Crisisafspraken of crisiskaarten, die kunnen bijdragen aan proactieve autonomie, worden niet in behandelovereenkomsten genoemd. In de praktijk bestaat er onder het personeel een grote verwarring over de verschillende soorten crisisafspraken (crisisprotocol, crisiskaart, signaleringsplan, strippenkaart, bed-op-recept, etc).

Aan een andere wezenlijke voorwaarde van de behandelovereenkomst blijkt niet optimaal te worden voldaan: de informatie aan de cliënt. De helft van de ondervraagden zegt onvoldoende te zijn geïnformeerd. Men krijgt vaak te weinig informatie over bijwerkingen van medicijnen, alternatieven, rechten en mogelijke ondersteuning van cliëntenorganisaties. De veelheid van (soms verouderde) folders werkt verwarrend.

Evaluaties van de behandelovereenkomst vinden weinig plaats. Doelen worden niet SMART geformuleerd wat evaluatie bemoeilijkt. Op de verblijfsafdeling springt de afwezigheid van rehabilitatiedoelen in het oog. Op de meeste afdelingen lijkt het erop dat de behandelovereenkomst een soort entreebewijs vormt voor behandeling. Tijdens de behandeling en bij het afsluiten ervan wordt er niet meer op teruggekomen. De behandelovereenkomst staat met andere woorden los van de behandeling zelf en dit verklaart wellicht de geringe betrokkenheid van de actoren.

Ten slotte moet gesignaleerd worden dat de geest van de WGBO vaak wel wordt nageleefd in de mondelinge contacten tussen cliënt en behandelaar. Met name op ambulante afdelingen voelen veel cliënten zich goed geïnformeerd, correct bejegend, gerespecteerd in hun doelen en autonomie, krijgen zij keuzen voorgelegd, hebben zij inspraak en geven zij toestemming, zonder dat de behandelovereenkomst daarbij een rol speelt. Evaluaties van de behandeling vinden wel degelijk plaats, soms met behulp van formulieren of hulpmiddelen die door de behandelaars zelf zijn ontwikkeld. In de behandelovereenkomsten is daarvan echter niets terug te vinden.

Kortom, er is ruimte voor verbetering. Het voornaamste doel van dit onderzoek is om een aanzet te geven voor verbeteringen. In het volgende hoofdstuk worden de verbetervoorstellen uiteengezet.

6 Aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk geven we de aanbevelingen die voortvloeien uit dit onderzoek. Deze aanbevelingen zijn opgesteld in samenspraak met de Begeleidingscommissie en de Focusgroep van landelijke deskundigen. Het hoofdstuk begint met algemene aanbevelingen ('wat moet er gebeuren') en vervolgt met specifieke aanbevelingen aan actoren ('wie moet wat doen').

6.1 Algemene aanbevelingen

Op basis van de onderzoeksresultaten en na een oriëntatie op verbeteringen die elders zijn doorgevoerd bevelen wij aan om de volgende verbeteringen door te voeren:

1. Vereenvoudig de huidige Behandelovereenkomst tot een Diagnose-Behandel-Kaart die naast de personalia alleen de diagnostische code bevat en het globale zorgaanbod. De DBK is een administratief document dat de cliënt niet hoeft te kennen noch hoeft te ondertekenen en dat geen evaluatie behoeft.
2. Voer in plaats van de Behandelovereenkomst op elke afdeling vraaggestuurde behandelplannen in. Deze behandelplannen zijn tweezijdig, geven richting aan de behandeling, worden regelmatig geëvalueerd en geven de cliënt steeds meer de regie over de eigen behandeling. Bij de invoering kunnen de in dit onderzoek geformuleerde kwaliteitscriteria worden gebruikt en worden behandelplannen toegespitst op verschillende groepen cliënten. Inspiratie kan geput worden uit de manier waarop GGNet omgaat met behandelplannen (GGNet 2004).
3. Behandelplannen vertrekken van een basis-stramien, maar worden in elke afdeling door de betrokkenen zelf aangepast en geïntegreerd in de werkwijze op basis van de behoeften van de cliënten.
4. Door instemming met het behandelplan en met de leveringsvoorwaarden van de instelling komt een behandelovereenkomst tot stand in de zin van de WGBO. Deze behandelovereenkomst wordt verder niet geformaliseerd. De cliënt wordt op de hoogte gesteld van zijn rechten en plichten in het kader van de WGBO. Met name wordt hij of zij erop gewezen dat de instemming met het behandelplan elk moment kan worden ingetrokken en dat voor elke afzonderlijke verrichting toestemming nodig is.

