

Monitor pilotcommissies Verplichte GGz

Definitief eindrapport

Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS

drs. Dorine Vijfvinkel
drs. ir. Felicie van Vree
drs. Marjon Diepenhorst

Projectnummer: B3631

Zoetermeer, 11 december 2009

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Research voor Beleid. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Research voor Beleid. Research voor Beleid aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

Samenvatting, conclusie en slotbeschouwing	5
1 Inleiding	13
1.1 Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg	13
1.2 Monitoring van de pilotprojecten	15
1.3 Leeswijzer	17
2 Inrichting en procesgang pilotcommissies	19
2.1 Samenstelling, achtergrond en taakverdeling	19
2.2 Beschikbare schriftelijke informatie	21
2.3 Opzet en verloop van de hoorzitting	22
2.4 Het horen van de betrokkenen	24
2.5 Oordeel van betrokkenen over werkwijze commissies	29
2.6 Totstandkoming van het advies	30
2.7 Reflectie van commissies op eigen werkwijze	32
3 Resultaten van de pilotcommissies	39
3.1 Cijfermatig overzicht aantal en type zittingen per regio	39
3.2 Resultaten van de hoorzittingen	39
3.3 De uitgebrachte adviezen	41
3.4 Beslissing van de rechter of geneesheer-directeur	54
3.5 Tijdsbesteding van commissieleden en andere betrokkenen	58
4 Effecten van de pilotcommissies	61
4.1 Beoogde effecten versus geconstateerde effecten	61
4.2 Schatting van de werklust van de commissie	65
4.3 Vergelijking huidige situatie en pilotcommissies	69
Bijlage 1 Hoofdpijnen evaluatiemodel en analysekader	73
Bijlage 2 Huidige situatie	75
Bijlage 3 Inschatting werklust commissie	81
Bijlage 4 Overzicht psychiatrische casuïstiek	87
Bijlage 5 Opbouw van de adviezen	89

Samenvatting, conclusie en slotbeschouwing

Eind 2008 zijn vier commissies ingesteld die, vooruitlopend op de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wet Verplichte GGz), rechters en geneesheren-directeuren adviseren over verplichte geestelijk gezondheidszorg. Deze commissies Verplichte GGz zijn als het ware experimenten die gedurende het wetgevingstraject, binnen het huidige kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz), uitgevoerd worden om de optimale vorm en inhoud van de commissie vast te kunnen stellen.

Research voor Beleid heeft de commissies gevolgd en de werkwijzen en resultaten onderzocht.

Het doel van dit onderzoek is de behaalde resultaten en effecten van de pilotcommissies af te zetten tegen de huidige situatie én tegen de beoogde resultaten en effecten van de commissies.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn gedurende de looptijd van dit onderzoek interviews gehouden met commissieleden, pilotrechters, geneesheren-directeuren, betrokkenen bij verschillende casussen (patiënten, advocaten, familieleden), stuurgroepleden en officieren van justitie. Verder hebben de onderzoekers een aantal zittingen bijgewoond en zijn na iedere zitting door de commissieleden en adviesvragers evaluatieformulieren ingevuld.

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste resultaten en conclusies over de uitvoering van de pilots (S1), de resultaten van de hoorzittingen (S2) en de effecten (S3). Ook vergelijken we de beoogde en de bereikte resultaten en effecten van de commissies (S4). De laatste paragraaf van dit hoofdstuk (S5) bevat een slotbeschouwing.

S1 Uitvoering van de pilots: samenstelling commissies en verloop hoorzittingen

De vier pilotcommissies bestaan, zoals beoogd in de Memorie van toelichting, uit een jurist, een psychiater en één of twee algemene leden. De algemene leden vertolken doorgaans het familie- en/of patiëntperspectief. Op een na alle juristen hebben vanuit hun vorige functie(s) ervaring opgedaan in de psychiatrie en/of met de Wet Bopz. De psychiaters zijn allen sinds langere tijd werkzaam als behandelaar in de psychiatrie en hebben daarnaast in sommige gevallen nevenfuncties (vervuld) zoals lid van een klachtencommissie of vervangend geneesheer-directeur. Drie van de algemene leden zijn werkzaam (geweest) in de psychiatrie, bijvoorbeeld als ambulante begeleider of als psychiatrisch verpleegkundige. Twee algemene commissieleden hebben geen werkervaring in of opleiding gerelateerd aan de psychiatrie, maar zijn ervaringsdeskundigen¹.

In alle commissies vervulde de jurist in eerste instantie de functie van voorzitter. In Amsterdam heeft een taakwisseling plaatsgevonden en is het voorzitterschap overgenomen

¹ Dat wil zeggen ex-cliënten of familie van (ex-)cliënten.

door het algemeen lid. De voorzitter heeft in de commissies een belangrijke taak in het opstellen van het advies: hij/zij heeft de uiteindelijke beslissingsbevoegdheid met betrekking tot de inhoud en stelt in de meeste gevallen ook de eerste versie van het advies op. De verslaglegging van vergaderingen en zittingen gebeurt in alle gevallen door een ambtelijk secretaris die geen deel uitmaakt van de commissie.

De overleggen van de commissies vinden zowel voorafgaand aan als na afloop van de hoorzittingen plaats. De commissies hanteren geen strakke volgorde of structuur tijdens de zittingen. Wel worden de onderwerpen die besproken moeten worden in grote lijnen vastgesteld in het vooroverleg. De volgorde van de vragen en wie deze vragen stelt, wordt over het algemeen niet besproken.

Aan de commissies wordt voorafgaand aan de zittingen schriftelijke informatie beschikbaar gesteld, zoals de geneeskundige verklaring, het behandelplan en de 'bopz-file'. De beschikbare informatie komt inhoudelijk niet geheel overeen met de informatie waarover de commissie beschikking zou moeten hebben volgens het wetsvoorstel, zo ontbreken de zorgkaart en het zorgplan. Ook heeft de commissie vaak geen informatie over de behandelgeschiedenis van de patiënt. Het doorbreken van de geheimhoudingsplicht zoals genoemd in de Memorie van toelichting is niet van kracht tijdens de pilotsituatie.

Wanneer de betrokkene niet in staat was zich naar de hoorzitting te begeven is hij/zij gehoord op zijn verblijfplaats. De commissies menen de setting zo informeel en laagdrempelig mogelijk te houden. Uit de reacties van geïnterviewde gehoorde blijkt dat dit ook zo bij hen overkomt en dat zij dit doorgaans positief waarderen. Daarmee komt de werkwijze van de commissies tegemoet aan de wensen uit de Memorie van toelichting.

Bij de door de commissies behandelde casussen duurden de hoorzittingen gemiddeld drie kwartier. De commissieleden ervaren 30 minuten echter als de optimale zittingstijd. De zittingen in de vier pilotregio's beginnen allemaal met een voorstelronde en een toelichting over het doel en de opzet van de zitting, gegeven door de voorzitter. In de meeste gevallen wordt vervolgens kort nagegaan of alle betrokkenen ter voorbereiding op de zitting dezelfde stukken ontvangen hebben. Daarna start het inhoudelijke deel van de zitting door een vraag aan de patiënt te stellen, die meestal van algemene aard is. De werkwijze die vervolgens gehanteerd wordt, verschilt enigszins per commissie wat betreft inbreng van de commissieleden, de wijze van vraagstelling, en de rol van de voorzitter en de psychiater.

De commissies hebben, conform het wetsvoorstel, de patiënt, de behandelaar, de advocaat en de patiëntenvertrouwenspersoon uitgenodigd voor de zitting. Behandelaar, advocaat en PVP waren in de meeste zittingen aanwezig (hoewel niet altijd de eigen behandelaar aanwezig was). Het uitnodigen van een familielid werd door de meeste commissies zelf gedaan, maar werd soms aan de patiënt of instelling overgelaten. Uiteindelijk is in één op de vijf commissiezittingen een familielid aanwezig geweest (doorgaans de moeder, broer of zus). De commissies hebben, conform het wetsvoorstel en de Memorie van toelichting, zoveel mogelijk getracht iedereen gezamenlijk te horen. Niet altijd kon iedereen op de hoorzitting aanwezig zijn. Een aantal maal zijn genodigden door de commissies achteraf apart gehoord. De meerwaarde van het gelijktijdig en gezamenlijk horen ligt volgens de Memorie van toelichting in de onderlinge interactie. Dit werd niet altijd bereikt: soms richten de genodigden zich voornamelijk op de commissie en minder op elkaar.

Het oordeel van direct betrokkenen bij de casus (behandelaar, advocaat, familie en patiënt) over het verloop en de opzet van de hoorzitting is wisselend. Ongeveer de helft van hen oordeelt positief en de andere helft heeft kritiek. Positieve punten die genoemd worden zijn dat er meer tijd is voor de patiënt om zijn/haar verhaal te vertellen en dat er meer ruimte is om informatie uit te wisselen tussen de betrokkenen. Kritische kanttekeningen die gemaakt worden zijn onder andere dat het verloop van de zitting soms rommelig was, het aantal betrokkenen te groot was en de duur van de zitting te lang was.

De commissies houden bij de totstandkoming van het advies rekening met de verschillende perspectieven, maar hierin vindt wel een weging plaats. In de praktijk blijkt er een spanningsveld te zijn tussen het oordeel vanuit het behandelersperspectief en het oordeel vanuit het patiëntperspectief. Tijdens het naverleg, het schrijven van het advies en de vaststelling van het advies lijkt het behandelersperspectief doorgaans zwaarder te wegen dan het patiëntperspectief. Dit betekent dat een deel van de adviezen zich grotendeels aansluit bij het oordeel van de behandelaar.

In tegenstelling tot wat de Memorie van toelichting vraagt wordt in geen van de pilotregio's een uitgebreid verslag van de zitting naar de rechter gestuurd. Dit leidt tot een verminderde transparantie van de besluitvorming van de commissies. De commissieleden besteden gemiddeld 5 uur aan de totstandkoming van het advies (inclusief hoorzitting). De verwachting is dat, met een toename van de routine, dit terug kan worden gebracht tot 4 uur per casus.

In de pilots is op dit moment nog geen werkwijze ontwikkeld die een basis biedt voor ontwikkeling van kwaliteitsbeleid van de commissies. Wel zijn werkwijzen en instrumenten ontwikkeld die een vertrekpunt kunnen vormen voor verdere ontwikkeling.

S2 Resultaten van de hoorzitting

Oordeel van betrokkenen

Gehoorden en commissieleden signaleren zowel positieve als negatieve resultaten van de commissiezittingen. Men is vooral positief over de hoeveelheid en het type informatie dat een dergelijke zitting oplevert: patiënten vertellen hun eigen verhaal, er is meer aandacht voor het standpunt van de familie, verschillende onderwerpen en levensdomeinen van de patiënt komen aan bod en er wordt naar de inhoud van de behandeling gekeken. Verder ontstaat er wederzijdse begrip en uitwisseling tussen patiënt en behandelaar.

Betrokkenen die negatieve resultaten van de hoorzittingen benoemen, geven vaak een tegengestelde mening: bepaalde perspectieven zijn onvoldoende voor het voetlicht gekomen, de commissie vraagt niet goed door en kijkt onvoldoende kritisch naar de inhoud van de behandeling. Anderen geven aan dat de commissie zich teveel richt op de inhoud van de behandeling en de patiënt (mede daardoor) teveel hoop geeft.

De uitgebrachte adviezen

Geen van adviezen die door de commissies tijdens de pilots zijn uitgebracht, voldoet aan de inhoudelijke eisen die door de nieuwe wet aan het advies gesteld worden. Redenen hiervoor zijn:

- In de hoorzittingen komen bepaalde aspecten waaraan in het advies aandacht besteed moet worden, summier of niet aan bod.

- De structuur van het adviesformat benoemt niet alle punten die volgens de nieuwe wet in het advies opgenomen moeten worden.
- De informatievoorziening aan de commissies is suboptimaal; vooral een (kwalitatief goed en up-to-date) zorgplan en de zorgkaart worden gemist maar ook de 'bredere kring' van betrokken personen en organisaties tijdens de hoorzitting.
- Onduidelijkheid bij commissieleden over wat deze aspecten precies inhouden en tot op welk detailniveau deze zouden moeten worden ingevuld (en een gebrek aan concrete voorbeelden).
- Een te grote nadruk op het A-deel tijdens de commissiezittingen en -overleggen
- Onduidelijkheid over wie de informatie moet aanleveren die benodigd is om de punten e t/m g uit artikel 6:1 inhoudelijk in te kunnen vullen.

Daarmee sluit de invulling van het advies niet aan bij de omvang van de adviestaak van de commissie.

Sommige aspecten worden niet expliciet beschreven in het advies. Zo wordt niet expliciet ingegaan op de vraag in hoeverre de behandelaar de voorkeuren van de patiënt honoreerbaar acht, zoals gevraagd wordt in de Memorie van toelichting. Verder beoordeelt de commissie bij ontslag niet altijd expliciet of de randvoorwaarden voor een succesvolle deelname aan het maatschappelijke leven voor betrokkene aanwezig zijn. Sommige aspecten worden wel expliciet beschreven, maar onvoldoende uitgediept of beargumenteerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor de alternatieven voor dwang. De argumentatie die aan de conclusie ten grondslag ligt, wordt niet expliciet gemaakt, waardoor geen sprake is van een stapsgewijze benadering van de zorg. Ook is de aandacht voor nazorg wisselend, zowel tussen commissies als binnen commissies. In alle gevallen is de beschreven nazorg niet volledig (bestrijkt niet alle levensdomeinen) en vaak ook niet uitgewerkt.

Hoewel de meeste commissies een zittingsverslag opmaken, is deze in de pilotsituaties niet meegestuurd naar de rechtbank. Daardoor is het voor de rechters niet mogelijk om kennis te nemen van de verschillende zienswijzen.

S3 Effecten: de rechterlijke uitspraken

In de pilotsituatie is het niet gekomen tot daadwerkelijke rechterlijke uitspraken op grond van de Wet Verplichte GGz. Er kunnen daarom geen conclusies worden getrokken over de inhoud van de rechterlijke uitspraken. Wel is aan de betrokken rechters en geneesheren-directeuren gevraagd wat de adviezen hen opleveren.

Drie van de vier geïnterviewde rechters vinden dat de adviezen die zij hebben ontvangen, meer dan wel andersoortige informatie bevatten dan zij zelf binnen een hoorzitting kunnen verzamelen (mits de patiënt goed zijn verhaal kan vertellen en alle betrokkenen aanwezig zijn). Eén rechter vindt dat de adviezen tot nu toe geen andere informatie hebben opgeleverd dan zij zelf binnen de hoorzitting zou kunnen verzamelen. De kwaliteit van de adviezen wordt als goed beoordeeld.

Om de zorgmachtiging inhoudelijk te kunnen invullen, heeft de rechter inhoudelijke input nodig over de gewenste 'zorg op maat'. De rechter is hiervoor in grote mate afhankelijk van de informatie die de commissie aanlevert omdat de rechter deze informatie - door haar positie als juridisch toetsers op de rechtmatigheid van dwang - niet zelf kan/moet/mag inwinnen. De rechters zeggen dat de adviezen op dit moment nog onvoldoende zijn uitgewerkt

om een zorgmachtiging te kunnen invullen.

De geneesheren-directeuren nemen de uitgebrachte adviezen mee in hun besluitvorming maar vinden de meerwaarde van de adviezen over dwangbehandeling of ontslag beperkt. In theorie kunnen de adviezen nuttige informatie bieden die tot op heden niet beschikbaar was, maar het is voor hen nog onduidelijk hoe vaak dat zal gebeuren en of dit dusdanig waardevol is dat het de inzet van een commissie rechtvaardigt. De adviezen worden door de geneesheren-directeuren niet als vernieuwend beschouwd wat betreft de door de commissies gevonden mogelijkheden voor minder ingrijpende vormen van zorg. Voor de patiënten signaleren zij een meerwaarde, namelijk dat er naar hen geluisterd wordt.

S4 Beoogde effecten van de pilots versus geconstateerde effecten

In de Memorie van toelichting wordt uiteengezet wat met de instelling van commissies wordt beoogd. Deze beoogde effecten hebben we afgezet tegen datgene wat we in de pilot-commissies hebben gezien.

Zuivere invulling van taken en rollen

Een van de beoogde effecten is dat de rollen van de huidige actoren met de nieuwe werkwijze beter tot hun recht komen dan met de huidige werkwijze. Het gaat dan met name om de dubbelrol van de behandelaar (behandelaar van betrokkene en verzoeker/plaatsvervanger van de vaak afwezige officier van justitie) de dubbelrol van de rechter als verzamelaar van (medische) informatie en juridisch toetsers (die ook een zwaardere belasting met zich meebrengt).

- Uit de pilots is duidelijk geworden dat de commissie de behandelaar uitsluitend hoort in de gedaante van betrokkene die verantwoordelijk is voor de behandeling van de betrokkene. De psychiater in de commissie vervult de rol van medisch adviseur, en het algemeen lid vervult de rol van behartiger van het patiëntenbelang. In de commissiezittingen is voor de behandelaar dus vrijwel geen sprake van een dubbelrol.
- De rechters verwachten al met al minder personen te hoeven horen dan wanneer zij niet over een advies zouden beschikken: veel informatie ligt al op tafel (bijvoorbeeld van familie). Wel is het daarbij belangrijk dat de adviezen altijd een beschrijving bevatten van de mening van betrokkenen die ter zitting gehoord zijn (dit is nu niet altijd opgenomen). De rechters willen tijdens een hoorzitting in elk geval wel de patiënt en de behandelaar horen alvorens zij een beslissing nemen. Verder blijkt uit het onderzoek dat de huidige adviezen voor de rechters onvoldoende compleet en uitgewerkt zijn om zonder meer de zorgmachtiging te kunnen invullen. Met de huidige adviezen is de rechter dus nog steeds genoodzaakt zelf medische informatie te verzamelen en te interpreteren.