5. Bij het werken met behandelplannen worden ondersteunende documenten gebruikt (checklists, richtlijnen en formulieren) voor onder meer de informatieverschaffing, de doelbepaling en de evaluatie.
6. De doelen in het behandelplan worden SMART gesteld, wat wil zeggen dat ze specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdsgebonden moeten zijn.
7. De cliënt wordt actief betrokken bij de opstelling van het behandelplan. De cliënt draagt schriftelijk en mondeling bij aan doelbepaling en evaluaties en krijgt kopieën van het behandelplan en de evaluatieverslagen.
8. Het behandelplan wordt ondertekend door de behandelaar en geparafeerd of ondertekend door de cliënt (bij wilsonbekwaamheid ondertekent de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt).
9. De informatievoorziening aan cliënten wordt verbeterd, zowel mondeling als schriftelijk. Behandelaars beseffen dat informatiebehoefte afhankelijk is van de fase waarin de cliënt verkeert. Een coördinator informatievoorziening brengt in overleg met de Cliëntenraad ordening in de veelheid van folders en zorgt dat zij up to date blijven. Er wordt een cliëntgestuurd informatiepunt opgericht.
10. Cliënten krijgen bij de intake standaard een documentatiemap met de essentiële informatie, adressen, huisregels, etc. De map biedt ruimte voor het opbergen van relevante documenten, zoals het behandelplan, de crisisafspraken, een afsprakenkaart, etc.
11. Behandelaars krijgen goede voorlichting over de criteria en procedures bij wilsonbekwaamheid. Bij twijfel over wilsbekwaamheid betreft de behandelaar allereerst een door de cliënt vertrouwde naastbetrokkene bij de besprekingen.
12. Cliënten worden aangemoedigd om een vertrouwde persoon te betrekken in de besprekingen en evaluaties. Cliënten worden aangemoedigd om een vertrouwde persoon aan te wijzen of te machtigen met het oog op crisissituaties en/of perioden van wilsonbekwaamheid.
13. Bij elke cliënt die een ernstige crisis of een acute opname heeft meegemaakt wordt een signaleringsplan opgesteld dat voorziet in concrete crisisafspraken. De huidige verwarring over crisisafspraken (crisiskaarten, strippenkaarten, wilsverklaringen, e.d.) dient te worden opgehelderd.
14. De cliënt heeft recht op een 'therapievrije ruimte' waarin hij of zij serieus genomen wordt als gespreks- en onderhandelingspartner en kan vragen, overleggen, becommentariëren, bekritisieren e.d. zonder dat dit als overdracht, symptoom of onderdeel van het probleem wordt geïnterpreteerd.

6.2 Aanbevelingen aan de verschillende actoren

Als uitwerking van de algemene aanbevelingen doen we aan de betrokken partijen de volgende specifieke aanbevelingen:

Aanbevelingen aan de Raad van Bestuur

1. Stel een verbetertraject in om het werken met vraaggestuurde behandelplannen in te voeren. Wijs op elke afdeling een coördinator aan die het proces trekt. Bevorder de cultuurverandering die op veel afdelingen nodig is om vraaggestuurd te gaan werken door een helder beleid dat voorziet in voorlichting, meningsvorming, ondersteuning, bijscholing, evaluatie, etc.
2. Faciliteer het proces waarin behandelaars de voordelen van vraaggestuurde behandelplannen kunnen ervaren voor de kwaliteit en de effectiviteit van het behandelproces. Schep een win-win-situatie, waarin betere informatievoorziening, grotere keuzevrijheid, een actievere rol van de cliënt en een meer gelijkwaardige samenwerkingsrelatie tot meer arbeidssatisfactie leiden en tot grotere tevredenheid van cliënten. Empowerment en grotere autonomie van de cliënt krijgen ook vorm door wilsverklaringen en crisisafspraken die worden gemaakt met het oog op mogelijke toekomstige situaties van verminderde wilsbekwaamheid. Het betrekken van vertrouwde personen in de behandeling en bij crisisafspraken heeft dezelfde functie.
3. Betrek in het verbetertraject de knowhow en de instrumenten die op sommige afdelingen van de eigen organisatie zijn ontwikkeld (behandelplannen, zelfevaluatieformulieren, doelbepalingsformulieren, informatiemappen). Betrek ook de knowhow en de instrumenten die elders zijn ontwikkeld (Pilotproject vraaggestuurd en resultaat werken van GGNet, het verbetertraject behandelplannen van GGZ 's Hertogenbosch, modelrichtlijnen en checklists van het WGBO-implementatieprogramma van de KNMG en de HKZ-instrumenten).
4. Voorkom administratieve belasting van behandelaars door een zo eenvoudig mogelijke vormgeving van de procedures. Bevorder dat het systeembeheer op elke afdeling aangepaste oplossingen vindt voor de integratie van de nieuwe behandelplannen in het EPD, die sporen met de gekozen werkwijzen op die afdeling.
5. Benoem een coördinator voor de informatievoorziening aan cliënten die onder meer ordening brengt in de veelheid van folders en bewaakt dat ze up to date blijven.