Multidisciplinaire beoordeling

- Uit de pilots concluderen we dat de commissies zorgen voor deskundige inbreng buiten het behandelperspectief. De commissies brengen het ziektebeeld en de problematiek van de patiënt op genuanceerde wijze in kaart, waarbij zowel gebruik gemaakt wordt van schriftelijke informatie als van informatie uit de zitting.
- De vertaalslag die nodig is om tot een interpretatie van de zorgbehoefte te komen, wordt door de commissies echter nog onvoldoende gemaakt. De commissies zijn vanuit hun multidisciplinariteit nog niet gekomen tot een hoogwaardige advisering over de gewenste 'zorg

op maat'. De commissies hebben aangegeven nog geen duidelijk beeld te hebben van de wijze waarop het advies deze punten moet benoemen (en de mate van concreetheid). Ook hebben de commissies soms moeite om de multidisciplinariteit in de samenstelling te vertalen naar multidisciplinariteit in de hoorzittingen en uitgebrachte adviezen.

- Een ander beoogd effect is dat bij de besluitvorming over gedwongen zorg meer disciplines betrokken worden dan onder de huidige wetgeving. Er is in de pilots echter nog vrijwel geen externe expertise (zoals maatschappelijk werk, gedragsdeskundigen, etc.) betrokken door de commissies. Doorgaans zijn de leden van mening dat binnen de commissie voldoende expertise aanwezig was om een goed advies op te kunnen stellen.

Zorgbehoefte van patiënt centraal

- Beoogd is dat de zorgbehoefte van de patiënt met de nieuwe werkwijze meer dan bij de huidige werkwijze centraal wordt gesteld in de beslissing van de rechter. Concrete uitingen hiervan zoals genoemd in de Memorie van toelichting zijn met name een verbinding van de partijen (behandelaar en patiënt), het inzetten van lichtere en kortere vormen van de dwang en het inzetten van alternatieven voor dwang. Het begrip 'zorgbehoefte' is voor de commissies lastig in te vullen. Dat heeft deels te maken met onduidelijkheid over de inhoud van het begrip, en deels met de beschikbare informatie. Is de zorgbehoefte de behoefte van de patiënt, van de behandelaar of nog iets anders? Ook het ontbreken van de 'zorgkaart' heeft het verkrijgen van inzicht in de behoefte en wensen van de patiënt bemoeilijkt.
- In een deel van de uitgebrachte adviezen wordt benoemd of alternatieven voor dwang beschikbaar zijn. Doorgaans worden deze niet beschikbaar geacht door de commissie. Echter, door het ontbreken van argumentatie of toelichting is onduidelijk hoe de commissie tot haar oordeel gekomen is.
- De aard van de dwang die door de commissies geadviseerd is, is in een aantal gevallen waarschijnlijk minder ingrijpend voor de patiënt dan de dwang die binnen het huidige regime geadviseerd zou worden. Omdat de zorg niet geëffectueerd is, kan dit echter niet getoetst worden.
- Een belangrijke meerwaarde van de commissies in het centraal stellen van de zorgbehoefte is dat concreter over zorgvraag wordt gediscussieerd en veel minder over het wegnemen van gevaar. Daardoor krijgen dwang en behandeling een andere, bredere functie, ook voor de patiënt. In de commissies is regelmatig aan de orde geweest dat het gesprek, zoals dat tijdens de hoorzitting is gevoerd, al in de kliniek plaats had moeten vinden. Dat neemt niet weg dat de patiënt zijn verhaal kan doen tegen een onafhankelijke derde en dat dit ertoe kan leiden dat tijdens de commissiezitting nieuwe informatie boven tafel komt. Deze informatie kan de behandelrelatie en de behandeling verbeteren.

Verbeterde positie van patiënt en familie

Een beoogd effect van de commissies is dat de positie van de patiënt en de naastbetrokkenen/familie verstrekt wordt ten opzichte van de huidige situatie.

- We concluderen dat een zitting van de commissie leidt tot een versterking van de positie van de patiënt ten opzichte van een Bopz-zitting. De commissie geeft de patiënt meer ruimte om zijn verhaal te vertellen. Patiënten voelen zich over het algemeen beter gehoord omdat hun wensen door de commissie worden bevraagd. Of de positie van de patiënt ook in de uiteindelijke beslissing van de rechter verbetert, is nu nog niet te zeggen.
- Familie is tot op heden in één vijfde van de zittingen betrokken. In de overige zittingen is het perspectief van de familie niet aan bod gekomen. Familieleden die aanwezig zijn

geweest bij een hoorzitting van de commissie, vinden dat zij meer gelegenheid krijgen om hun verhaal te doen dan in een rechterlijke hoorzitting en dat zij uitgebreider worden bevraagd. Zij ervaren dit als een versterking van hun positie.

Doorlooptijd adviesvorming en tijdsbesteding commissieleden

- De doorlooptijd voor een zorgmachtiging wordt in de nieuwe werkwijze naar verwachting langer dan de doorlooptijd in de huidige bopz: met de commissies wordt een extra stap gecreëerd. De doorlooptijden die de commissies in de praktijk laten zien, verhouden zich redelijk met de huidige doorlooptijden binnen de Wet bopz te weten ongeveer 2 tot 4 weken voor oplevering van het advies. Volgens het wetsvoorstel moet de commissie binnen 4 weken na ontvangst van een verzoek een advies geven; deze termijn is door de pilotcommissies gehaald.
- Uit de pilots is gebleken dat een commissielid gemiddeld 5 uur besteedt aan de totstandkoming van een advies (inclusief voorbereiding en hoorzitting). De verwachting van de commissieleden is dat dit met toename van de routine 4 uur zou kunnen worden¹. De totale belasting van commissieleden van een casus is dan 12 uur. Onduidelijk is hoeveel verzoeken een commissie zal gaan krijgen. Op basis van het huidige aantal machtigingen hebben wij een schatting gemaakt, die uitkomt op ongeveer 11.000 hoorzittingen per jaar (zie bijlage 3). Echter verschillende mechanismen zullen de werklast van de commissies beïnvloeden, zoals een lagere drempel voor een adviesaanvraag en daardoor een aanzuigende werking, afname van het aantal beslissingsmomenten per patiënt per jaar, meer zelfbindingsverklaringen etc.

S5 Slotbeschouwing

Om de resultaten van de pilots goed te kunnen beoordelen is het van belang de context waarbinnen deze pilots plaatsvonden te beschouwen. Twee aspecten spelen hierin een belangrijke rol:

- De pilots vonden plaats binnen het kader van de huidige Wet bopz. Dit heeft de mogelijkheden voor zaken als het verkrijgen van medewerking, het uitnodigen van betrokkenen, het verkrijgen van informatie, het opstellen van een advies, het doen van een rechterlijke uitspraak en het opstellen een zorgmachtiging, vertraagd en beperkt. Experimenteren binnen het huidige wettelijke kader was niet te vermijden, maar wel verwarrend aangezien een adviesdeel opgesteld moest worden voor de Bopz-rechtszaak terwijl in veel gevallen de rechter deze niet heeft meegenomen. In sommige commissies lag de nadruk zo zwaar op dit deel en het adviseren van de rechter in de huidige situatie, dat men er niet toe gekomen is vrij te experimenteren in de geest van de nieuwe wet.
- De commissies zijn als nieuw gremium van start gegaan. De taakverdeling, procedures en samenwerking hebben de commissies in deze periode moeten ontwikkelen. Bij aanvang van de pilots was verder geen 'instrumentarium' beschikbaar. Formats en indelingen zijn in de loop van de periode ontwikkeld. Een deel van de, in de wet Verplichte GGz voorziene informatie is niet of nauwelijks beschikbaar gekomen, zoals een zorgkaart of een zorgplan.

¹ Wellicht kan deze gemiddelde tijd door efficiënte gegevensverzameling en -aanlevering, gebruik van formats en de combinatie van ingewikkelde en minder ingewikkelde casussen op den duur lager uitkomen.

Deze factoren leiden er mede toe dat, een aantal aspecten (nog) ontwikkeld of geregeld moet worden wanneer de wet in de voorgestelde vorm in werking zal treden, bijvoorbeeld met betrekking tot de werkwijze van de commissies en de inhoud van de zorgmachtiging.

Ontwikkelingen werkwijze commissies

Het is belangrijk om voorafgaand aan een bredere implementatie van de commissies te zorgen voor een uniform referentiekader onder commissieleden, onder meer door gemeenschappelijke scholing. Begrippen moeten worden gedefinieerd. Op dit moment acteert iedereen vanuit zijn eigen ervaringskader zonder dat precies duidelijk is of dit volledig/compleet/waarheidsgetrouw is.

Commissies vinden het tot nu toe lastig de zorgmachtiging inhoudelijk in te vullen en ervaren het risico dat, door een te globale invulling, behandelingen en medicijnen teveel zonder duidelijk kader kunnen worden toegepast. Er dienen bouwstenen te worden aangeleverd om dwang vorm te geven. Vraag is onder andere op welk detailniveau en tot hoever in de toekomst.

De commissies lijken moeite te hebben de verschillende taken te onderscheiden en af te bakenen. Zo is in de hoorzittingen veel tijd besteed aan de diagnose en het gevaar, terwijl het opstellen van een advies over het al of niet afgeven van een zorgmachtiging een belangrijk(er) aspect van de taak van de commissies is. De rechter moet blijven toetsen op het risico van schade.

De commissie zal een goede balans moeten vinden tussen de verschillende perspectieven, zonder het gevoel te hebben een kant te (moeten) kiezen. Dat is echter enigszins in strijd met de impliciete 'opdracht' van de nieuwe wet, namelijk om de wensen van de patiënt meer centraal te stellen.

Beslissing rechter

De nieuwe werkwijze brengt naar verwachting een verzwaring van de taak van de rechter met zich mee omdat deze een inhoudelijke uitspraak moet doen over de vorm en inhoud van de zorgmachtiging.

Rechters worstelen met de rol om de zorgmachtiging inhoudelijk in te vullen en zien dit niet primair als hun taak. De rechters kunnen naar eigen zeggen geen oordeel vellen over hoe de behandeling eruit zou moeten zien. Ze beperken zich tot de toets of iemand van zijn vrijheid beroofd mag worden, behalve bij de voorwaardelijke machtiging. Als rechters dit in de toekomst wel steeds tot hun taak moeten gaan rekenen, dan zullen ze toch enigszins ingevoerd moeten zijn in het zorgcircuit en in de mogelijkheden die er zijn voor behandeling.

Zorgmachtiging

Er is bij de betrokkenen in de pilots onduidelijkheid over de precieze status en houdbaarheidsdatum van de zorgmachtiging, ook in relatie tot de mate waarin behandelaar (en patiënt) geneigd is tot navolging. De controlefunctie, de wettelijke status van wat in de zorgmachtiging is vastgelegd en de juridische afdwingbaarheid daarvan zijn nog onduidelijk.

1 Inleiding

Eind 2008 zijn vier commissies ingesteld die, vooruitlopend op de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wet verplichte GGz), rechters en geneesheren-directeuren adviseren over verplichte geestelijk gezondheidszorg. Deze commissies Verplichte GGz zijn als het ware experimenten die gedurende het wetgevingstraject, binnen het huidige kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz), uitgevoerd worden om de optimale vorm en werkwijze van de commissie vast te kunnen stellen. In dit eerste hoofdstuk beschrijven we de aanleiding voor het instellen van de commissies en de vraagstelling van het onderzoek.

1.1 Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg

Derde evaluatie Wet bopz

Het instellen van regionale commissies Verplichte GGz is een uitvloeisel van de derde evaluatie van de Wet bopz. De evaluatiecommissie van deze derde evaluatie kreeg de opdracht te beoordelen of de Wet bopz, na diverse aanpassingen en verbeterde voorlichting, functioneert zoals beoogd en welke veranderingen eventueel noodzakelijk zijn. De conclusie van de evaluatiecommissie was dat de Wet bopz op hoofdlijnen beantwoordt aan de oorspronkelijke doelstellingen en in de praktijk redelijk goed functioneert, ondanks de vele aanpassingen. Tegelijkertijd concludeert de evaluatiecommissie dat de Wet bopz niet bestand is tegen verder ingrijpende wijzigingen en daarom niet in alle opzichten toekomstbestendig is¹.

De evaluatiecommissie adviseert te komen tot een nieuwe wettelijke regeling ter vervanging van de Wet bopz, waarin de belangrijkste bezwaren tegen en knelpunten in de Wet bopz ondervangen kunnen worden. Ook bij het kabinet bestaat de wens te komen tot een nieuwe toekomstbestendige regeling die niet zozeer als een opnamewet maar meer als een behandel- dan wel zorgwet gekarakteriseerd kan worden². De evaluatiecommissie heeft de contouren van een nieuwe regeling geschetst, waarbij een multidisciplinair samengestelde commissie en één rechterlijke machtiging is geïntroduceerd.

Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg

Een en ander heeft geresulteerd in een voorstel voor een nieuwe wet: de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg³. Centraal uitgangspunt in dit wetsvoorstel is dat passende (verplichte) zorg aan de patiënt wordt geboden, waar deze zich ook bevindt. Daarbij wordt een (regionale) commissie ingesteld die tot taak heeft: 1) de rechter te adviseren over en te verzoeken tot de afgifte van een zorgmachtiging, 2) de geneesheer-directeur (directeur zorgkwaliteit) te adviseren over de beëindiging van verplichte zorg, 3) andere autoriteiten en instellingen die betrokken zijn bij de uitvoering van deze wet op verzoek of uit eigen beweging te adviseren over zorg en verplichte zorg en 4) de samenwerking te bevorderen

¹ Evaluatierapport: Voortschrijdende inzichten. Derde evaluatiecommissie van de Wet bopz. April 2007.

² Kabinetsstandpunt eindrapport derde evaluatiecommissie Wet bopz. Juni 2008.

³ Wetsvoorstel verplichte GGz. 29 oktober 2008.

met zorgaanbieders en andere autoriteiten en instellingen die betrokken zijn bij het verlenen van zorg en verplichte zorg. In de Memorie van toelichting op het wetsvoorstel¹ wordt de kern van de nieuwe wet als volgt geformuleerd:

Memorie van toelichting

De kern van het wetsvoorstel wordt gevormd door een persoonsvolgende regeling voor een persoon die als gevolg van zijn psychische stoornis een aanzienlijk risico op ernstige schade voor zichzelf of anderen veroorzaakt, waarbij de rechter een zorgmachtiging kan verlenen die legitimeert tot verschillende vormen van verplichte zorg om dit risico weg te nemen. Daarbij kan worden gedacht aan allerlei interventies op het terrein van de zorg, variërend van verzorging, bejegening, behandeling, inclusief opname, begeleiding of beveiliging. De commissie zal op het punt van verplichte zorg de rechter adviseren en als verzoeker optreden. Ook zal de commissie als adviseur optreden waar het gaat om beëindiging van verplichte zorg. Ter vervanging van de inbewaringstellingsprocedure wordt een crisismaatregel geïntroduceerd voor die gevallen waarin de procedure voor een zorgmachtiging niet kan worden afgewacht.

De voorgestane commissies bestaan uit ten minste drie leden en kennen een multidisciplinaire samenstelling: een jurist, een psychiater, een algemeen lid en in het geval van specifieke of meervoudige problematiek een ter zake deskundige zoals een verslavingsdeskundige, een arts voor verstandelijk gehandicapten, een geriater of een orthopedagoog.

Verwachte effecten commissies

Memorie van toelichting

Over de verwachte effecten van het instellen van commissies vermeldt de Memorie van toelichting dat de commissie een belangrijke bijdrage kan leveren aan de versterking van de positie van betrokkene. Deze commissie zal met de voorgestane multidisciplinaire samenstelling (...) op een effectieve en kwalitatief hoogwaardige wijze kunnen adviseren over de gewenste "zorg op maat". Op deze wijze is er ruimte om alle facetten van de psychische, vaak meervoudige, problematiek te belichten, zonder dat de betrokkene zich "veroordeeld" voelt tot de behandelaar en vice versa.

Doordat de commissie de patiënt, advocaat, patiëntvertrouwenspersoon (PVP), familie, naasten en behandelaar de ruimte biedt om hun zienswijze in te brengen, kan er een evenwichtig advies aan de rechter worden voorgelegd dat rekening houdt met de verschillende perspectieven. De commissie kan daarmee, zo is de verwachting, een belangrijke bijdrage leveren aan de versterking van de positie van de patiënt. Ook kan de commissie meer draagvlak creëren voor de beslissing die uiteindelijk genomen wordt. Ten slotte leidt de concentratie van taken bij de commissie tot een meer zuivere uitvoering van de rol van de overige betrokken actoren, en tot een betere voorbereiding en uitvoering van de gedwongen zorg dan thans het geval is, zo wordt uiteengezet in de Memorie van toelichting.

¹ Memorie van toelichting Wetsvoorstel verplichte GGz. 29 oktober 2008.

1.2 Monitoring van de pilotprojecten

Parallel aan de totstandkoming van het wetsvoorstel is gestart met de voorbereiding van een viertal pilotprojecten waarin met de vorm en werkwijze van de commissies wordt geëxperimenteerd. De ervaringen die hierbij worden opgedaan kunnen van belang zijn voor de uiteindelijke wetstekst en voor implementatie van de wet. Om deze ervaringen optimaal te benutten zijn de vier commissies door Research voor Beleid gevolgd en geëvalueerd.

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is de behaalde resultaten en effecten van de pilotcommissies af te zetten tegen de huidige situatie én tegen de beoogde resultaten en effecten van de commissies.