6. Stel een ontwikkelingsonderzoek in om verbetering te brengen in de huidige verwarring over crisisafspraken (crisisprotocollen, crisiskaarten, signaleringsplannen, strippenkaarten, wilsverklaringen, e.d.).

Aanbevelingen aan de Cliëntenraad

1. Maak afspraken met de Raad van Bestuur over het verbetertraject om het werken met vraaggestuurde behandelplannen in te voeren. Spreek ijkpunten af waarop de voortgang van het traject wordt geëvalueerd.
2. Organiseer onder cliënten de meningsvorming over de nieuwe behandelplannen.
3. Stimuleer kwaliteitsverbetering van de informatievoorziening aan cliënten en toets deze regelmatig.
4. Inventariseer de verschillende manieren waarop cliënten en naastbetrokkenen zelf kunnen bijdragen aan het totstandkomen en evalueren van behandelplannen, bijvoorbeeld een checklist of een boekje met tips.
5. Adviseer de Raad van Bestuur bij de opzet van een cliëntgestuurd informatiepunt.
6. Bevorder dat een ontwikkelingsonderzoek wordt gehouden om de huidige verwarring over crisisafspraken op te helderen.

Aanbevelingen aan de behandelteams

1. Breng intern de meningsvorming op gang over vraaggericht werken met behandelplannen. Bespreek de positieve voorbeelden die bestaan in de eigen organisatie en in andere instellingen.
2. Bespreek de voordelen die kunnen voortvloeien uit het vraaggericht werken met behandelplannen voor het therapeutisch proces en de behandelresultaten.
3. Breng meningsvorming op gang over crisisafspraken (bijvoorbeeld aan de hand van Van de Graaf 2006).
4. Stel naast behandeldoelen ook rehabilitatiedoelen en betrek cliënten hierbij. Besteed meer aandacht aan de sociale situatie van cliënten.

Aanbevelingen aan de teams in de Bocholtstraat

1. Maak in de langdurige zorg op de Bocholtstraat een begin met rehabilitatie, zet meer vrijwilligers in en breng meer rehabilitatie-deskundigheid in de teams.
2. Geef bij het ontwikkelen van behandelplannen de absolute voorrang aan het ontwikkelen van rehabilitatieplannen.

GGZ Buitenamstel BEHANDELOVEREENKOMST

Datum:

Versie:

Naam:

Cliëntnummer:

Geboortedatum:

Juridische status:

Kinderbeschermingsmaatregel:

Behandelaar

Psychiater:

Locatie/afdeling:

1. Reden van aanmelding
- 2a. Probleemdefinitie en diagnose
- 2b. DSM IV classificatie I II III IV V
3. Behandelwensen cliënt
4. Behandelvoorstel hulpverlener
5. Behandeldoel(en) Korte termijn Lange termijn
6. Therapeutische middelen en behandelactiviteiten
7. Uitvoeringsafspraken
8. Evaluatiedatum
9. Is cliënt wilsbekwaam? ja nee Zie wilsonbekwaamheidsverklaring d.d.:
10. Informatie verstrekt aan cliënt vertegenwoordiger/ouder d.d.:
- Welke informatie (minimaal diagnose, behandel mogelijkheden, alternatieven, eventuele risico's)
11. Toestemming
Cliënt stemt wel / niet / gedeeltelijk toe in de voorgestelde behandeling zoals overeengekomen onder de punten 5 6 en 7.
Indien niet of gedeeltelijk, geef reden:
12. Ondertekening

Cliënt:	Vertegenwoordiger/ ouder	(Uitvoerend-) behandelaar:	Namens de instelling:
(niet verplicht)	(niet verplicht)		
..... naam: naam: naam: functie: naam: functie:

Dit onderzoek is deels inventariserend van aard en deels explorerend en hypothesevormend. Daarbij worden vooral kwalitatieve methoden gebruikt. Hierbij worden de aanwijzingen gevolgd van onder meer Taylor en Bogdan (1984), Wester, Smaling en Mulder (2000) en Wester en Hak (2003). In een belangrijk opzicht wordt teruggegrepen op Glaser en Strauss (1976) die 'voortdurende vergelijking' voorstaan ten behoeve van de hypothesen- en theorievorming. De begrippen 'theoretische selectie' en 'triangulatie' vormen een onderdeel van de gefundeerde theorievorming. Triangulatie betekent het vergelijken van informatie uit bronnen van verschillende aard (veelal met behulp van verschillende waarnemingstechnieken).

Ter voorbereiding van het onderzoek heeft een uitgebreide literatuursearch plaatsgevonden met de zoektermen 'WGBO' en 'behandelovereenkomst' in Picarta en op internet (google). De relevante treffers zijn opgenomen in de literatuurlijst van dit rapport. Ook is literatuur bestudeerd over de methodische aspecten van kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief, met als belangrijke bron de publicatie van Nederland en Stekete (2004). Bij de ontwikkeling van kwaliteitscriteria is goede nota genomen van de methodische aanwijzingen van De Ridder (1991). Bij het Cliëntenpanel is de Delphi-methode gehanteerd die beschreven is door Van Houten e.a. (1980).

Bij de steekproeftrekking is een stratificerende aanpak gevolgd, waarbij is gestreefd naar een evenredige verdeling over de verschillende geledingen van een afdeling. Ook is gelet op bekende kenmerken van de doelgroepen (geslacht, culturele herkomst) en is gestreefd naar een evenredige spreiding. Zo nodig werden wervingsactiviteiten geïntensiveerd om respondenten te werven uit een categorie die ondervertegenwoordigd dreigde te worden (door de wervingsmoeilijkheden was dit echter maar beperkt mogelijk).

Waar mogelijk is ernaar gestreefd om op elke afdeling elke cliënt een gelijke kans te geven om in het onderzoek te worden opgenomen. Altijd konden respondenten zichzelf aanmelden, maar in vier afdelingen zijn mensen gericht benaderd. Daarbij zijn overigens cliënten ontzien die het moeilijk hadden. Naar een echte randomisatie is niet gestreefd.

Bij de interviews is een semi-gestructureerde aanpak gekozen. Op grond van de kwaliteitscriteria is een lijst van aandachtspunten en (voorbeeld)vragen opgesteld. Er is geen gebruik gemaakt van geluidsapparatuur, maar tijdens de interviews zijn notities gemaakt in de - breed opgezette - vragenlijst.

Waar mogelijk zijn observaties verricht, zij het niet op een planmatige wijze. Het ontwikkelen van inzicht in de context van de hulpverlening en in de situatie van de geïnterviewden stond daarbij voorop. Tijdens lange perioden van wervingsactiviteiten op de afdelingen was er ruime mogelijkheid voor gesprekjes met cliënten, hulpverleners en receptionisten.

Bij de opzet van de Focusgroep, ten slotte, is gebruikt gemaakt van de inzichten van Barbour en Kitzinger (1999).

Wie wil meedoen aan een interview?

De Cliëntenraad van GGZ Buitenamstel wil weten welke ervaringen cliënten hebben met de behandelovereenkomst.

De Cliëntenraad heeft Mark Janssen en Wouter van de Graaf gevraagd om interviews te houden met cliënten van de AJ Ernststraat (en van 3 andere afdelingen).

Doel is om na te gaan of de behandelovereenkomst (en de manier waarop die tot stand komt) verbeterd kan worden.

Wie wil meedoen aan een interview met Mark of Wouter? Het duurt ongeveer drie kwartier. De plaats is naar eigen keuze. Anonimiteit is gegarandeerd. Als vergoeding wordt een VVV-bon gegeven van 10 euro.

Het interview kan individueel maar ook in een groepje gehouden worden.

Bel Mark Janssen voor informatie of aanmelding.
Telefoon: 06 - 12 34 56 78

Wanneer zijn de interviews?