De twee subdoelstellingen van het onderzoek zijn als volgt geformuleerd:

- 1 Het schetsen van de huidige advisering van de rechter in Wet-bopz-zaken in de pilotregio's (nulmeting)
- 2 Het afzetten van de resultaten van de pilotprojecten waarin commissies hebben gefunctioneerd, tegen de beoogde resultaten en effecten en tegen de resultaten van de nulmeting.

Door het afzetten van de uitkomsten van de evaluatie tegen de resultaten van de nulmeting, wordt inzicht verkregen in de (relatieve) effecten van een gewijzigde advisering van de rechter.

Onderzoeksvragen en -kader

In deze monitoring en evaluatie wordt gekeken naar de uitvoering van de pilots; hoe zijn de commissies samengesteld, hoe werken ze, hoe zijn taken toebedeeld, etc. Vervolgens worden de resultaten geanalyseerd en vergeleken met de beoogde resultaten. Nagegaan wordt, voor zover mogelijk, of in de uitgebrachte adviezen de zorgbehoefte van de cliënt centraal staat, of de perspectieven van de verschillende actoren (verschillende disciplines, familie/naasten) in het advies vertegenwoordigd zijn, of sprake is van evenwichtige adviezen (gelijkmatige inbreng) en welke rol de commissie speelt in de beoordeling van de uitvoering van de verleende machtiging en het ontslag uit de klinische voorziening (voor zover dit in de pilot wordt beproefd). Ten slotte worden de effecten van de commissies in de pilots in kaart gebracht door bijvoorbeeld te onderzoeken in hoeverre het perspectief van de verschillende actoren tot zijn recht komt en of de rechter door de werkzaamheden van de commissie naar verwachting ontlast wordt in de voorbereiding van zijn uitspraak. Bovenstaande onderwerpen vormen de kern van het onderzoek en zijn uitgewerkt in een model en een analysekader (zie bijlage 1).

Parallel aan de monitoring van de pilots heeft het onderzoeksteam begin 2009 in dezelfde regio's de huidige werkwijze en inbreng van rechter en betrokkenen in bopz-zaken in kaart gebracht. Een samenvatting van deze zogenaamde nulmeting is opgenomen in bijlage 2.

In de periode maart - mei 2009 heeft een eerste inventarisatie plaatsgevonden van de vorm en werkwijze van de commissies. Over deze resultaten is tussentijds gerapporteerd.

Onder andere op basis van de huidige praktijk en de monitoring en evaluatie van de pilots worden conclusies getrokken over de mate waarin de commissies - naar verwachting - tegemoetkomen aan de gesignaleerde bezwaren van het huidige systeem en daarmee een meerwaarde bieden ten opzichte van de huidige werkwijze.

Onderzoeksactiviteiten

Om de procesgang in de vier pilotcommissies in kaart te brengen, hebben tot medio november 2009 de volgende onderzoeksactiviteiten plaatsgevonden:

- Met alle commissieleden is op twee momenten gedurende de looptijd in een face-to-face of telefonisch interview gesproken over de werkwijze van de commissie en de eigen ervaringen met deze werkwijze.
- Ter observatie van de werkwijze in de praktijk is in iedere regio minimaal één commissiezitting bijgewoond (in Rotterdam en Amsterdam zijn drie zittingen bijgewoond, in Utrecht twee en in Groningen één).
- Op basis van vooraf door het onderzoeksteam vastgestelde selectiecriteria is een deel van de casussen geselecteerd om met ongeveer drie betrokkenen die door de commissie gehoord zijn te spreken over hun ervaringen met de werkwijze van de commissie. Het is niet bij iedere casus gelukt drie betrokkenen te bereiken (bijvoorbeeld door activiteiten van de patiënt buiten de kliniek of vakantie of ziekte van behandelaren, waardoor ook de toegang tot de patiënt niet mogelijk was).
- In regio's waar een geneesheer-directeur of pilotrechter meerdere adviezen had ontvangen is voor de 2-meting een interview gehouden met één geneesheer-directeur en één pilotrechter waarbij we met name hebben gesproken over de kwaliteit en bruikbaarheid van de adviezen. Uiteindelijk hebben we vier (pilot)rechters en twee geneesheren-directeuren gesproken die hun oordeel hebben gegeven.
- Aan alle commissieleden is door de projectcoördinator van Ernst & Young na afloop van iedere zitting een evaluatieformulier overhandigd met daarop vragen over zaken als tijdsbelasting, knelpunten in de werkwijze en de mate waarin zij zich in het advies kunnen vinden. Alle geretourneerde formulieren zijn geanalyseerd.
- Aan alle ontvangers van de uitgebrachte adviezen (pilotrechter of geneesheer-directeur en de behandelaar) is eveneens een evaluatieformulier toegestuurd (bij het advies gevoegd) waarin onder meer gevraagd werd een oordeel te geven over de bruikbaarheid en de meerwaarde van het advies. Alle geretourneerde formulieren zijn geanalyseerd.
- Alle adviezen die tot half oktober officieel zijn vastgesteld door de commissies en naar ons zijn verzonden, zijn door het onderzoeksteam bestudeerd. Van Groningen zijn tevens enkele 'nakomende' adviezen bestudeerd.

Tabel 1.1 geeft een overzicht van de genoemde bronnen en activiteiten.

Tabel 1.1 Overzicht bronnen

Geraadpleegde "bronnen"	Aantal in onderzoek
Interviews commissieleden	15
Evaluatieformulieren van commissieleden	118
Observaties commissiezittingen	9
Aantal geselecteerde casussen	20
Interviews gehoord ¹	31
Analyse uitgebrachte adviezen ²	55
Interviews geadviseerden ((pilot)rechters en GD-en ³)	6
Evaluatieformulieren van geadviseerden	31

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van dit rapport beschrijven we de inrichting en de procesgang van de pilot-commissies. Vervolgens komen in hoofdstuk 3 de resultaten van de pilotcommissies aan de orde. In hoofdstuk 4 gaan we in op de beoogde effecten van de commissies en de geconstateerde effecten in de pilotsituatie.

¹ Alle patiënten zijn door de projectcoördinatoren van Ernst & Young, na de zitting, gevraagd naar hun ervaringen. De gehoord die door Research voor Beleid zijn geïnterviewd, zijn vijf patiënten, negen advocaten, vier PVP'en, elf behandelaren, twee familieleden. Twee patiënten en een familielid wilden niet meewerken aan het onderzoek. Een van de geïnterviewde PVP'en is betrokken geweest bij drie casussen in verschillende regio's.

² Een overzicht van de psychiatrische casuïstiek die door de commissies behandeld is, is (voor zover bekend bij het onderzoeksteam), opgenomen in bijlage 4.

³ Getracht is de betrokken geneesheren-directeuren te interviewen die minimaal 2 adviezen hebben ontvangen.

2 Inrichting en procesgang pilotcommissies

2.1 Samenstelling, achtergrond en taakverdeling

Wet Verplichte GGz

De Wet Verplichte GGz geeft geen beschrijving van de samenstelling van de commissie.

Memorie van toelichting

De voorgestane samenstelling van de commissie bestaat uit een jurist, een psychiater, een algemeen lid, en in het geval van specifieke of meervoudige problematiek een terzake deskundige zoals een verslavingsdeskundige, een arts voor verstandelijk gehandicapten, een geriater of een orthopedagoog.

De Memorie van toelichting stelt dat voor het algemeen lid geldt dat het hier om een persoon gaat die niet zozeer medisch inhoudelijk of juridisch maar meer vanuit een maatschappelijk perspectief naar de situatie van betrokkene kan kijken. Gedacht wordt aan een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, iemand met de expertise van een patiëntvertrouwenspersoon, een ervaringsdeskundige of een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie.

Resultaten pilotcommissies

De achtergronden van de commissieleden vallen in de categorieën beschreven in de Memorie van toelichting. De commissies bestaan uit een jurist, een psychiater en één of twee algemene leden (derde en vierde lid). De algemene leden vertolken doorgaans het familie- en/of patiëntperspectief.

2.1.1 Samenstelling commissies en achtergrond commissieleden

De commissies in Rotterdam en Amsterdam bestaan uit drie leden. De Amsterdamse commissie heeft daarnaast een "toegevoegd lid" met een specifieke inhoudelijke (psychiatrische) expertise. De commissies in Utrecht en Groningen bestaan uit vier leden, waarbij het derde en het vierde lid het maatschappelijk perspectief (patiënt- en familieperspectief) vertegenwoordigen.

Alle juristen, behalve van de commissie in Amsterdam, hebben vanuit hun vorige functie(s) ervaring opgedaan in de psychiatrie en/of met de Wet Bopz. De psychiaters zijn allen sinds langere tijd werkzaam als behandelaar in de psychiatrie en hebben daarnaast in sommige gevallen nevenfuncties (vervuld) zoals lid van een klachtencommissie of vervangend geneesheer-directeur. Drie van de algemene leden zijn werkzaam (geweest) in de psychiatrie, bijvoorbeeld als ambulant begeleider of als psychiatrisch verpleegkundige. De algemene commissieleden van Utrecht en het vierde algemene lid van de commissie uit Groningen hebben geen werkervaring in of opleiding gerelateerd aan de psychiatrie, maar zijn ervaringsdeskundigen.

De commissies in Groningen, Amsterdam en Rotterdam zijn sinds de start van de pilot ongewijzigd gebleven. In Groningen is een psychiater bij de commissie betrokken die de eerst aangestelde commissiepsychiater vervangt, indien het een casus betreft uit de instelling waaraan de commissiepsychiater verbonden is. De commissie in Utrecht heeft een wisseling van de psychiater en een wisseling van de voorzitter gehad.

2.1.2 Taakverdeling en werkwijze

Taakverdeling

In alle commissies vervulde de jurist de functie van voorzitter, echter in Amsterdam heeft een taakwisseling plaatsgevonden en is het voorzitterschap overgenomen door het algemeen lid. De voorzitter heeft in de vier commissies een belangrijke taak in het opstellen van het advies: hij/zij heeft de uiteindelijke beslissingsbevoegdheid met betrekking tot de inhoud en stelt in de meeste gevallen ook de eerste versie van het advies op (soms samen met de ambtelijk secretaris). In de Amsterdamse commissie stellen de psychiater en het toegevoegd lid beurtelings het conceptadvies op (samen met de ambtelijk secretaris). In de andere commissies geven de psychiater en de algemene leden alleen correcties en aanvullingen op de conceptversie van het advies.

De verslaglegging van vergaderingen en zittingen gebeurt in alle gevallen door een ambtelijk secretaris die geen deel uitmaakt van de commissie. Aanvankelijk waren de commissieleden taken toebedeeld die later veelal door de ambtelijk secretaris zijn overgenomen, zoals het uitnodigen van de te horen personen, onderhouden van contacten met instellingen, regelen van een zittingszaal en verzorgen van de koffie. In Utrecht is hiervoor na enige tijd een 'logistiek secretaris' ingezet.

Overlegmomenten

Alle commissie-overleggen vinden zowel voorafgaand aan als na afloop van de hoorzittingen plaats.

In het vooroverleg wordt de hoorzitting voorbereid. De inhoudelijke voorbereiding op de zittingen verloopt in alle commissies op ongeveer dezelfde wijze: de relevante stukken worden op eigen gelegenheid doorgenomen en tijdens het vooroverleg wordt hier nader op ingegaan. Uitzondering hierop vormt de commissie in Utrecht. De ambtelijk secretaris maakt daar op basis van de stukken een voorblad dat als samenvatting dient en dit vormt voor de leden de belangrijkste input in het vooroverleg.

Het naoverleg dient bij alle commissies om de informatie die ter zitting naar voren is gekomen, te duiden en om beslissingen over de gewenste inhoud van het advies te nemen. In elk geval wordt besloten of het advies positief of negatief zal zijn ten aanzien van de gevraagde machtiging of dwang, en wat de belangrijkste elementen in het advies zullen zijn. Alle commissies, behalve de Rotterdamse, houden daarnaast reguliere vergaderingen waarin procedures, werkwijze en achtergronden bij de nieuwe wet besproken worden. Wanneer er casussen zijn, vinden deze vergaderingen aansluitend aan het naoverleg plaats. Als er geen casussen zijn, komen de commissieleden samen of wordt per e-mail overleg gevoerd.

Werkwijze

De vier commissies hanteren geen strakke taakverdeling tijdens de zittingen. Wel worden de onderwerpen die besproken moeten worden, grofweg vastgesteld in het vooroverleg. De volgorde van de vragen en wie deze vragen stelt wordt over het algemeen niet besproken. In Amsterdam, worden bepaalde vragen wel "toebedeeld" aan een commissielid om in de gaten te houden dat deze informatie boven tafel komt.

Alle commissies gaan uit van de afspraak dat de voorzitter de zitting opent door iedereen welkom te heten, het doel en de opzet van de zitting toe te lichten en een voorstelronde te doen. Tevens stelt de voorzitter de eerste vragen; vaak hebben deze betrekking op de voorgeschiedenis en situatie van de patiënt. Na deze eerste vragen neemt een ander commissielid het bevragen over en/of kunnen commissieleden naar eigen inzicht vragen stellen.

2.2 Beschikbare schriftelijke informatie

Wetsvoorstel Verplichte GGz

De zorgverantwoordelijke verstrekt de zorgkaart en het zorgplan aan de commissie; daarnaast is de commissie bevoegd inlichtingen te vorderen van gegevens en bescheiden voor zover dat redelijkerwijs voor de vulling van haar taak noodzakelijk is. De commissie vraagt de medische verklaring aan. Een ieder is verplicht aan de commissie binnen de door haar gestelde redelijke termijn alle medewerking te verlenen die zij redelijkerwijs kan vorderen bij de uitvoering van haar taken en bevoegdheden. Degene die tot geheimhouding is verplicht, kan zonder toestemming van degene die het betreft, aan de commissies inlichtingen verstrekken.

Memorie van toelichting

Er is een voorziening getroffen voor het doorbreken van de geheimhoudingsplicht als betrokkene geen toestemming geeft voor het verstrekken van gegevens. Hieronder valt ook het medisch beroepsgeheim van de arts.

Resultaten pilotcommissies

Aan de commissies is met toestemming van de patiënt schriftelijke informatie beschikbaar gesteld. Deze informatie komt inhoudelijk niet geheel overeen met de informatie waarover de commissie beschikking zou moeten hebben volgens het wetsvoorstel. Het doorbreken van de geheimhoudingsplicht zoals genoemd in de Memorie van toelichting is niet van kracht tijdens de pilot-situatie.

Doorgaans kunnen de pilotcommissies beschikken over de zogenaamde 'bopz-file', het behandelplan, de officiële correspondentie richting OM of van de rechtbank en soms ook de decursus of maandrapportages over de situatie van de patiënt. Ook zijn soms ontslagbrieven of berichten aan de huisarts vanuit vorige opname beschikbaar. Informatie over eerder afgegeven machtigingen en de inzet van middelen en maatregelen (inclusief evaluatierapportages) is niet altijd aanwezig, evenals informatie over de voorgeschiedenis van de patiënt (bijvoorbeeld rapportages van ambulante behandelingen). Commissies beschikken nooit over 'externe' bronnen zoals rapportages van politie, ambulante hulpverlening of maatschappelijk werk. Een zorgkaart wordt nagenoeg nooit opgesteld en de informatie in het zorgplan (behandelplan) is niet altijd bruikbaar voor de commissieleden.

Het niet beschikbaar zijn van vereiste en benodigde informatie kan deels verklaard worden door de pilotsituatie. Zo wordt de geneeskundige verklaring niet door de commissies aangevraagd maar deze wordt aangeleverd via het bopz-traject. Andere stukken, zoals het zorgplan en de zorgkaart, bestaan op dit moment nog niet. Het behandelplan dient nu als "zorgplan", echter de minimale eisen die de Wet Bopz stelt aan de inhoud van het behandelplan komen niet overeen met de beschrijving van het zorgplan in de nieuwe wet. Verder is informatie van externe bronnen niet altijd beschikbaar gesteld.

2.3 Opzet en verloop van de hoorzitting

2.3.1 Setting, duur en procedure

Wetsvoorstel Verplichte GGz

Artikel 5:13, derde lid: Indien de betrokken niet in staat is zich naar de hoorzitting te begeven en in Nederland verblijft wordt hij gehoord op zijn verblijfplaats. Indien de betrokkene niet in Nederland verblijft, wordt de behandeling van het verzoek en de hoorzitting aangehouden totdat betrokkene in Nederland gehoord kan worden.

Memorie van toelichting

Er wordt voorgesteld dat de zitting een zo informeel mogelijk karakter moet hebben, zodat betrokken partijen zich naar omstandigheden vrij en vertrouwd voelen en zonder schroom hun visie kunnen verwoorden in deze vaak emotioneel geladen situatie.

Resultaten pilotcommissies

De commissies volgen hetgeen beschreven is in het wetsvoorstel.

In Rotterdam heeft het merendeel van de zittingen in dezelfde psychiatrische instelling plaatsgevonden, in een vergaderzaal met tribunaalopstelling. In Utrecht vinden de zittingen in principe plaats ten kantore van Platform GGz in een kleine afgesloten ruimte, waar gekozen is voor een vergaderopstelling (vierkant). Wanneer de zitting daar niet plaatsvindt, wordt een andere opstelling gezocht. Enkele malen is gekozen voor een kringopstelling zonder tafels. In Groningen vinden de zittingen bij de instellingen plaats. De commissieleden nemen naast elkaar plaats, aan de overzijde van de tafel zitten de behandelaars en de patiënt en zijn ondersteuners. Andere genodigden worden tussen behandelaar en patiënt geplaatst. In Amsterdam vinden de zittingen in principe plaats in het gebouw van de GGD. De commissieleden nemen aan twee zijden grenzend aan dezelfde hoek van een vierkante tafel plaats om een tribunaalopstelling te voorkomen. De zittingen hebben echter ook vaak op een andere locatie plaatsgevonden (bij patiënt thuis of in instelling). Als patiënten geen vrijheden hebben, vinden de zittingen altijd binnen een instelling plaats.