Interviews worden gehouden tussen 16 januari en 10 februari 2006.

Wie voert het onderzoek uit?

Het onderzoek wordt uitgevoerd door AdSearch. Dit is een klein en onafhankelijk onderzoeksbureau.

Privacygaranties?

De gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Deelnemers aan het onderzoek blijven volstrekt anoniem. In het eindrapport worden herkenbare details vermeden of veranderd.

Wat gebeurt er met de resultaten?

Op grond van het onderzoek worden aanbevelingen ter verbetering gedaan. De Cliëntenraad zal een verbetertraject afspreken met de Raad van Bestuur van GGZ Buitenamstel. De Cliëntenraad zal erop toezien dat de afgesproken verbeteringen daadwerkelijk worden doorgevoerd.

Hoor ik hier nog iets van terug?

Het onderzoek wordt in april 2006 voltooid. Wie meehelpt aan de interviews ontvangt (desgewenst) een samenvatting van de resultaten. In de samenvatting wordt aangegeven waar het eindrapport kan worden ingezien of besteld.

Presentatie van het eindrapport

In juni organiseert de Cliëntenraad een bijeenkomst om het eindrapport te bespreken. Deelnemers aan de interviews zijn hierbij van harte welkom. De datum van de bijeenkomst wordt aangekondigd in de samenvatting.

Bijlage D Representativiteit van de steekproef

In dit onderzoek zijn 70 volwassen cliënten van GGZ Buitenamstel geïnterviewd. De vraag of deze steekproef representatief is, kan niet zonder meer bevestigend beantwoord worden.

In de eerste plaats is de steekproef niet aselect getrokken. Cliënten hebben zich aangemeld op basis van folders, affiches of mond op mond reclame, of cliënten zijn door de onderzoekers uitgenodigd. In beide gevallen is er sprake van zelfselectie (mondiger mensen zullen b.v. sneller reageren). In het tweede geval is er bovendien sprake van selectie door de onderzoekers bij het aanspreken van mensen (erg verwarde of bedroefde mensen zijn b.v. ontzien). Ook bleek contact soms niet mogelijk door taalproblemen. Toch is zoveel mogelijk gestreefd om selectiviteit te vermijden.

Daarbij is gestreefd naar zoveel mogelijk spreiding, zodat de verschillende geledingen van een afdeling zoveel mogelijk en zo evenredig mogelijk vertegenwoordigd zouden raken. Zo interviewden we in Verhulst 4 mensen van het open deel en 5 mensen van het gesloten deel. In de AJ Ernststraat zijn cliënten van 10 verschillende therapiegroepen gesproken. In de Bochooltstraat interviewden we cliënten van de open afdeling, de gesloten afdeling, de woonhuizen, de appartementen en het EMP. Bij dit laatste project werden slechts 3 van de circa 80 cliënten bereid gevonden tot een interview, en daarmee bleef dit project sterk ondervertegenwoordigd. Een check op de representativiteit kan gedaan worden door kenmerken van de steekproef te vergelijken met kenmerken van de populatie. Als zich grote verschillen voordoen is er kennelijk selectie opgetreden, als er overeenstemming is dan vormt dit een aanwijzing (maar nog geen bewijs) voor representativiteit. De 70 geïnterviewden hadden de volgende kenmerken:

	Aantal	vrouwen	autochtonen	dwangopname	gem.leeftijd	zorgcarrière
Bochooltstraat	15	40%	80%	60%	42	14*
AJ Ernststraat	21	76%	86%	0%	31	4**
VK Lairesse2	6	33%	100%	17%	42	6
VK Verhulst	9	44%	56%	56%	39	14
Hogguerstraat	8	37%	75%	0%	46	9***
Oldenaller	11	64%	91%	0%	39	14***
totaal	70	54%	80%	20%	38	10

*Tabel 17. Kenmerken van de geïnterviewde cliënten. Zorgcarrière in jaren vanaf eerste contact.
*Vooral intramuraal, vaak aaneengesloten. **Ambulant. ***Ambulant, vaak onderbroken.*

In het algemeen stemmen de cijfers in de tabel overeen met wat verwacht kan worden van dergelijke afdelingen op grond van landelijke gegevens en op grond van wat ons bekend was over de betreffende afdelingen. Bij de Hogguerstraat is er echter duidelijk selectie opgetreden: het aandeel autochtonen is volgens de leiding 30%, terwijl onder de geïnterviewden 75% autochtoon was; ook was het aandeel vrouwen slechts 37% waar op een ambulante afdeling 60% verwacht kan worden. Bij de deeltijdbehandeling van de AJ Ernststraat stemmen de kenmerken van de onderzochten echter goed overeen met die van de populatie:

	Aantal	Gemiddelde leeftijd	% vrouw	% autochtoon
Bestand op 15-2-06	224	33,9 jaar	76,3%	90%*
Steekproef	21	31,4 jaar	76,2%	86%

*Tabel 18. Deeltijdbehandeling AJ Ernststraat. Kenmerken van de steekproef en van de populatie. Bron: opgave secretariaat AJ Ernststraat; * schatting.*

De tabel geeft een aanwijzing dat de 21 geïnterviewde cliënten van de AJ Ernststraat representatief zijn voor het hele cliëntenbestand van voorjaar 2006.

Anderzijds is het onwaarschijnlijk dat met 11 geïnterviewden op Oldenaller een ambulante populatie van circa 2000 cliënten goed vertegenwoordigd is.

De getalsverhouding is op de klinische afdeling gunstiger: op Verhulst werden 9 van de 20 aanwezige cliënten geïnterviewd, op Lairese 2 werden 6 van de 20 en op de Bochooltstraat 12 van de 80 cliënten geïnterviewd. Daarbij moet opgemerkt worden dat de bevolking van de Bochooltstraat vrij statisch is, maar die van Lairese 2 en Verhulst snel doorstroomt.

De conclusie moet zijn dat de representativiteit van de steekproef niet zeker is. Mogelijk is er wel sprake van representativiteit bij de klinische en deeltijdafdelingen, maar vrijwel zeker niet bij de ambulante afdelingen (inclusief het EMP).

Ten slotte moet worden opgemerkt dat het aantal behandelpraktijken veel kleiner is dan het aantal cliënten. De gang van zaken rond de Behandelovereenkomst, een van de hoofdzaken in dit onderzoek, is misschien per afdeling uniform dankzij afdelingsbeleid en -cultuur. Wellicht zullen er verschillen optreden tussen behandelaars onderling en wellicht zullen behandelaars bepaalde groepen cliënten anders tegemoet treden dan andere. Een klein aantal interviews op een afdeling kan een betrouwbaar beeld opleveren van het behandelbeleid, zonder dat conclusies over de mening van de patiëntenpopulatie mogelijk zijn.

Bijlage E Conclusies van de Focusgroep

Voor het onderzoek naar de kwaliteit van de behandelovereenkomst is een Focusgroep bijeengeroepen om de aanbevelingen die uit dit onderzoek voortvloeien een steviger basis te geven. De Focusgroep werd gevoed met een samenvatting van de conclusies, een voorbeeld van het standaardformulier 'Behandelovereenkomst' van GGZ Buitenamstel en een lijst van concept-aanbevelingen.

De Focusgroep bestond uit deskundigen die zich bezighouden met patiëntenrechten en de (implementatie van) de WGBO. Eén genodigde, de heer Johan Legemaate, ontving wel de stukken maar was helaas verhinderd op de bijeenkomst. De volgende leden namen deel:

- Annemarie Schuite (Inspectie Gezondheidszorg)
- Marloes Jonkers (GGZNederland)
- Karla Nijns (Cliëntenraad GGZ Buitenamstel)
- Robinetta de Roode (KNMG)
- Martine Versluijs (NPCF)
- Ton Peter Widdershoven (Stichting PVP)
- Didier Rammers (GGNet)
- Wouter van de Graaf (onderzoeker)
- Mark Janssen (onderzoeker/voorzitter)

Tabel 19. Samenstelling van de Focusgroep

De huidige Behandelovereenkomst van GGZ Buitenamstel werd door de Focusgroep tweeslachtig bevonden: het is een kruising tussen een behandelovereenkomst en een behandelplan. Het formulier bevat teveel vragen voor een behandelovereenkomst en te weinig vragen voor een behandelplan.

Daarnaast vond de Focusgroep dat het formulier juridische inconsistenties vertoont: in een behandelovereenkomst is de optie 'geen toestemming' irrelevant, want geen toestemming betekent geen behandelovereenkomst. Ook is het niet opportuun om in een behandelovereenkomst te vragen naar wilsonbekwaamheid, omdat wilsonbekwaamheid geldt ten aanzien van de afzonderlijke verrichtingen.