De commissies hebben aangegeven de setting zo informeel mogelijk te houden. Uit de reacties van geïnterviewde gehoorde blijkt dat dit ook zo bij hen overkomt. Daarmee komt de werkwijze van de commissies tegemoet aan de wensen uit de Memorie van toelichting. Gehoorde die de werkwijze van meerdere commissies hebben meegemaakt merken hierin wel nuanceverschillen. Over het algemeen is het de ervaring dat de setting verschilt van die van een zitting bij de rechter: er wordt meer een gesprek met elkaar aangegaan. De patiënten geven aan dat het verschil in opzet van de hoorzitting (adviesvorming in plaats van oordeelsvorming) bijdraagt aan het kunnen verwoorden van het eigen verhaal.

In bijna alle commissies duren de zittingen gemiddeld drie kwartier met af en toe uitschieters naar boven. In Rotterdam duren de zittingen iets minder lang: gemiddeld 30 minuten. Ook de andere regio's ervaren 30 minuten als de optimale zittingstijd. De uitschieters in tijd werden mogelijk veroorzaakt door de aanwezigheid van veel genodigden: de commissie in Rotterdam bestaat uit drie leden en 'extra' betrokkenen zoals familie en andere behandelaars waren nauwelijks aanwezig. Daardoor had de commissie meestal niet meer dan 30 minuten nodig.

Aanwezigheid van de commissieleden

In de Rotterdamse commissie waren alle leden bij alle zittingen aanwezig. In Utrecht en Amsterdam waren alle leden bij alle zittingen aanwezig, op één maal na. In Utrecht ontbrak één van de algemeen leden (patiëntperspectief).¹ In Amsterdam ontbrak eenmaal de psychiater, zijn taak werd toe overgenomen door de verslavingsdeskundige.² In Groningen was een algemeen lid (klinisch verpleegkundige) bij twee van de vier tot nu toe gehouden zittingen niet aanwezig.

2.3.2 Verloop van de hoorzitting in het kort

Het onderzoeksteam heeft verscheidene hoorzittingen van de pilotcommissies bijgewoond. In Rotterdam zijn in totaal drie zittingen bijgewoond, in Utrecht twee zittingen, in Amsterdam drie zittingen en in Groningen één zitting.

Voordat de hoorzitting officieel begint, vindt in sommige gevallen al een gesprek plaats tussen de commissie en één of meer van de ter zitting gehoorde. Dit komt doordat een deel van de gehoorde soms al binnen wordt gelaten terwijl de overige betrokkenen nog niet ter plaatse zijn. Soms komen in deze gesprekken ook inhoudelijke aspecten aan bod. Het is onduidelijk of en zo ja in welke mate deze meewegen in de adviesvorming.

De zittingen in de vier pilotregio's beginnen allemaal met een voorstelronde en een toelichting over het doel en de opzet van de zitting, gegeven door de voorzitter. In de meeste gevallen wordt vervolgens kort nagegaan of alle betrokkenen ter voorbereiding op de zitting dezelfde stukken ontvangen hebben. Daarna start het inhoudelijke deel van de zitting door een vraag aan de patiënt te stellen. Meestal is dit een vraag van vrij algemene aard die tot doel heeft het ijs te breken, zoals de vraag 'Hoe gaat het nu met u?'.³

De werkwijze die vervolgens gehanteerd wordt, verschilt enigszins per commissie. In Rotterdam hebben de commissieleden na het begin een min of meer gelijke inbreng in het stellen van vragen, waarbij de voorzitter de structuur en voortgang van het gesprek waarborgt en de psychiater en het algemeen lid vooral specifieke, inhoudelijke vragen stellen.

In Utrecht zijn verschillende werkwijzen gehanteerd. In de meeste zittingen heeft de voorzitter gedurende het proces van vragen stellen een belangrijke rol. De overige commissieleden stellen zo nu en dan aanvullende vragen. Er is tevens geëxperimenteerd met een andere opzet waarin vooraf één of meerdere woordvoerders worden aangewezen die de vragen stellen. De overige commissieleden kijken toe of zijn niet bij de zitting aanwezig.³

In Amsterdam heeft de voorzitter naast een structurerende taak ook een inhoudelijke taak als algemeen lid. In de twee bijgewoonde zittingen waarbij van voorzitterschap was gewisseld werd het woord specifiek aan de arts(en) in de commissie gegeven wanneer de inhoud van het gesprek medisch inhoudelijke aspecten betrof. Bij andere inhoudelijke onderwerpen namen de verschillende commissieleden zelf het woord.

De commissie in Groningen kan door het geringe aantal casussen ten tijde van de inter-

¹ Tijdens één van de zittingen heeft uiteindelijk slechts een deel van de commissieleden het gesprek met de patiënt en betrokkenen bijgewoond omdat de aanwezigheid van de voltallige commissie te belastend zou zijn voor de cliënt.

² Het ging bij deze casus ook om verslavingsproblematiek.

³ Uit een van de bijgewoonde zittingen bleek dat dit in de praktijk niet altijd slaagt. Ondanks de vooraf gemaakte afspraak dat het algemeen lid het voortouw zou nemen, verschoof het initiatief naar de psychiater en stelde ook de voorzitter enkele vragen. Uiteindelijk hadden alle commissieleden één of meerdere vragen gesteld.

views voor dit onderzoek, nog niet spreken van een ingesleten werkwijze. In de bijgewoonde zitting werden de vragen met name gesteld door het algemeen lid en in mindere mate door de psychiater. De voorzitter maakte nagenoeg uitsluitend procedurele opmerkingen. In alle commissies bepaalt de voorzitter wanneer de zitting is afgelopen, en sluit de zitting af door een laatste ronde te maken langs alle aanwezigen. Vervolgens beginnen de commissies in afzondering aan het naoverleg.

2.4 Het horen van de betrokkenen

Wetsvoorstel Verplichte GGz

Artikel 5:13: De commissie stelt op een hoorzitting in elk geval de verzoeker, de betrokkene, de wettelijk vertegenwoordiger, de zorgverantwoordelijke, de familievertegenwoordiger, de advocaat en zo nodig andere personen in de gelegenheid om hun zienswijze kenbaar te maken. De commissie hoort deze personen zo mogelijk gelijktijdig en gezamenlijk tenzij betrokkenen daar bezwaar tegen maakt.

Memorie van toelichting

De Memorie van toelichting geeft geen aanvulling of beperking aan het horen van bovengenoemde personen. Tijdens de hoorzitting kan de patiënt zich laten bijstaan door zowel vertrouwenspersoon als advocaat. Omdat zij verschillende rollen voor betrokkene vervullen, dienen zij beiden in de mogelijkheid gesteld te worden hun zienswijze voor de commissies uiteen te zetten. In het gelijktijdig en gezamenlijk horen ligt de meerwaarde van onderlinge interactie. Indien door betrokkene duidelijk kenbaar is gemaakt dat hij bezwaren heeft tegen het horen van bepaalde familieleden of direct naasten zal daar (...) door de commissie(...)rekening mee gehouden moeten worden. Zo kan de commissie bijvoorbeeld bepalen dat betrokkene en het familielid afzonderlijk gehoord worden.

Resultaten pilotcommissies

De commissies hebben conform het wetsvoorstel de patiënt, de behandelaar, de advocaat en de patiënt vertrouwenspersoon uitgenodigd voor de zitting. Omdat de commissies nu afhankelijk zijn van de toestemming van de patiënt kan de commissie niet altijd deze personen op de hoorzitting ook in gelegenheid stellen hun zienswijze kenbaar te maken. Het uitnodigen van een familielid werd niet bij ieder commissie door de commissie zelf gedaan maar aan de patiënt of instelling overgelaten. Eenmaal is door de commissie een mentor uitgenodigd, deze is echter niet op de uitnodiging ingegaan.

De commissies hebben conform het wetsvoorstel en de Memorie van toelichting zoveel mogelijk getracht iedereen gelijktijdig en gezamenlijk te horen. Niet altijd kon iedereen op de hoorzitting aanwezig zijn. Ook is het voorgekomen dat de patiënt op het laatste moment zijn toestemming introk, waarop (een deel van) de genodigden alsnog niet gehoord konden worden. Door de commissies is geprobeerd om zoals beschreven in de Memorie van toelichting deze genodigden (met toestemming van de patiënt) apart te horen. Dit heeft een aantal maal geresulteerd in het achteraf horen van de behandelaar of familie.

Het gezamenlijk en gelijktijdig horen van aanwezige betrokkenen heeft in wisselende mate tot de interactie, zoals beoogd in de Memorie van toelichting, geleid. Soms richten de genodigden zich voornamelijk op de commissie.

2.4.1 Uitnodigen van betrokkenen

Het uitnodigen van de betrokkenen wordt in Groningen, Utrecht en Amsterdam gedaan door de ambtelijk secretaris. Er is door de commissie vooraf een lijst opgesteld met gewenste uit te nodigen betrokkenen. De geneesheer-directeur vraagt vervolgens toestemming aan de cliënt mee te werken aan de pilot en vraagt of hij/zij akkoord is met de uit te nodigen betrokkenen. De commissie in Rotterdam heeft geen lijst met gewenste aanwezigen. De ambtelijk secretaris en geneesheer-directeur nodigen altijd de behandelaar, advocaat en PVP uit. De patiënt moet toestemming geven voor het uitnodigen van eventuele overige betrokkenen als familie en dergelijke. Het is in Rotterdam één keer gebeurd dat de familie op eigen initiatief bij de hoorzitting aanwezig was.

2.4.2 Horen van de aanwezige betrokkenen

Vraagstelling aan de verschillende gehoorde

Patiënt

Over het algemeen wordt het merendeel van de vragen tijdens de zitting aan de patiënt gesteld. Eén van de redenen hiervoor is dat de commissie, door het ontbreken van een zorgkaart, wensen van de patiënt ter zitting helder moet krijgen. Er worden onder meer vragen gesteld over de volgende onderwerpen:

- ontwikkeling stoornis
- behandelgeschiedenis, verblijf in vorige instellingen
- woonsituatie (huidig en vroeger)
- actuele toestand/welbevinden
- medicijngebruik, medicatiecompliance (+ redenen voor niet innemen) en oordeel over medicatie (huidig en vroeger)
- oordeel over huidige therapie/behandeling
- oordeel over vorige instellingen en behandelingen
- middelengebruik
- contacten met hulpverleners (intern en extern)
- relatie met familie
- sociaal netwerk
- relatie met de buurt
- (wensen voor) dagbesteding
- toekomstwensen en toekomstperspectief
- oordeel over de RM / bereidheid om vrijwillig te blijven
- eigen inschatting van gevaar.

Behandelaar

Ook aan de behandelaar worden diverse vragen gesteld, zij het minder dan aan de patiënt. Dit heeft deels te maken met het feit dat doorgaans al schriftelijke informatie aangeleverd is door de instelling. Onderwerpen die in de vraagstelling aan bod komen zijn onder andere:

- noodzaak van de RM
- toelichting op het gevaar
- schriftelijke informatie/GV: correct en actueel?
- werkzaamheid van de medicatie
- relatie tussen medicatie-inname en risico op schade
- medicatiecompliance bij cliënt

- tot nu toe geprobeerde medicatie en ervaringen daarmee
- algemene toestand beeld van de patiënt
- inhoud van het behandelplan
- mogelijkheden m.b.t. wensen van de patiënt (o.a. woonsituatie)
- contacten met familie.

Familie

In die gevallen waarin familie op de zitting aanwezig is, worden tevens diverse vragen aan de familie gesteld. Deze hebben onder andere betrekking op:

- oordeel over de RM-aanvraag
- relatie tussen patiënt en familie
- actuele toestand patiënt
- vroegere woonsituatie
- ontwikkeling stoornis
- symptomen van stoornis i.r.t. medicatie-inname.

PVP

In de meeste bijgewoonde zittingen zijn geen vragen aan de PVP gesteld (behalve tijdens de rondvraag). Indien er vragen werden gesteld, werd verzocht om een toelichting op iets wat de patiënt had gezegd maar wat onvoldoende duidelijk was. Dit ging onder meer over de behandeling en over externe problematiek (schulden). Ook de geïnterviewde PVP'en geven aan dat de vragen veelal direct aan de patiënt worden gesteld. Op het moment dat de cliënt vastloopt of zijn antwoorden niet duidelijk formuleert, ondersteunt de PVP de cliënt.

Advocaat

Tijdens de bijgewoonde zittingen zijn door de commissieleden geen vragen gesteld aan de aanwezige advocaat (behalve tijdens de rondvraag of als de advocaat zelf inbrak om iets in te brengen). Ook de geïnterviewde advocaten geven aan dat zij niet actief bij de zitting betrokken zijn door de commissies, maar pas aan het eind het woord kregen of zelf inbraken in het gesprek omdat ze het idee hadden dat ze hier anders niet meer de gelegenheid voor kregen.

Het onderzoeksteam concludeert op basis van haar bevindingen dat een groot deel van de onderwerpen waarover de commissie dient te adviseren, in de hoorzitting aan bod komen. Echter, de voorwaarden die noodzakelijk zijn om de deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te bevorderen en de minimale en maximale duur van de afzonderlijke vormen van zorg komen in de zittingen niet of nauwelijks expliciet aan bod.

Inbreng van de verschillende gehoorde tijdens de zitting

Omdat de meeste vragen aan de patiënt gesteld worden, is zijn/haar inbreng tijdens de hoorzitting het grootst. De inbreng van de behandelaar bestaat meestal vooral uit een uiteenzetting van de behandeling en de werkzaamheid hiervan met eventueel de diagnose en het gevaar, en uit een toelichting op het behandelplan.

De inbreng van de familie is zeer wisselend, soms is de inbreng aanzienlijk en soms is de inbreng summier. Het aantal zittingen is te klein om een goede verklaring hiervoor te kunnen geven. Mogelijk hangt het samen met de aard van de familieband (ouder of broer/zus) of de mate van betrokkenheid.

De inbreng van de PVP is meestal gering. Wat opvalt, is dat de PVP in een aantal geobserveerde zittingen een advocaatachtige rol op zich nam, bijvoorbeeld door te vragen naar de opmaakdatum van de geneeskundige verklaring of door een deal voor te stellen tussen be-

handelaar en patiënt over medicatie-inname. Dit betroffen overigens zittingen waarbij de advocaat (nog) niet aanwezig was. Ook stelt de PVP soms vragen aan de patiënt zodat de patiënt andere kanten van het verhaal belicht.

De inbreng van de advocaat is in de meeste zittingen gering. Meestal beperkt dit zich tot randvoorwaardelijke aspecten zoals wat er met het advies gebeurt en of de stukken in orde zijn. In een enkele zitting nam de advocaat echter een vrij actieve rol aan door zich actief in de inhoudelijke discussie te mengen en onderwerpen aan te kaarten door zelf vragen aan de patiënt te stellen.

Hoewel de inbreng van de advocaat en PVP in kwantitatieve zin beperkt is, kunnen deze aanvullingen soms belangrijk zijn voor het completeren van het beeld.

Een voorbeeld hiervan betreft een zitting waarin een patiënt zei het gevaarlijke beeld dat uit de GV sprak, niet te herkennen. De PVP vulde toen aan dat het afkomstig was uit een oudere GV en dat dit zich sindsdien niet meer had voorgedaan. Als zij dit niet had gezegd, had de commissie dit kunnen interpreteren als ontkenning van het probleem. Een ander voorbeeld is een zitting waarin de behandelaar depotmedicatie onder dwang voorstelde omdat de patiënt zou zijn ontspoord vanwege het niet innemen van zijn orale medicatie. De pvp bracht in dat patiënt bewust veel cannabis had gerookt na een teleurstellend bericht van een van de behandelaren waardoor hij was ontspoord. De patiënt bleek dit cannabisgebruik echter te willen verzwijgen voor de behandelaar en heeft daarom gezegd dat hij zijn orale medicatie niet had ingenomen.

Formulering van de vragen

Eén van de doelstellingen van de commissies Verplichte GGz is dat de patiënt in staat wordt gesteld om zijn perspectief naar voren te brengen. De formulering van de vragen is daarbij een belangrijk element: door het stellen van open vragen aan de patiënt wordt meer gelegenheid geboden tot het vertellen van een verhaal dan door het stellen van gesloten vragen.

Uit de observatieverslagen komt naar voren dat de zittingen vaak beginnen met het stellen van een open vraag aan de patiënt. Enkele voorbeelden:

- "Wat vindt u van de behandeling tot nu toe?"
- "Hoe kijk je aan tegen de machtiging die is aangevraagd?"
- "Hoe vindt u zelf dat het met u gaat?"
- "Wat zijn je motieven en wensen ten aanzien van de zitting?"

Ook in het vervolg van de zitting worden zo nu en dan open vragen gesteld, bijvoorbeeld over gebeurtenissen uit het verleden, over het sociale netwerk, over dagelijkse bezigheden of over wensen en behoeften ten aanzien van de toekomst. Enkele voorbeelden:

- "U heeft hier al een tijdje gezeten. Wat zou u nog willen?"
- "Wat kan helpend zijn in het herstellen van het contact met uw vader?"
- "Hoe zou het ideaal eruit zien voor u?"
- "U bent eerder in overleg gestopt met het nemen van medicatie en het ging toen goed met u. In september ging het weer fout. Wat is er toen gebeurd?"