De Focusgroep concludeerde dat het weinig zin had om te streven naar verbeteringen van de bestaande Behandelovereenkomst van GGZ Buitenamstel, maar dat een structurele verandering geboden was. Vrijwel unaniem werd aanbevolen om de behandelovereenkomst voortaan mondeling af te sluiten, met goede voorlichting over de rechten, plichten en leveringsvoorwaarden, en om daarnaast een vraaggestuurd behandelplan in te voeren, bijvoorbeeld zoals dat in GGNet is ontwikkeld. De kwaliteitscriteria die in dit onderzoek zijn ontwikkeld voor de Behandelovereenkomst zijn evenzeer (of zelfs meer) van toepassing op het behandelplan.

Daarmee sloot de Focusgroep aan bij een idee dat ook in de Begeleidingscommissie was gerezen, maar dat in de concept-aanbevelingen geen prominente plaats had gekregen. De Focusgroep riep op om dit idee tot de centrale aanbeveling van het onderzoek te maken. Enkele andere, meer specifieke aanbevelingen van de Focusgroep zijn verwerkt in hoofdstuk 6.

Literatuur

- Barbour, R. en J. Kitzinger, *Developing focus group research. Politics, theory and practice*. Sage, London/New Delhi, 1999.
- Beenackers, A.A.J.M., *Handleiding Dossiervoering*. 3e druk, Delft, Eburon, 2002.
- Biewinga, S. en E. van Hoorn, Het patiëntenperspectief. *Nieuwsbrief 2000*, september 1989.
- Bureau Bestuur en Beleid, *Verslag Audit Behandelovereenkomst Juni 2005*. GGZ Buitenamstel, Amsterdam, 4 juli 2005.
- Cliëntenbond e.a., *Betrokken omgeving. Modelregeling ggz-instelling - naastbetrokkenen*. Utrecht, Cliëntenbond e.a., 2004.
- GGNet, *Pilot Vraaggestuurd en Resultaatgericht werken*. GGNet, Warnsveld, 2004?
- GGZ 's Hertogenbosch, *Samen werken aan het behandelplan*. GGZ 's Hertogenbosch, Den Bosch, 2005.
- Ginneken, P. van, *Begeleiding volgens plan: systematisch werken in beschermende woonvormen*. Utrecht, NcGv, 1995.
- Glaser, B. en A. Strauss, *De ontwikkeling van gefundeerde theorie*. Alphen a/d Rijn, Samson Uitgeverij, 1976.
- Graaf, W. van de, *Kracht in crisis. 10 interviews over de crisiskaart*. Basisberaad Rijnmond en APCP, Amsterdam/Rotterdam, 2006.
- Hauer, A., L. Jansen, A. Key en J. Snijders, Toetsing kwaliteit van behandelplannen. *Kwaliteit in beeld*, 2, 2001.
- Hijden, E. van der, *Onderhandelen is het doel niet. Cliëntenparticipatie bij methodisch werken in Beschermd Wonen en de effecten ervan op de tevredenheid*. Rotterdam, Thela Thesis, 1998.
- Hijden, E. van der, H. Poodt & J. Dröes, Zorg op maat getypeerd. Een onderzoek naar de inhoud van begeleidingsplannen in beschermd wonen. *Passage - Tijdschrift voor rehabilitatie*, 7(1998), 4, 244-253.
- Hoorn, E. van, C. Bellemakers & Y. Koster-Dreese, *De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing. Essay over alledaagse zelfbeschikking en de (on)mogelijkheden van vraagsturing*. Amsterdam, IGPB, 2003.

Houten, H. van e.a., Delphi, *van orakel tot wetenschap*. In: R. de Hoog (red.), *Veranderen door onderzoek*. Boom, Meppel, 1980.

Janssen, M.A. en J. Onrust, *Een fijn plan. De praktijk van behandelplannen en begeleidingsplannen in de ogen van bewoners die met beide te maken hebben*. AdSearch, Amsterdam, 2005.

Kempe, P., *Onderzoeksverslag Thermometer Cliëntwaardering. Meting Circuit Volwassenen 2003*. GGZ Buitenamstel, Amsterdam, april 2005.

KNMG, *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO*. KNMG, Utrecht, 2004.

KNMG en NPCF, *Modelregeling Arts-Patiënt*. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht, november 1998.