Naast open vragen worden er ook veel gesloten vragen gesteld die dienen om informatie uit de dossierstukken of uit de hoorzitting aan te vullen of te controleren. Enkele voorbeelden:

- "Er staat in de stukken dat u regelmatig woede-uitbarstingen heeft. Is dat zo?"
- "Had u toen nog wel contact met de dokter?"

In een aantal zittingen is tevens een gesloten vraagstelling met een sturend karakter waargenomen.

- "U zegt dat u soms opname of medicatie nodig heeft. U staat er dus niet negatief tegenover?"
- "Zou het ook andersom kunnen zijn, dat u meer last heeft van de stem omdat u bang bent?"
- "Zou u misschien oppasoma kunnen zijn? Zou u dat willen?"

- "U voelde zich actiever en lichamelijk sterker? Voelde u zich niet stijf?"
- "U vindt dat de medicijnen niet werken, dus die wilt u liever niet?"
- "Wordt u er zenuwachtig van als u het niet doet?"

Op basis van de geobserveerde zittingen lijkt er een verband te zijn tussen de spraakzaamheid van de patiënt en de hoeveelheid gesloten (met daarbij ook sturende) vragen die gesteld worden. Hierbij kan sprake zijn van een wisselwerking: als veel gesloten vragen worden gesteld, kan de patiënt alleen nog met ja of nee antwoorden en moet de commissie weer een (gesloten) vraag stellen.

Interactie tussen genodigden

De interactie tussen de genodigden is, volgens onze waarneming, wisselend, met name tussen de patiënt en behandelaar. De mate waarin sprake is van interactie tussen patiënt en overige betrokkenen verschilt sterk. De meeste patiënten richtten zich tijdens de geobserveerde zittingen vooral op de commissie of waren in zichzelf gekeerd. Verder wordt er doorgaans goed naar elkaar geluisterd en wordt er in redelijkheid met elkaar gesproken.

2.4.3 Ontbrekende perspectieven

Zowel in Utrecht, Groningen als Amsterdam hebben zittingen plaatsgevonden waar alle volgens het wetsvoorstel vereiste betrokkenen aanwezig waren. Dit is echter niet bij alle zittingen het geval geweest.

Van de direct betrokkenen (behandelaar, PVP, advocaat, familie) is de familie het minst vaak bij de zittingen aanwezig geweest: in Rotterdam één keer, in Groningen twee keer, in Utrecht 3 keer en in Amsterdam vier keer¹. Door commissieleden is 18 keer expliciet aangegeven dat familie niet gehoord kon worden (bijvoorbeeld vanwege vakantie of omdat de patiënt geen toestemming had gegeven) terwijl dit mogelijk extra informatie had opgeleverd. De behandelaar was doorgaans aanwezig, wel is het enkele keren voorgekomen dat een vervanger van de eigen behandelaar aanwezig was. Ook de PVP en advocaat waren doorgaans aanwezig. Bij geen van de zittingen was een FVP aanwezig.

Andere betrokkenen zijn nooit aanwezig geweest, terwijl deze wellicht belangrijke informatie kunnen opleveren voor de commissie. Voorbeelden van andere betrokkenen zijn een medewerker van de woningbouwvereniging, een politieagent, een bewindvoerder/mentor of een huisarts². Een van de behandelaren merkt op dat, mochten er andere betrokkenen aanwezig zijn, er problemen kunnen ontstaan rond het beroepsgeheim.

Geen van de vier commissies hebben andere zorg- of behandel disciplines uitgenodigd ter zitting als externe expertise. De commissie Utrecht had de beschikking over een verslavingsarts als deskundige op afroep maar hiervan is geen gebruikgemaakt, ondanks het feit dat deze commissie diverse patiënten heeft gehoord waarbij verslavingsproblematiek een rol speelde. Het aanvullend lid in de commissie Amsterdam heeft eveneens expertise met betrekking verslavingsproblematiek. Hij is echter bij alle zittingen aanwezig is geweest, ook indien er geen verslavingsproblematiek speelde, zijn inbreng bestond niet uitsluitend uit de deskundigheid op dit terrein.

¹ Daarnaast is éénmaal een familielid afzonderlijk gehoord en éénmaal was een vriendin van een patiënt aanwezig.

² De commissie Groningen heeft éénmaal afzonderlijk de bewindvoerder en de woningbouwvereniging gehoord.

Specifieke doelgroepen waarbij deskundigen mogelijk een meerwaarde gehad zouden kunnen hebben in de adviesvorming, zijn patiënten met verslavingsproblematiek, patiënten jonger dan 30 jaar en patiënten ouder dan 60 jaar¹.

2.5 Oordeel van betrokkenen over werkwijze commissies

Het oordeel van direct betrokkenen bij de casus (behandelaar, advocaat, familie en patiënt) over het verloop en de opzet van de hoorzitting is wisselend. Ongeveer de helft oordeelt positief en de andere helft geeft kritiek. Een enkeling had niets op te merken over de procedure.

Drie keer werd de hoorzitting als niet noodzakelijk en daardoor omslachtig ervaren. Het betrof hier casussen waarbij overeenstemming was tussen behandelaar en patiënt, zoals:

- Een casus met een machtiging op eigen verzoek, vergelijkbaar met de zelfbindingsverklaring, waar volgens het conceptwetsvoorstel ook geen commissieadvies voor vereist is.
- Een casus met aanvraag voor een voorwaardelijke machtiging, waarbij een duidelijke instemming was van zowel patiënt als behandelaar en waarbij behandelvraag en -aanbod goed op elkaar aansloten. In deze casus is in het B-deel van het advies een zelfbindingsverklaring geadviseerd: de commissie zag onvoldoende grond voor afgifte van een zorgmachtiging.

Positieve punten

Positieve reacties over de gevolgde procedure betreffen vaak de extra tijd die er is om patiënt te horen. Zowel patiënten, behandelaren, advocaten als familie benoemen dit. Ook biedt de hoorzitting voldoende ruimte om over en weer informatie uit te wisselen. Door de familie is verder aangegeven dat zij het waarderen dat zij nu ook de gelegenheid hebben hun verhaal te doen, omdat dit bij de rechter nauwelijks mogelijk is.

Kritiepunten

Zowel behandelaren, advocaten als patiënten hebben zich (ook) kritisch uitgelaten over de werkwijze van de commissies. Geuite kritiepunten zijn:

- De zitting verliep rommelig of chaotisch. Redenen hiervoor waren dat informatie niet op tijd beschikbaar was, dat betrokkenen niet waren uitgenodigd of dat de zitting te weinig gestructureerd verliep. Het gebrek aan structuur zorgde ervoor dat de patiënt in zijn verhaal verzandde, volgens een advocaat. Een behandelaar en een patiënt hadden beide meer regie verwacht van de commissie om het ontstaan van een defensieve sfeer te voorkomen.
- Er waren teveel mensen aanwezig bij de zitting, waardoor het een te 'massaal' karakter krijgt.
- Communicatie richting betrokkenen over de procedure (bijvoorbeeld de duur van de zitting of de verantwoordelijkheid voor het uitnodigen van de patiënt) was onvoldoende.
- De duur van de zitting is te lang, met name voor bepaalde patiëntgroepen die maar een korte spanningsboog hebben.
- Het als behandelaar moeten bevestigen of ontkennen van feiten of gebeurtenissen die door collega's zijn geconstateerd is niet mogelijk en geeft een onprettige positie.
- Behandelaren kunnen voor hun gevoel niet altijd vrijuit antwoorden tijdens de hoorzitting omdat dit de behandelrelatie kan schaden.

¹ Omdat er slechts één patiënt geweest ouder dan 60, speelt dit in mindere mate.

- Patiënten en behandelaren ervaren het soms als onprettig als een commissielid (te)veel doorvraagt.
- Tijdens de zitting worden er nauwelijks directe vragen aan de advocaat gesteld en soms krijgt de advocaat pas aan het eind van de zitting de gelegenheid iets te zeggen.
- Niet altijd worden behandelaren van verschillende disciplines gehoord. Als een psychiater en een verpleegkundige aanwezig zijn, wordt alleen de psychiater bevraagd terwijl de verpleegkundige ook nuttige informatie had in kunnen brengen (wanneer zowel een klinische als ambulante behandelaar aanwezig is wordt wel aan beide vragen gesteld).
- De commissie besteedde onvoldoende aandacht aan het veiligheidsaspect en de praktische implicaties van het ter zitting aanwezig zijn van een ernstig zieke patiënt.

2.6 Totstandkoming van het advies

Wetsvoorstel Verplichte GGz

Over de wijze van totstandkoming van het advies staat niets beschreven in het wetsvoorstel.

Memorie van toelichting

Door de multidisciplinaire samenstelling van de commissie en het horen van de verschillende betrokkenen (cliënt, familie, naasten, behandelaar) kan er een evenwichtig advies ontstaan dat rekening houdt met de verschillende perspectieven. De Memorie van toelichting stelt aanvullend dat hoe de samenstelling van de commissie ook zij, het van belang is dat de commissie als eenheid opereert. In die zin worden alle perspectieven in een orgaan samengeballd. Het advies van de commissie zal dan ook eensluitend moeten zijn.

Daarnaast wordt gevraagd om een uitgebreid verslag van de zitting zodat de rechter kennis kan nemen van de zienswijzen die bij de commissie door de verschillende partijen zijn ingebracht.

Resultaten pilotcommissies

De commissies houden bij de totstandkoming van het advies rekening met de verschillende perspectieven na weging van deze perspectieven. De grootste spanning in deze weging zit tussen het behandel en het patiënt perspectief. De vertegenwoordiger van het patiëntperspectief is sneller geneigd te geloven in de welwillendheid en mogelijkheden van de patiënt terwijl vanuit het behandelersperspectief uitgegaan wordt van het vermijden van risico's op schade. De weging van deze perspectieven valt vaak uit in het voordeel van de psychiater. Uiteindelijk wordt door de commissies een eensluitend advies afgegeven maar in de praktijk overlapt deze 'unanieme' opinie veelal grotendeels met die van de psychiater.

In tegenstelling tot wat de Memorie van toelichting vraagt wordt in geen van de pilot-regio's een uitgebreid verslag van de zitting naar de rechter gestuurd.

Rol van de commissieleden

Tot nu toe blijkt dat in het opstellen van het uiteindelijke advies de voorzitters de belangrijkste stem hebben. Zowel in Rotterdam, Utrecht als Groningen is het de voorzitter die het conceptadvies opstelt. In Rotterdam en Groningen geven de overige commissieleden per e-mail hun commentaar alvorens het advies door de voorzitter wordt vastgesteld; in Utrecht wordt het conceptadvies in een vergadering besproken en becommentarieerd, waarna de voorzitter de definitieve versie opstelt.

In Amsterdam stelt de ambtelijk secretaris het conceptadvies op, waarna de psychiater of het toegevoegd lid het verder aanvult en verstuurt naar de voorzitter die een laatste check

uitvoert op formulering, helderheid en consistentie. Dan pas wordt het opgestuurd naar de andere leden om het in de volgende vergadering vast te stellen. Deze werkwijze brengt met zich mee dat er op dat moment nog inhoudelijk op het advies kan worden ingegaan. Dit heeft in één geval geleid tot het formuleren van een minderheidsstandpunt, in de overige gevallen werd volledige consensus bereikt, doordat er voor alle partijen een aanvaardbare argumentatie was voor de informatie in en de conclusie van het advies

Rol van het zittingsverslag

In de vier regio's vindt verslaglegging plaats van de zitting; dit verslag wordt gebruikt als naslagwerk voor het opstellen van het advies. De Groningse commissie stuurde het verslag aanvankelijk mee met het advies, maar is hier uiteindelijk van afgestapt. De overige commissies zenden het verslag niet mee, hoewel dit in de Memorie van Toelichting wel beoogd was. De commissies zijn hier terughoudend in omdat het zou leiden tot commentaar op en discussies over het advies en het 'overdoen' van het advies door de rechter.

Discussiepunten, onduidelijkheden en terughoudendheid in de adviesvorming

Grosso modo geven alle commissieleden aan dat men in de adviesvorming het meest terughoudend is over de invulling van de behandeling. De commissies willen geen (scherp) oordeel geven over wat al geprobeerd is, maar proberen handreikingen te geven aan de behandelaar. Omdat de commissie nog moet groeien in haar rol als adviseur over de behandelinhoud, is hier vaak ook de meeste onduidelijkheid/onzekerheid over. Discussie ontstaat bij de meeste commissies vooral over het gevaarscriterium: hoe gevaarlijk is het gedrag van de patiënt nu eigenlijk? Is dwang in de betreffende situatie gelegitimeerd? Dit heeft ermee te maken dat gegevens over het gevaar vaak niet actueel zijn en bovendien niet altijd concreet omschreven zijn. Ook ontbreekt vaak informatie over het maatschappelijk functioneren van de patiënt. Daarbij is er vaak een verschil in het standpunt van de psychiater en dat van het algemeen lid, waaruit een discussie kan voortkomen. Over de stoornis zijn de leden het doorgaans eens. Dit heeft ook te maken met het feit dat dit meestal als vaststaand feit beschouwd wordt, en het perspectief van de psychiater hierin min of meer automatisch de doorslag geeft.

Weging van de perspectieven

Uit de interviews met commissieleden blijkt dat er in de adviesvorming veelal een spanning bestaat tussen het patiëntperspectief (vertegenwoordigd door het algemeen lid) en het behandelersperspectief (vertegenwoordigd door de psychiater). De vertegenwoordiger van het patiëntperspectief is sneller geneigd te geloven in de welwillendheid en mogelijkheden van de patiënt terwijl vanuit het behandelersperspectief uitgegaan wordt van het vermijden van risico's op schade. De weging van deze perspectieven valt vaak uit in het voordeel van de psychiater. Door de commissieleden wordt aangegeven dat men middels discussie uiteindelijk tot overeenstemming komt, maar in de praktijk overlapt deze 'unanieme' opinie veelal grotendeels met die van de psychiater.

Uit een inschatting van de commissieleden van hun invloed op verschillende aspecten van de adviesvorming blijkt dat de invloed van de psychiater over het algemeen als groter geschat wordt dan de invloed van de algemeen leden.

De psychiaters en algemeen leden zijn van mening dat de psychiater in discussies doorgaans sterker staat omdat hij vanuit zijn vakkennis en ervaring meer sterkere argumenten kan aandragen dan het algemeen lid, dat veelal vanuit persoonlijke ervaring en betrokkenheid oordeelt.

Een aantal algemeen leden ziet het niet primair als zijn rol om zich in een discussie over stoornis en gevaar te mengen, maar richt zich vooral op een goede invulling van het advies in termen van opgenomen informatie en formulering. Getracht wordt om binnen de gegeven marges (wel of geen dwang) zoveel mogelijk recht te doen aan perspectief en wensen van de patiënt.

Het juridisch perspectief van de voorzitter geeft niet vaak aanleiding tot discussies, deze inbreng betreft in de ogen van de commissieleden vooral een borging van de randvoorwaardelijke aspecten. Toch heeft de voorzitter een grote inhoudelijke invloed op het uiteindelijke advies omdat hij/zij het conceptadvies opstelt en meestal ook het definitieve advies vaststelt. In twee commissies gebeurt dit naar eigen inzicht en vindt geen plenaire discussie meer plaats tussen concept- en eindadvies¹. Overigens lijken de commissieleden, afgezien van aanmerkingen op de uiteindelijk formulering van specifieke adviezen, niet of nauwelijks bezwaar te hebben tegen deze taakverdeling.

Tijdsspanne tussen zitting en uitbrengen advies en doorlooptijd

De tijd tussen de hoorzitting en het uitbrengen van het advies varieert van 7 dagen in Groningen tot 10 dagen in Utrecht en Rotterdam en 14 dagen in Amsterdam.

In Utrecht was de doorlooptijd van binnenkomst van een casus tot afgifte van het definitieve advies 2 tot 3 weken, de hoorzitting werd doorgaans binnen 5 tot 7 dagen na binnenkomst van de casus ingepland. In Amsterdam was de doorlooptijd meestal 4 weken, een enkele keer werd een doorlooptijd van 2 weken gehaald. De hoorzitting werd doorgaans 1 tot 2 weken na binnenkomst van de casus gepland. In Groningen werd het advies dezelfde dag of 3 dagen na de hoorzitting afgegeven. De hoorzitting zelf werd 2,5 tot 4 weken na binnenkomst van de casus gehouden. Van Rotterdam zijn, voor de twee casussen waarvan deze gegevens compleet zijn, de hoorzittingen een week na binnenkomst gehouden en is het advies een week na de hoorzitting afgegeven.

2.7 Reflectie van commissies op eigen werkwijze

In de interviews met commissieleden is gevraagd om terug te kijken op de (ontwikkeling van) de eigen werkwijze en om positieve punten en verbeterpunten te benoemen. Hieronder is per commissie beknopt een algemeen beeld gegeven. De volgende onderwerpen komen aan bod:

- algemeen oordeel over de werkwijze
- onderlinge dynamiek en verstandhouding
- invulling van taken en rollen
- besluitvormingsproces
- invulling van de bemiddelende rol²
- andere werkvormen
- geconstateerde knelpunten.

¹ Het is niet onderzocht op welke wijze de voorzitter zijn invloed in deze precies aanwendt en op welke gronden de voorzitter knopen doorhakt.

² De commissies kunnen, naast hun adviserende rol, ook een bemiddelende rol vervullen tussen patiënt en behandelaar. Een geslaagde bemiddelingspoging zou ertoe kunnen leiden dat geen advies naar de rechter gaat en dus geen rechterlijke hoorzitting meer plaatsvindt omdat patiënt en behandelaar tot overeenstemming zijn gekomen. In de stuurgroep is de vraag opgeworpen in hoeverre beide rollen (adviesvorming en bemiddeling) elkaar 'bijten'. Hier is ook naar gevraagd in de interviews.

2.7.1 Commissie Amsterdam

Algemeen oordeel over de werkwijze

De commissie in Amsterdam is over het algemeen tevreden over de manier waarop zij haar werkzaamheden heeft ingevuld en uitgevoerd. De commissie heeft een werkwijze ontwikkeld die zij zelf plezierig vindt. Het format van de adviezen geeft structuur aan de zittingen en overleggen. Tevens wordt in het vooroverleg vastgesteld welke vragen gesteld dienen te worden en welke commissieleden welke vragen voor hun rekening nemen.

Onderlinge dynamiek en verstandhouding

De commissieleden zijn naar elkaar toegevoerd en goed op elkaar ingespeeld. De beginperiode omschreven ze als fase waarin op elkaar afgestemd moest worden. De leden overschreden zo nu en dan de grenzen van hun eigen perspectief en keken anderzijds soms juist te strikt vanuit hun eigen perspectief en stelden zich niet open voor andere standpunten. Ook was er onduidelijkheid over het 'stemrecht' van het aanvullend lid (verslavingsdeskundige). Op dit moment wordt de sfeer binnen de commissie omschreven als 'soepel'.

Invulling taken en rollen

Gedurende de looptijd van de pilot is de functie van voorzitter overgedragen van jurist naar algemeen lid. Het algemeen lid ervaart dat hij daardoor meer invloed en sturingsmogelijkheden gekregen. De voormalig voorzitter signaleert achteraf dat het toch goed is als de jurist deze functie vervult, omdat het waarborgen van de voortgang mogelijk ten koste gaan van het specifieke perspectief dat het algemeen lid inbrengt. De jurist hier haar primaire rol als minder inhoudelijk en heeft hier dus meer gelegenheid voor tijdens de zitting.

Besluitvormingsproces

In de meeste gevallen is in gezamenlijkheid een beslissing genomen over de inhoud van het advies. Wanneer de leden het aanvankelijk niet eens konden worden, werd hierover doorgepraat. De commissie heeft de ervaring dat goed uitdiscussiëren leidt tot een beter begrip van de verschillende standpunten binnen de commissie en dat deze evenwichtiger meegewogen kunnen worden. Echter, als het gaat om medisch-inhoudelijke zaken zoals stoornis, prognoses en effect van de behandeling heeft de psychiater vaak een doorslaggevende stem. De voorzitter heeft de uiteindelijke bevoegdheid om beslissingen te nemen wanneer dit onderling niet lukt. Eén maal is door een lid binnen de commissie een minderheidsstandpunt ingenomen.

Invulling van de bemiddelende rol

De leden verschillen van mening over de bemiddelende rol van de commissie. Een deel vindt dat de adviesvorming geen belemmering vormt voor een bemiddelende rol en dat deze rol in de praktijk ook is aangenomen door de commissie. Een deel vindt dat de bemiddelende rol nog niet goed uit de verf is gekomen en dat deze rol zich mogelijk niet eenvoudig laat combineren met een adviserende rol. Het gaat om het zoeken van de ruimte tussen de patiënt en de behandelaar en daarvoor is een minder formele houding gewenst dan nu in de zittingen aangenomen wordt.

Andere werkvormen

Eén van de commissieleden had graag willen experimenteren met een ingedaalde rechter of officier van justitie, maar dit was niet mogelijk. Verder vindt één van de leden dat het zorgvuldiger was geweest om van elke zitting een verslag te maken en dit te gebruiken bij het opstellen van het advies. Hier kon geen tijd voor worden vrijgemaakt bij de commissieleden.

Knelpunten

Belangrijk knelpunt voor de commissie vormde het ontbreken van schriftelijke informatie ter voorbereiding op de zitting en het ontbreken van een zorgplan en zorgkaart in de geest van de nieuwe wet.

2.7.2 Commissie Groningen

Algemeen oordeel over de werkwijze

Deze commissie heeft ten tijde van de dataverzameling pas vier adviesaanvragen behandeld. Alle leden signaleren dan ook dat er op het moment van de interviews, nog een gebrek aan routine is en dat de commissie nog geen eigen werkwijze heeft ontwikkeld. Eén van de leden is kritisch over het commissie-optreden tot nu toe: de mening van de patiënt is onvoldoende verwoord, gehoord zijn tijdens de zitting onvoldoende geactiveerd en de adviezen zijn grotendeels een herhaling van wat vanuit professionele zijde is aangereikt. Ook heeft de commissie tot nu toe nog geen oordeel kunnen vellen over de kwaliteit van de behandeling. Een deel van de commissieleden wil hier in de toekomst wel naartoe werken.

Onderlinge dynamiek en verstandhouding

Bij de eerste zittingen was het vinden/veiligstellen van een bepaalde positie voor de leden belangrijk en dat zorgde ervoor dat er veel discussie over de inhoud van de adviezen was. Langzaam is meer begrip voor elkaars standpunten ontstaan, maar dit proces is nog in ontwikkeling. De sfeer wordt gekarakteriseerd als prettig en open.

Er is volgens de commissieleden geen gelijkwaardige inbreng vanuit de verschillende perspectieven, omdat de inbreng niet even zwaar weegt. Het familie- en patiëntperspectief zijn daarbij altijd ondergeschikt aan het behandelersperspectief, omdat het behandelersperspectief als meer gefundeerd beschouwd wordt.

Invulling taken en rollen

Professionaliteit en ervaring van het algemeen lid dat vanuit het familie- en/of patiëntperspectief opereert wordt als wenselijk gezien door de commissie omdat dit leidt tot een stevigere positie en een betere inbreng.

De meerwaarde van algemeen lid dat werkzaam is als klinisch verpleegkundige is op dit moment voor de meeste leden onduidelijk, omdat zijn perspectief doorgaans samenvalt met dat van de psychiater. Anderzijds wordt door een deel van de leden een vertegenwoordiging vanuit patiëntperspectief gemist.

Besluitvormingsproces

In de commissie is met name veel discussie over de ernst van de stoornis en het daaruit voortvloeiende gevaar, en over de mogelijkheden binnen de GGz (en of die al dan niet uitgeput zijn). In discussies over de strekking en inhoud van het advies gaf het perspectief van de psychiater altijd de doorslag. Dit gebeurde door overreding. Echter, niet alle leden zijn het altijd eens geweest met de uitkomst van de discussie, vooral met betrekking tot de invulling van het advies.

Commissieleden kregen de gelegenheid om schriftelijk tekstsuggesties door te geven aan de voorzitter, die zelfstandig bepaalt of dit wordt overgenomen of niet. Deze werkwijze wordt door een deel van de leden als suboptimaal ervaren.

Invulling van de bemiddelende rol

De commissie vindt het moeilijk om de bemiddelende rol goed vorm te geven in een traject waar het zwaartepunt op advisering ligt. De nadruk ligt op het boven tafel krijgen van alle benodigde informatie, en dit belemmert een open gespreksvoering. Ook de antwoorden kunnen gekleurd zijn door het doel van de zitting. De sfeer tijdens de zittingen wordt als te formeel gezien voor een goede bemiddelingsrol.

Andere werkvormen

Alle leden vinden dat de belasting voor de patiënt groot is en dat het veel tijd kost om op deze wijze tot een advies te komen. De meeste commissieleden zouden willen experimenteren met andere vormen, bijvoorbeeld een vorm waarin er per zitting twee leden worden afgevaardigd voor de zitting of een opzet waarin afzonderlijke leden de betrokkenen individueel horen.

Knelpunten

De commissie heeft ter zitting met name de inbreng van de familie gemist, omdat die in een aantal zittingen niet aanwezig was. Verder vond een deel van de leden de informatievoorziening voorafgaand aan de zitting gebrekkig, waardoor met name de behandelgeschiedenis en context van de patiënt niet duidelijk werden.

2.7.3 Commissie Rotterdam

Algemeen oordeel over werkwijze

De Rotterdamse commissie is positief over haar eigen werkwijze. De commissie ziet zichzelf als goed op elkaar ingespeeld, en ze oordelen dat de adviesvorming gedurende het proces daardoor steeds concreter en inhoudelijker is geworden en dat het taalgebruik steeds eenvoudiger en helderder is geworden.

De commissie heeft een eigen, 'losse' werkwijze ontwikkeld en heeft zich niet gebonden gevoeld aan opgelegde structuur. Het belang hiervan wordt als groot ervaren, het is belangrijk om de betrokkenen de ruimte te geven om hun verhaal te vertellen. De commissieleden zoeken vervolgens een balans tussen dat wat de betrokkenen willen vertellen en dat wat ze als commissie willen weten.

De commissie heeft slechts in één geval een familielid van de patiënt kunnen horen en miste in een aantal gevallen dan ook het familieperspectief. De commissie had het tot haar eigen verantwoordelijkheid moeten rekenen om familieleden bij de zittingen te betrekken, aldus één van de leden.

Onderlinge dynamiek en verstandhouding

De commissieleden karakteriseren de onderlinge relatie als flexibel, in die zin dat alle leden bereid zijn om water bij de wijn te doen en niet boven alles vast willen houden aan de eigen visie. De leden signaleren een evenwichtige inbreng van ieder commissielid in het proces, waarbij ieder commissielid niet alleen vanuit zijn of haar eigen perspectief kijkt maar ook probeert elkaars perspectief te delen.

Invulling taken en rollen

Het delen van de perspectieven speelt tijdens de zitting een belangrijke rol: het doel is niet zozeer om vanuit het eigen perspectief te reageren maar om over alle aspecten zoveel mogelijk informatie te verzamelen. Wel blijft voor iedereen de eigen expertise leidend: de casussen verschillen van karakter, en daarmee ook de grootte van de inbreng van de commissieleden.

Besluitvormingsproces

Er hebben zich geen aanhoudende meningsverschillen of conflicten voorgedaan binnen de commissie. In het naoverleg is altijd in korte tijd tot overeenstemming over de hoofdlijnen van het advies gekomen. Iedereen kon zich in alle gevallen vinden in het uitgebrachte advies.

Andere werkvormen

Eén van de leden had wellicht willen experimenteren met de vorm van de zitting, bijvoorbeeld door een korte pauze tijdens de zitting. Ook het hanteren van een meer gestructureerd format voor de adviezen had een verbetering van de eigen werkwijze kunnen opleveren.

Invulling van de bemiddelende rol

Bemiddeling is voor de commissie als zodanig geen doel geweest, maar vormde soms wel een bijproduct van de zitting. In alle gevallen is echter een advies afgegeven: bemiddeling leidde niet tot het intrekken van de aanvraag.

Knelpunten

Als belangrijkste knelpunt in de pilot benoemde de commissie het dikwijls ontbreken van belangrijke informatie over de context en/of behandeling van de patiënt. Dit vormde een belemmering tijdens de zitting en bij het opstellen van het advies. Ook betreurt de commissie dat zij niet of nauwelijks ambulante patiënten heeft gezien in de pilot en vreest men dat deze groep ook na invoering van de nieuwe wet moeilijk bereikbaar zal zijn.

2.7.4 Commissie Utrecht

Algemeen oordeel over werkwijze

Deze commissie is gedurende de looptijd van de pilot ingrijpend in samenstelling gewijzigd: de psychiater is na 8 casussen vervangen door een andere psychiater, en de voorzitter is na 10 casussen vervangen door een andere voorzitter. Dat maakte het moeilijk om een uniforme werkwijze te realiseren, zo blijkt uit de interviews.

De commissie is met name tevreden over het zelf opgestelde voorblad dat het vooroverleg inhoudelijke voedde en de basis vormde voor het uiteindelijke advies. Ook het duidelijke adviesformat met verschillende onderdelen vinden de commissie prettig om mee te werken. De Utrechtse commissie is zeer tevreden over de net afgestudeerde juriste die het ambtelijk secretariaat vormt. Zij heeft een belangrijke rol in de verslaglegging en adviesvorming, waardoor de overige leden hier minder tijd aan kwijt zijn.

Onderlinge dynamiek en verstandhouding

De Utrechtse commissieleden vinden het soms moeilijk om zich te verplaatsen in de andere in de commissie aanwezige perspectieven. Dit brengt een risico met zich mee dat het overleg na de zitting verwordt tot een discussie waarin de perspectieven automatisch tegenover elkaar worden gepositioneerd, in plaats van dat de perspectieven open op tafel worden gelegd en gezocht wordt naar overeenkomsten.

De commissieleden signaleren een niet geheel gelijkwaardige inbreng vanuit de verschillende perspectieven, waarbij het psychiatrisch en soms ook juridisch perspectief in de praktijk vaak dominant blijken.

Invulling taken en rollen

Voor een deel van de commissieleden was niet geheel duidelijk welke posities het patiënten- en familieperspectief zouden moeten innemen. Wel heeft hier een positieve ontwikkeling in plaatsgevonden. Het patiëntenperspectief en het familieperspectief hebben in de praktijk vooral invloed op deelaspecten zoals de beter begrip voor de wensen van de patiënt en de toon van het advies. Over de rol van de psychiater en de voorzitter was geen onduidelijkheid. Wel signaleren twee leden dat de nieuwe voorzitter anders functioneert en dat dit tot een iets andere werkwijze van de commissie leidt. Ook bij de nieuwe psychiater is een accentverschuiving in het optreden binnen de commissie gesignaleerd die invloed heeft op de werkwijze van de commissie. Ten slotte zijn vraagtekens gezet bij de meerwaarde die het voor de patiënt heeft om het familieperspectief deel uit te laten maken van de commissie.

Andere werkvormen

De commissie heeft met name in de latere zittingen geëxperimenteerd met de gehanteerde werkwijze, omdat het voor sommige patiënten als te belastend werd ervaren om door de voltallige commissie gehoord te worden¹. Dit zorgde voor enige wrijving binnen de commissie: een deel van de leden was van mening dat daarmee de gelijkwaardigheid van de perspectieven onder druk kwam te staan en men verschilde van mening over de kwaliteit van de vraagstelling (zonder de mogelijkheid te hebben om hierop te corrigeren). Bovendien was niet ieder lid overtuigd van de noodzaak van deze alternatieve werkwijze. Eén keer is gewerkt met een e-mailronde over het advies, maar dat is slecht bevallen.

Besluitvorming

De commissieleden konden het onderling niet altijd geheel eens worden over de inhoud van het advies. In die gevallen heeft de voorzitter uiteindelijk de knoop doorgehakt. Op één na alle commissieleden geven aan zich te kunnen vinden in de adviezen die zijn uitgebracht.

Invulling van de bemiddelende rol

Voor de commissie is advisering van de rechter/geneesheer-directeur duidelijk het doel van de commissie. Een aantal leden vindt dat de commissie desalniettemin een bemiddelende rol heeft gehad in een aantal zaken, vooral waar het gaat over ruimte scheppen in de handelrelatie.

¹ In die gevallen is onder meer gekozen voor één woordvoerder, voor twee woordvoerders (beide in het bijzijn van de overige commissieleden) of voor een afvaardiging van de commissie die met de patiënt en behandelbaar sprak.

3 Resultaten van de pilotcommissies

3.1 Cijfermatig overzicht aantal en type zittingen per regio

In tabel 3.1 is een overzicht opgenomen van het aantal en type zittingen per regio. Hieruit is op te maken dat in de pilotcommissies voornamelijk geëxperimenteerd is met adviezen ten behoeve van een aanvraag voor een machtiging tot opname of voortgezet verblijf. Met name de commissie Rotterdam heeft ook enige ervaring opgedaan met het schrijven van adviezen ten behoeve van beslissingen over dwangbehandeling en ontslag. In totaal zijn in de looptijd van de monitor¹ 55 adviezen uitgebracht.

Tabel 3.1 Aantal en type zittingen per pilotregio

Regio	Dwangopname	Dwangbehandeling	Ontslag	Totaal
Amsterdam	12	2	-	14
Groningen	7	-	1	8
Rotterdam	10	3 ²	5	18
Utrecht	11	3	1	15
Totaal	40	8	7	55

3.2 Resultaten van de hoorzittingen

Resultaten van de hoorzitting vanuit het oogpunt van betrokkenen

De betrokkenen bij de hoorzitting noemen de volgende positieve resultaten:

- Patiënten zijn in staat gesteld om hun eigen verhaal te vertellen
- Patiënten ervaren dat de commissie hun verhaal serieus neemt en goed naar hen luistert
- Patiënten hebben het idee beter hun verhaal te kunnen doen dan bij een hoorzitting met de rechter
- Patiënten ervaren een 'eerlijkere kans' te krijgen dan bij een hoorzitting met de rechter
- De hoorzitting levert informatie op over de behoefte aan zorg en de wensen van de patiënt
- Er is meer aandacht voor het standpunt van de familie
- De situatie is belicht vanuit verschillende perspectieven doordat tijdens de zitting vragen over meer verschillende onderwerpen en levensdomeinen worden gesteld
- De situatie kan belicht worden vanuit meerdere (maatschappelijke) perspectieven waardoor de uitkomst minder afhankelijk is van alleen de visie van een rechter
- Er is naar de inhoud van de behandeling gekeken en er is verkend wat de mogelijkheden zijn.

¹ Alle adviezen uitgebracht tot 15 oktober zijn meegenomen in deze analyse. Groningen heeft na 15 oktober nog diverse zittingen gehouden. Ook deze 'nagekomen adviezen' zijn in het onderzoek betrokken.

² Twee keer betrof dit een tussentijdse beoordeling van een ambulant verblijvende patiënt.

- De behandelaar is in mindere mate in de rol van verzoeker geplaatst dan in de huidige werkwijze.
- Er is een afweging gemaakt tussen de wensen van de patiënt en de voorgestelde behandeling, waar voorheen het oordeel van de behandelaar sneller werd overgenomen.