Kragten, R., *Naar een ander plan. Een cliëntgerichte manier van werken met het behandel- en begeleidingsplan in de GGz*. Utrecht, Platform GGZ Utrecht en Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform Utrecht, 2003.

Legemaate, J., *Zonder informatie zijn alle andere rechten waardeloos*. *PVP-krant*, 13(2003), maart.

Linschoten, C.P. en P. Moorer, *Kennis van patiënten over de WGBO*. ARGO Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, 2005.

Metz, G. en L. Perquin, *Werken met een behandelingsovereenkomst in de psychiatrie*, *MGv*, 46(1991), 12, 1326-1340.

Nederland, T. en M. Steketee, *De cliëntervisitatie in de GGZ. Handboek voor kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief*. Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, september 2004.

NPCF, *Algemene kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief*. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht, mei 1996.

NPCF, *Kwaliteit van zorg en behandeling vanuit patiëntenperspectief*. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht, april 2000.

Ploem, M.C., *Evaluatie van de WGBO: van wet naar praktijk*. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 5(2001), 308-316.

- PVP-krant, Over u, zonder u? Lang niet elke cliënt heeft inspraak in behandelplan. *PVP-krant*, 15(2005), 2, 2-3.
- Ridder, D. de, *Greep op kwaliteit. Methodologische aspecten van het verhelderen van criteria voor de kwaliteit van zorg*. NcGv, Utrecht, 1991.
- Santen, J. van, *Uw rechten als patiënt (WGBO)*. 4e druk, Utrecht, NPCF, juli 2002.
- Sluifers, B. en M. Biesart, *De geneeskundige behandelingsovereenkomst*. 2e, Kluwer, Deventer, 2005
- Stikker, T.E., *De samenhang tussen de WGBO en de Wet BOPZ*. Den Haag, Sdu Uitgevers, 2003.
- Taylor, S. en R. Bogdan, *Introduction to qualitative research methods*. 2e druk, New York, Wiley & Sons, 1984.
- Theunissen, J., *Zorgvernieuwing in de chronische psychiatrie. Een vergelijkend onderzoek onder vier projecten voor langdurig zorgafhankelijke patiënten*. GGZ Buitenamstel, Amsterdam, 2006.
- Wesenbeek, C., *Behandelplan: rapportage onderzoek cliëntenbelangenbureau GGZE*. Eindhoven, GGZE, 1997.
- Wester, F., A. Smaling en L. Mulder, *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Bussum, Uitgeverij Coutinho, 2000.
- Wester, F. en A. Hak, *De methodologie van kwalitatief onderzoek*. *Kwalon*, 23, (2003), 8, 7-17.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)*. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, Jaargang 1994, 838 en 845, SDU Uitgeverij, Den Haag, 22 december 1994.
- Wiersma, D.A. en M.C. Barnhard, *Eindrapport Het behandelplan getoetst. Onafhankelijke kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief*. Prismant, Utrecht, april 2003.
- ZON, *Evaluatie Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst*. ZorgOnderzoek Nederland, Den Haag, 2000.

Lijst van gebruikte afkortingen

AB	Activiteitenbegeleiding	NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
APCP	Amsterdams Patiënten Consumenten Platform	NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis	NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	PCA	Psychiatrisch Centrum Amsterdam (voorganger van GGZ Buitenamstel)
BHO	Behandeloovereenkomst	PGB	Persoonsgebonden Budget
BHP	Behandelplan	PMT	Psychomotorische therapie
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen	PVP	Patiëntenvertrouwenspersoon
DAC	Dagactiviteitencentrum	Riagg	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
DBC	Diagnose-Behandel-Combinatie	RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
DBK	Diagnose-Behandel-Kaart	RM	Rechterlijke Machtiging
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	SMART	Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch en Tijdsgebonden
EMP	Extramuraliseringsproject	SPDC	Sociaal Psychiatrisch Diensten Centrum
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier	SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
GGNet	GGZ-aanbieder in het oosten des lands	VK	Valeriuskliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	VM	Voorlopige Machtiging
GGZE	GGZ Eindhoven	VU	Vrije Universiteit
HBO	Hogere Beroepsopleiding	VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van)
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector	WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
IBS	Inbewaringstelling	ZON	Zorgonderzoek Nederland
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg		
IGPB	Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid		
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst		
MGv	Maandblad Geestelijke volksgezondheid		



AdSearch

ADVIES & RESEARCH
IN GEZONDHEIDSZORG EN WELZIJN