De betrokkenen bij de hoorzitting hebben ook negatieve punten genoemd:

- De zitting is (te) belastend voor de patiënt
- De commissie heeft tijdens de zitting niet alle mogelijkheden benut om informatie van de familie in te winnen
- De patiënten hebben valse hoop gekregen op minder dwang omdat hun eigen wensen en behoeften centraal staan tijdens de zitting.
- Er is geen informatie boven tafel gekomen die nog niet bij de behandelaar bekend was
- Patiënten raken teleurgesteld wanneer hun behandelaar niet op de zitting aanwezig is. Afwezigheid van de behandelaar leidt er toe dat de patiënt zich minder serieus genomen voelt omdat de behandelaar met zijn afwezigheid geen blijk geeft dat hij zich realiseert welke impact gedwongen zorg op de patiënt heeft
- Afwezigheid van de behandelaar leidde ertoe dat behandelinhoudelijke aspecten in die gevallen niet duidelijk voor het voetlicht zijn gekomen
- De zitting heeft geen meerwaarde voor de patiënt omdat de commissie alleen haar eigen visie bevestigd wil zien en daarom niet goed doorvraagt (patiënt)
- In de zitting wordt onvoldoende kritisch gekeken naar de behandelinhoudelijke aspecten (advocaat)
- De commissie gaat soms te ver in haar "bemoeienis" ten aanzien van de behandeling. Enkele behandelaren zijn van mening dat de commissie niet over de behandeling kan oordelen als de commissie niet de beschikking heeft over het volledige dossier.

Resultaten van de hoorzitting vanuit het oogpunt van commissieleden

De leden van de pilotcommissies benoemen de volgende positieve resultaten van de hoorzittingen:

- De bredere context van de cliënt wordt door het gesprek duidelijk: er is niet alleen focus op de stoornis, maar ook op de patiënt in andere rollen dan de zorgbehoefte.
- Er vindt een discussie plaats die ingaat op de zorgbehoefte, en niet alleen over wat nodig is om het gevaar weg te nemen
- De patiënt wordt 'gedwongen' zijn wensen en behoeften te formuleren
- Het advies is meer op de persoon toegesneden dan het 'droge' ja of nee in de huidige Bopz-setting
- De patiënt krijgt duidelijkheid over de behandeldoelen
- De behandelaar krijgt duidelijkheid over de wensen en perspectieven van de patiënt
- Tijdens de zitting krijgt de commissie inzicht in de visie en inspanningen van de behandelaar, waardoor een vorm van 'controle' hierop kan plaatsvinden (heeft de behandelaar voldoende gedaan?)
- De patiënt heeft het gevoel dat hij vrijuit kan spreken en dat hij gehoord wordt
- Er is sprake van persoonlijke aandacht voor de patiënt: hij kan uitgebreider zijn verhaal doen en er wordt uitvoeriger bij zijn verhaal stilgestaan
- De commissie bemiddelt tussen behandelaar en patiënt door mogelijkheden voor minder ingrijpende vormen van dwang te onderzoeken
- De werkwijze van de commissie brengt informatie boven tafel die tot dan toe onbekend was voor de behandelaar.

Daarnaast noemt een enkel commissielid ook negatieve resultaten:

- Een (te) grote belasting van de patiënt
- Een (te) grote belasting van de betrokkenen
- Patiënt spreekt niet vrijuit door de grote hoeveelheid aanwezigen
- Patiënt raakte ontremd na afloop van de zitting
- Het advies leidde tot een klachtenprocedure (die beslist werd in het voordeel van de cliënt) omdat de behandelaar het advies naast zich neerlegde.

3.3 De uitgebrachte adviezen

Wetsvoorstel Verplichte GGz. artikel 5:14

De commissie gaat in het advies afzonderlijk in op:

- Een diagnose van de psychische stoornis
- De zorg die noodzakelijk is om het aanzienlijk risico op schade weg te nemen
- De voorwaarden die noodzakelijk zijn om de deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te bevorderen
- De wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van betrokkenen zoals vastgelegd op de zorgkaart
- De minimale en maximale duur van de afzonderlijke vormen van zorg
- De wijze waarop de zorgaanbieder en de directeur zorgkwaliteit de kwaliteit van de verplichte zorg bewaren
- De momenten waarop de directeur zorgkwaliteit en de zorgverantwoordelijke de subsidiariteit, proportionaliteit, en effectiviteit beoordelen van de zorg en verplichte zorg
- De zorgaanbieder, de directeur zorgkwaliteit en de zorgverantwoordelijke die kunnen worden belast met de uitvoering van de zorgmachtiging en zo nodig de accommodatie.

Memorie van toelichting

Zorgmachtiging:

In het advies van de commissie aan de rechter worden deze voorkeuren van de patiënt opgenomen, tezamen met de zienswijze van de zorgverantwoordelijke in het zorgplan of deze voorkeuren al dan niet gehonoreerd kunnen worden.

(...) Wanneer de commissie op basis van een goed gemotiveerd verzoek kan aangeven waarom, op welk moment en voor welke duur een bepaalde vorm van dwang een geëigende interventie is, beschikt de rechter over de juiste en accurate informatie om te beslissen over het verzoek.

Het bereik van de zorgmachtiging zal naadloos moeten aansluiten bij de omvang van de adviestaak van de commissie; met een grondige en kwalitatief goede voorbereiding van advies zal de rechter kunnen besluiten tot een machtiging waarmee de best geclausuleerde interventies kunnen worden gelegitimeerd, en daarmee de juiste begrenzing van dwang kunnen stellen.

Beëindigen van een zorgmachtiging:

De commissie zal in haar advies het principe van wederkerigheid mee moeten laten wegen en beoordelen of de randvoorwaarden voor een succesvolle deelname aan het maatschappelijke leven voor betrokkene aanwezig zijn

Zorgbehoefte:

De behoefte aan kwalitatief goede zorg waarin adequaat wordt ingespeeld op de persoonlijke beleving en ervaring van een psychische stoornis en die in veel gevallen voorkomt dat een patiënt geconfronteerd moet worden met een gedwongen interventie.

Alternatieven voor dwang:

Hierbij gaat het om minder bezwarende alternatieven voor de patiënt dan zorg onder dwang die ook het beoogde effect zullen hebben. Een stapsgewijze benadering in de zorg ("stepped-care") brengt uitdrukking aan het versterken van de positie van de persoon met een psychische stoornis. Dwang staat hierbij niet voorop, maar is de laatste, liefst vermijdbare interventie die pas kan worden toegepast als andere vrijwillige interventies ontoereikend zijn.

Nazorg:

Hieronder wordt de zorg geschaard die gedurende een periode van dwang tot doel heeft aandacht te besteden aan voorzieningen als huisvesting en middelen van bestaan die noodzakelijk zijn alvorens de gedwongen zorg te kunnen beëindigen. Ook moet men tijdens de gedwongen zorg trachten de betrokkene ontvankelijk te krijgen voor vrijwillige zorg die op de gedwongen zorg kan volgen.

Zittingsverslag:

Van de zitting wordt een uitgebreid verslag gemaakt zodat de rechter kennis kan nemen van de zienswijzen die bij de commissie door de verschillende partijen zijn ingebracht.

Resultaten pilotcommissies

Geen van de commissies heeft de structuur van het adviesformat vormgegeven op basis van artikel 5:14. Geen van de uitgebrachte adviezen gaat afzonderlijk in op alle punten die volgens de wet in het advies opgenomen moeten worden.

Daarmee sluit de invulling van het advies niet aan bij de omvang van de adviestaak van de commissie.

Hoewel in de uitgebrachte adviezen doorgaans zowel aandacht is voor het perspectief van de patiënt en de behandelaar, wordt niet expliciet ingegaan op de vraag in hoeverre de behandelaar de voorkeuren van de patiënt honoreerbaar acht zoals gevraagd wordt in de Memorie van toelichting. De commissies beoordelen bij ontslag niet altijd expliciet of de randvoorwaarden voor een succesvolle deelname aan het maatschappelijke leven voor betrokkene aanwezig zijn.

In alle adviezen wordt aandacht besteed aan de zorgbehoefte van de patiënt zoals de commissie deze interpreteert. Er ontbreekt echter een heldere definiëring van het begrip (binnen de commissies) en haar rol in de adviesvorming.

Alternatieven voor dwang is één van de aspecten waar de commissies op toetsen. De argumentatie die aan de conclusie ten grondslag ligt, wordt echter niet expliciet gemaakt, waardoor geen sprake is van een stapsgewijze benadering van de zorg.

De aandacht voor nazorg is wisselend, zowel tussen commissies als binnen commissies. In alle gevallen is de beschreven nazorg niet voldoende (bestrijkt niet alle levensdomeinen) en vaak ook niet uitgewerkt.

Hoewel de meeste commissies een zittingsverslag opmaken, wordt deze niet meegestuurd naar de rechtbank. Daardoor is het voor de rechters niet mogelijk om kennis te nemen van de verschillende zienswijzen.

3.3.1 Opbouw van de adviezen

De adviezen uitgebracht door de Utrechtse en Groningse commissie kennen dezelfde opbouw; een inhoudelijk georiënteerde indeling waarin verschillende thema's onder verschillende kopjes worden gerangschikt (diagnose, gevaarscriteria, crisiskaart, etc.). Het advies bestaat uit een A-deel en een B-deel. Het A-deel bevat uitsluitend gegevens over de casus en een advies. Het B-deel bevat - naast de gegevens over de casus - een korte beschrijving van de tot op heden verleende zorg, een beoordeling van de inhoud van het zorgplan, een beoordeling van de causale relatie tussen de stoornis en het gevaar (in het wetsvoorstel

aanzienlijk risico op ernstige schade), de voorkeuren van de cliënt, een beoordeling of voldaan is aan de criteria voor verplichte zorg, alternatieven voor verplichte zorg, en een advies over de te verlenen zorg¹. De Utrechtse adviezen (B-deel) bestaan doorgaans uit 5 à 6 pagina's. De Groningse adviezen beslaan 1 tot 5 pagina's.

De adviezen van de commissies Rotterdam en Amsterdam kennen een andere opbouw dan de Groningse en Utrechtse adviezen. De Rotterdamse commissie neemt de chronologie van het adviestraject min of meer als uitgangspunt. Het advies begint met een verslag van de hoorzitting en geeft dan de bevindingen van de pilotcommissie weer. Onder het kopje 'advies' vindt een uitsplitsing plaats naar de Wet bopz en het wetsvoorstel Verplichte GGz. De adviezen beslaan gemiddeld ongeveer vier pagina's. De opzet van de Amsterdamse adviezen heeft een meer juridisch karakter. Het inhoudelijke deel begint met een toelichting op het verzoek, bestaande uit de situatie van de cliënt en de aanleiding voor het verzoek. Vervolgens splitst het advies zich in twee delen: een A-deel waarin getoetst wordt aan het gevaarscriterium (bopz) en een B-deel waarin getoetst wordt aan de criteria voor verplichte zorg en waarin wordt toegelicht wat er tot op heden geprobeerd is om de schade te beperken dan wel af te wenden en wat dat heeft opgeleverd. Beide toetsingen leiden tot een eigen advies. De omvang van de gehele adviezen (A- en B-deel) is gemiddeld 4 pagina's. Een uitgebreide beschrijving van de adviesformats is opgenomen bijlage 5.

3.3.2 Herkomst van de informatie in het advies

Informatie uit aangeleverde documenten

De Utrechtse commissie probeert vanaf de zesde casus een duidelijke scheiding in het advies aan te brengen tussen informatie uit de aangeleverde stukken en informatie die in de zitting naar voren komt door gebruik te maken van respectievelijk normaal en cursief lettertype². Vanaf het negende advies wordt op het voorblad tevens aangegeven welke stukken aan de commissie ter beschikking stonden. In de adviezen die daarvoor zijn uitgebracht is niet geheel duidelijk. Doorgaans is meerderheid van de informatie in het advies getypt in normaal lettertype, waaruit we kunnen concluderen dat de schriftelijke informatie als basis dient voor de adviesvorming.

Alle uitgebrachte adviezen van de Amsterdamse commissie bevatten een overzicht van de aan de commissie aangeleverde informatie. Vanaf A6 is in de adviezen duidelijk zichtbaar gemaakt welke informatie afkomstig is uit de stukken en welke informatie ter zitting boven tafel gekomen is: het onderdeel 'toelichting op het verzoek' (achtergrond/situatie cliënt) is opgebouwd uit schriftelijke informatie (en het onderdeel 'toetsing van verzoek aan criteria 'verplichte zorg'' maakt gebruik van feiten ingebracht tijdens de hoorzitting). In de meeste adviezen ligt het zwaartepunt op de informatie die tijdens de zitting naar voren is gekomen (dit maakt ook het grootste onderdeel uit van het advies).

In de adviezen van de Rotterdamse commissie is altijd benoemd over welke stukken de commissie beschikte voor de adviesvorming. In het advies wordt meer ruimte (en aan-

¹ Het enige verschil in opbouw tussen het Groningse en Utrechtse format is dat de paragraaf 'ziekteverloop' in Utrecht alleen is opgenomen in het A-deel en dat dit bij Groningen deel uitmaakt van het algemene advies-deel.

² Dit roept hier en daar onduidelijkheden op, bijvoorbeeld wanneer informatie waarbij staat 'ter zitting is vermeld' niet cursief wordt weergegeven en informatie die een analyse van de commissie vormt, eveneens cursief wordt weergegeven.

dacht) besteed aan wat ter zitting naar voren is gekomen dan aan de informatie uit de stukken.

Uit de Groningse adviezen wordt niet altijd duidelijk waaruit de opgenomen informatie afkomstig is. Zo nu en dan wordt de toevoeging 'Uit de stukken' of 'ter zitting' voor een bepaald feit genoemd, maar dit is niet altijd het geval. Ook is niet aangegeven over welke stukken de commissie beschikt bij haar adviesvorming.

Informatie uit de hoorzitting / perspectieven van gehoorde

De Utrechtse commissie vermeldt in alle perspectieven de visie/mening van de patiënt en de voorkeuren van de patiënt. Pas vanaf het vijfde advies wordt beschreven wat de visie van de ter zitting aanwezige betrokkenen (PVP, advocaat, familie) is. Dit beperkt zich in de meeste gevallen tot hun visie op een machtiging; onduidelijk is of en zo ja wat de betrokkenen ter zitting verder hebben ingebracht. Ook wordt niet altijd de visie van alle ter zitting aanwezige betrokkenen weergegeven. Daarnaast wordt in veel adviezen niet duidelijk wat de behandelaar ter zitting heeft ingebracht. Er is weliswaar informatie over diagnose en het behandelplan opgenomen, maar dit is afkomstig uit de stukken.

In de Amsterdamse adviezen wordt alleen informatie opgenomen die relevant is voor de toetsing aan de criteria en voor de onderbouwing van het advies. Dat betekent dat de inbreng van verschillende gehoorde niet vanzelfsprekend en niet geheel wordt opgenomen in de adviezen. Wel is bijna altijd informatie vanuit de cliënt en behandelaar opgenomen, en ook van de familie, indien aanwezig. De aandacht voor inbreng vanuit de advocaat en PVP is wisselend. In de latere adviezen wordt de inbreng vanuit gehoorde vaker expliciet opgenomen dan in de eerdere adviezen.

De Rotterdamse commissie besteedt evenals de Amsterdamse commissie niet afzonderlijk aandacht aan de visie van betrokkenen ter zitting. Wel bevat de paragraaf 'verslag van de hoorzitting' altijd een vrij uitgebreide weergave van wat de patiënt en de behandelaar ter zitting te berde hebben gebracht. De inbreng van de advocaat en PVP wordt niet altijd benoemd, waardoor onduidelijk blijft wat hun rol in de zitting geweest is. Familie van de patiënt is pas in één zitting aanwezig geweest.

De commissie Groningen heeft vanaf het tweede advies een aparte paragraaf voor de visie/mening van cliënt en de visie van betrokkenen ter zitting opgenomen. De mening van de patiënt over de juridische maatregel is hierin altijd beschreven, maar overige wensen en ideeën (zoals toekomstperspectief) ontbreken hierin doorgaans. Wel worden deze meestal kort benoemd onder het kopje 'voorkeuren van de cliënt'. De visie van de behandelaar op de toestand van de patiënt komt in alle adviezen aan bod. De visie van de familie wordt niet altijd weergegeven, de visie van de PVP is éénmaal weergegeven. In vier gevallen was een advocaat aanwezig, en zijn/haar inbreng is in alle gevallen in het advies is opgenomen.

Expertise vanuit andere zorg- of behandel disciplines

In geen van de commissies is gebruikt gemaakt van expertise vanuit andere zorg- of behandel disciplines. Derhalve komt dit in de adviezen niet terug. Wel zien we dat bij een aantal zittingen naast een arts/psychiater ook een SPV, activiteitenbegeleider, trajectbegeleider of SPV aanwezig is. De inbreng van deze aanwezigen wordt in de adviezen doorgaans echter niet benoemd, waardoor onduidelijk blijft of en zo ja welke expertise zij hebben ingebracht en wat hiermee gedaan is.

Multidisciplinaire inbreng vanuit de commissie

In de uitgebrachte adviezen van de vier commissies is de inbreng vanuit de verschillende binnen de commissie aanwezige disciplines niet als zodanig zichtbaar. Er wordt als één orgaan geadviseerd zonder dat daarbij duidelijk is hoe de overwegingen hierbij tot stand gekomen zijn. Op één advies van de Amsterdamse commissie na, is in geen van de adviezen een minderheidsstandpunt ingenomen.

3.3.3 Inhoudelijke aspecten die in de adviezen aan bod komen

Zorgbehoefte van de patiënt

In de Utrechtse adviezen komt de zorgbehoefte zoals de commissie deze op basis van de voorliggende feiten ziet, vooral in de later uitgebrachte adviezen bijna altijd (globaal) aan bod. In de eerdere adviezen is dit meer summier of ontbreekt deze.

De Rotterdamse commissie geeft in alle adviezen weer wat de zorgbehoefte van de patiënt is in de relatie tot de criteria die getoetst dienen te worden vanuit beide wetten (gevaars-criterium, subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid), en komt daarbij in een aantal adviezen tot inhoudelijke aanbevelingen over de inhoud van de zorg of de te volgen stappen.

De Amsterdamse commissie geeft in nagenoeg alle adviezen (B-deel) haar visie op de zorgbehoefte van de patiënt in relatie tot het gevaar. Dit komt met name tot uiting in de afweging of er voor de cliënt vrijwillige of minder ingrijpende alternatieven zijn om het risico op ernstige schade af te wenden of te beperken, en in de conclusie van de commissie over het wel of niet afgeven van een zorgmachtiging. Ook doet de commissie in een aantal gevallen aanbevelingen richting de behandelaar over de globale invulling van de zorg.

De adviezen van de Groningse commissie gaan zeer summier in op de zorgbehoefte van de patiënt. Er wordt wel vermeld of er aan de criteria voor verplichte zorg wordt voldaan, maar daarbij wordt weinig of geen inhoudelijke motivatie gegeven. Daardoor is de visie op de zorgbehoefte van de patiënt in veel gevallen incompleet of onduidelijk.

Alternatieven voor dwang

De adviezen van de Amsterdamse commissie gaan in op de vraag of vrijwillige dan wel minder bezwarende alternatieven beschikbaar zijn om het risico op zorg af te wenden. Ook wordt ingegaan op wat al geprobeerd is. Daarbij wordt in de meeste gevallen een korte motivatie gegeven waarom de commissie beoordeelt dat deze niet (of wel) aanwezig zijn. De mate van inhoudelijke uitwerking is beperkt.

De Rotterdamse commissie toetst in het advies aan de criteria voor het afgeven van een zorgmachtiging, maar geeft geen motivatie waarom naar haar oordeel aan de criteria is voldaan. Alternatieven voor dwang worden als onderdeel van de criteria overwogen, maar er wordt niet aangegeven waarom deze niet aanwezig zijn.

De Utrechtse commissie heeft een aparte paragraaf over de alternatieven voor dwang opgenomen en toetst eveneens aan het criterium of er geen basis voor vrijwilligheid is. In een aantal adviezen wordt beargumenteerd waarom dwang in de opinie van de commissie noodzakelijk is, maar in een aantal adviezen wordt deze argumentatie niet gegeven.

De adviezen van de commissie in Groningen bevatten eveneens een paragraaf over alternatieven voor dwang en een toetsing aan het criterium mogelijkheden voor vrijwilligheid. In alle gevallen ontbreekt een inhoudelijke onderbouwing van het oordeel van de commissie dat alternatieven voor dwang niet (of wel) aanwezig zijn. In twee gevallen wordt kort benoemd welke alternatieven voor dwang eerder geprobeerd zijn ('medicatie en ambulante psychiatrische behandeling') maar dit wordt niet verder uitgewerkt of toegelicht.

Voorwaarden voor maatschappelijke participatie (nazorg)

De commissie Utrecht heeft in één advies een duidelijk standpunt ingenomen over de benodigde voorwaarden voor maatschappelijke participatie (en het huidige ontbreken daarvan). In de overige adviezen is dit niet expliciet benoemd door de commissie.

De Rotterdamse commissie besteedt bijna uitsluitend aandacht aan de voorwaarden voor maatschappelijke participatie wanneer het advies handelt over een verzoek tot onvoorwaardelijk ontslag. Aan de voorwaarden wordt geen inhoudelijke invulling gegeven. Het aanwezig zijn of ontbreken van de in de ogen van de commissie benodigde voorwaarden zijn mede reden voor het adviseren om wel of niet ontslag te verlenen.

In de adviezen die door de Groningse commissie zijn opgesteld, wordt geen aandacht besteed aan de voorwaarden voor maatschappelijke participatie. Wel wordt tweemaal geadviseerd tot het afgeven van een zorgmachtiging waarin toegewerkt dient te worden naar een zelfstandige woonsituatie. Er wordt echter niet aangegeven hoe dit gerealiseerd dient te worden.

De benodigde voorwaarden voor maatschappelijke participatie komen in een deel van de Amsterdamse adviezen expliciet aan bod, echter zonder hier concreet invulling aan te geven. Het gaat hier in alle gevallen om adviezen naar aanleiding van een aanvraag voor een machtiging (3 x VM, 2 x MVV). Het is niet duidelijk waarom in de andere adviezen over een machtiging geen aandacht hieraan wordt besteed.

3.3.4 Invulling van de zorgmachtiging

In de negen geanalyseerde adviezen van de commissie Utrecht die betrekking hebben op een aanvraag voor een RM, adviseert de commissie in alle gevallen positief. Er wordt daarbij zeer beperkt invulling gegeven aan de punten die in de zorgmachtiging terug moeten komen. In een aantal adviezen is beknopt aangegeven welk type zorg in de ogen van de commissie bij zou kunnen dragen aan het wegnemen van het risico op schade. Ook wordt éénmaal een duidelijke visie gegeven op de benodigde zorg om maatschappelijke participatie mogelijk te maken. De overige aspecten komen niet aan de orde.

Van de acht geanalyseerde Rotterdamse adviezen die handelen over de aanvraag van een machtiging zijn er zes waarin de commissie geen gronden ziet om de rechter te verzoeken tot het afgeven van een machtiging over te gaan. In deze adviezen wordt om die reden geen invulling aan de zorgmachtiging te geven. In twee gevallen wordt wel tot een zorgmachtiging verzocht door de commissie. In deze adviezen wordt aangegeven waaruit de behandeling dient te bestaan (= de zorg die noodzakelijk is om het aanzienlijke risico op ernstige schade weg te nemen). In één van de twee adviezen worden daarnaast ook de voorwaarden benoemd die nodig zijn om deelname aan het maatschappelijk leven te be-

vorderen. De overige punten die in de zorgmachtiging terug moeten komen, zijn echter niet omschreven.

Zes van de zeven geanalyseerde Groningse adviezen hebben betrekking op een verzoek tot afgifte van een rechterlijke machtiging. In vijf adviezen wordt de rechter verzocht een machtiging af te geven. In geen van deze adviezen wordt nader gespecificeerd hoe de zorgmachtiging ingevuld zou moeten worden.

In de twaalf geanalyseerde Amsterdamse adviezen die handelen over een zorgmachtiging, wordt in tien gevallen geadviseerd om een zorgmachtiging af te geven. Daarbij wordt globaal invulling gegeven aan de benodigde zorg om het risico op ernstige schade te beperken dan wel weg te nemen, bijvoorbeeld door 'kortdurende klinische behandeling en aansluitend structurerende woonbegeleiding met een voldoende hoge contactfrequentie en medicatietoediening' te adviseren. Begrippen als kortdurend en voldoende hoog worden niet geoperationaliseerd. Aan de voorwaarden voor bevordering van deelname aan het maatschappelijk leven wordt (zoals eerder beschreven) in vijf van de twaalf adviezen expliciet maar beknopt aandacht besteed. De overige elementen van de zorgmachtiging komen niet aan bod in de adviezen.

3.3.5 Oordeel van rechters en geneesheren-directeuren over de inhoud van de adviezen

In onderstaande tabel is aangegeven hoeveel adviezen geïnterviewde personen hebben ontvangen. Uitspraken die gedaan worden, hebben in de meeste gevallen op een relatief klein aantal adviezen betrekking.

Tabel 3.2 Aantal adviezen dat de geïnterviewden hebben ontvangen

	Rotterdam	Utrecht	Groningen	Amsterdam
Geneesheer-directeur	5	2	-	-
Pilot-rechter	7	5	1	5

Amsterdam

Adviezen over zorgmachtiging

De pilot-rechter beoordeelt de adviezen als afgewogen en zij waardeert het pionierswerk van de commissie. De laatste adviezen komen op de rechter meer afgewogen over dan de eerste twee adviezen. De standpunten van de verschillende gehoorde zijn niet altijd uit de adviezen te halen. In de eerste drie adviezen is het niet of erg beknopt weergegeven. In de latere adviezen zijn de standpunten van de verschillende gehoorde wel beschreven, maar blijft dit beknopt. Alle informatie die in de adviezen staat kan de rechter ook (ter zitting) verzamelen. Ook de informatie die nu in het B-deel staat kan op de zitting aan de orde komen. Wanneer de adviezen extra informatie bevatten, biedt dit voor haar nauwelijks meer inzicht in de zaak.

De pilot-rechter in Amsterdam geeft aan dat de visie van de commissie op de zorgbehoefte niet verder reikt dan het type Bopz-machtiging dat is aangevraagd. Zo wordt bij een klinische machtiging geen aandacht besteedt aan de ambulante behandeling en de nazorg, en bij een voorwaardelijke machtiging is de inhoud van de klinische zorg niet vormgegeven. Daarnaast zijn de grenzen van dwang niet altijd duidelijk aangegeven in de behandeladviezen.

Tevens vindt zij dat de minder verstrekkende maatregelen (indien aanwezig) erg globaal beschreven zijn qua zorginhoud. Ook wordt van al geprobeerde alternatieven niet aangegeven of deze met of zonder dwang zijn geprobeerd.

De benodigde voorwaarden voor maatschappelijke participatie komen weliswaar in de adviezen aan bod, maar worden inhoudelijk niet verder ingevuld. Er wordt bijvoorbeeld niet vermeld welke concrete stappen gezet moeten worden om bepaalde doelen te bereiken.

De adviezen hebben voor de pilot-rechter (naar eigen zeggen) een meerwaarde, maar zij voldoen niet aan de eisen die de wet stelt om een zorgmachtiging in te kunnen vullen. De omvang en ernst van het risico op schade is beschreven. De inhoud van de zorg, de voorwaarden voor deelname aan maatschappelijk leven en een differentiatie van de dwang worden soms wel benoemd, maar worden onvolledig omschreven c.q. niet concreet uitgewerkt. De overige punten komen helemaal niet aan bod. Daarmee zijn de adviezen niet bruikbaar voor de rechter. Ook mist de rechter informatie over hoe de rechtspositie van de cliënt geregeld moet worden in de zorgmachtiging.

Adviezen over ontslag en dwangbehandeling

Er is geen geneesheer-directeur in de regio Amsterdam geïnterviewd. Redenen hiervoor zijn dat geneesheren-directeuren in deze regio maximaal één advies ontvangen hebben. Er zijn in totaal drie adviezen gericht aan geneesheren-directeuren afgegeven, waarvan twee vóór de zomervakantie¹. De derde is zeer kort voor de rapportageperiode afgegeven en kon daarom (nog) niet meegenomen worden.

Rotterdam

Adviezen over zorgmachtiging

De pilot-rechter beoordeelt de adviezen van de Rotterdamse commissie als gedegen. De kwaliteit van de adviezen is toegenomen gedurende het pilottraject en er worden nu duidelijkere standpunten ingenomen dan in het begin. Het advies bevat zeker andersoortige informatie dan zij zelf in staat is te verzamelen binnen de huidige setting. Als zij op grond van de adviezen de bopz-criteria zou moeten beoordelen (wat in Rotterdam – in tegenstelling tot Utrecht - niet gebeurd is), zou ze naar eigen zeggen zeker een andere beslissing nemen dan die uiteindelijk genomen is door de behandelend rechter. Sommige adviezen hebben voor de pilot-rechter als eye-opener gefungeerd, met name als het gaat om de toepassingsmogelijkheden van de zelfbindingsmachtiging en het doorbreken van een jarenlang patroon van het afgeven van voorwaardelijke machtigingen zonder de laatste stap te durven wagen. Eénmaal was het advies weinig bruikbaar voor de rechter, er was geen basis voor vrijwillige zorg, maar er werd ook niet voldaan aan de criteria van de wet volgens de commissie. Ook hier werd een zelfbindingsverklaring geadviseerd. Onduidelijk was of er draagvlak was voor een zelfbindingsverklaring bij behandelaar en patiënt. Mocht dit niet zo zijn, dan zou de rechter de hele toetsing opnieuw moeten uitvoeren.

¹ In één geval is de situatie geëscaleerd nadat de klachtencommissie het advies alsnog had overgenomen, waarover de betreffende geneesheer-directeur niet positief was.

De verschillende perspectieven van de gehoorde(n) kan de rechter niet altijd in het advies terugzien omdat er vooral in termen van bevindingen gerapporteerd wordt. Dit is wel verbeterd gedurende het traject.

De rechter ziet in de adviezen de inspanningen van de commissie terug om op een goede manier aandacht aan de zorgbehoefte te besteden. Het is in haar ogen moeilijk om dit te omschrijven zonder uit te komen op het bestwilcriterium, en vindt dat de commissie hier redelijk goed in geslaagd is.

De voorwaarden die noodzakelijk zijn om deel te kunnen nemen aan de maatschappij ziet zij niet in het advies terug. De rechter ziet overigens ook niet hoe de commissie hieraan inhoud zou kunnen geven omdat dit een verregaande kennis van alle voorzieningen vergt. Bovendien spelen ook allerlei ketenpartners hierin een belangrijke rol, waardoor het niet geheel tot de verantwoordelijkheid van de behandelaar gerekend kan worden om dit te realiseren. Daarnaast is de vraag in hoeverre het wetsvoorstel zal motiveren om problemen multidisciplinair aan te pakken. Ook onder de huidige wetgeving worden afspraken gemaakt over bijvoorbeeld extra begeleiding, maar vaak blijken deze na een half jaar of een jaar niet waargemaakt. De hulpverleners moeten de voorwaarden uitvoeren, maar de condities waaronder blijven hetzelfde.

Verder geeft de rechter aan dat zij geen alternatieven voor dwang benoemd ziet, maar dat de commissie wel vaker dan nu het geval is negatief adviseert. Dat is ook een vorm van een alternatief voor dwang, aangezien een zorgmachtiging altijd dwang inhoudt.

Samenvattend vindt de rechter dat de adviezen op dit moment nog niet helemaal voldoen aan de eisen die de wet hieraan stelt: de commissie doet een goede poging maar het komt er nog niet helemaal uit.

Adviezen over dwangbehandeling of ontslag

De geïnterviewde geneesheer-directeur beoordeelt de kwaliteit van de adviezen als goed. Ze zijn duidelijk, goed onderbouwd en de casuïstiek is zorgvuldig bekeken. Ze ziet verschillen tussen de uitgebrachte adviezen. De adviezen bevatten voor haar voldoende informatie om een beslissing over dwangbehandeling of ontslag op te baseren, en ze miste geen informatie in de adviezen. Hoewel zij alle informatie uit de adviezen als bruikbaar beoordeelt, bevatten de adviezen niet meer of andersoortige informatie dan waar zij vanuit het patiëntendossier over kan beschikken. De perspectieven van de gehoorde(n) zijn duidelijk herkenbaar voor de geneesheer-directeur.

De zorgbehoefte van de patiënt komt zowel vanuit het perspectief van de patiënt als vanuit het perspectief van de behandelaar aan bod.

Alternatieven voor dwang komen in alle adviezen terug in die zin dat geprobeerd wordt om datgene wat in de A-kant geadviseerd wordt, in de B-kant te nuanceren en 'af te schalen'.

De voorwaarden die noodzakelijk zijn voor deelname aan de maatschappij ziet zij weliswaar terug, maar ze ziet hierbij geen onderscheid tussen het A-deel en het B-deel (waarmee de meerwaarde onduidelijk blijft).

Groningen

In Groningen zijn uiteindelijk twee adviezen aan twee verschillende rechters voorgelegd. Met een van deze rechters is gesproken over één aan hem uitgebracht advies. In het algemeen ligt de meerwaarde van een dergelijk advies volgens deze rechter in het feit dat meer mensen de situatie belicht hebben en de context en sfeer anders is dan een bopz-zitting. Het advies bevat de elementen die een rechter nodig heeft. Het werken met ene dergelijke commissie levert echter volgens hem wel erg veel extra werk voor veel betrokkenen.

Utrecht

Adviezen over zorgmachtiging

De pilot-rechter die de Utrechtse adviezen heeft bestudeerd is positief over de inspanningen van de commissieleden in de adviesvorming. Ook is duidelijk dat ze daarbij tegen praktische problemen aanlopen, waardoor niet iedereen gehoord kan worden of slechts kort gehoord kan worden. Het advies heeft dan beperkte zeggingskracht. De adviezen zijn vooral goed van kwaliteit (en daarmee bruikbaar) als het gaat om patiënten die goed aanspreekbaar zijn, de behandeling al langer duurt en de patiënt goed meewerkt (dus geen crisissituaties). Dan is er veel informatie beschikbaar en komt het in een goed kader terecht. Dergelijke adviezen bevatten veel meer informatie dan zij normaal ter zitting te horen krijgt. Het geeft meer inzicht in het verleden van een persoon, en ook wat de daadwerkelijke perspectieven voor terugkeer in de maatschappij zijn. Anderzijds is deze informatie echter niet noodzakelijk voor de rechter om een beslissing te kunnen nemen over de afgifte van een machtiging. Maar is het wel belangrijk voor de betrokkene, om te laten zien dat hij/zij ertoe doet en niet alleen maar samenvalt met zijn ziektebeeld. De verschillende perspectieven van de gehoorde zijn duidelijk voor de rechter, door het gebruik van aparte kopjes in de adviestekst.

Er wordt tijdens de zittingen expliciet gevraagd naar de zorgbehoefte maar uit de adviezen wordt duidelijk dat niet iedereen die even sterk heeft, aldus de rechter.

Alternatieven voor dwang komen doorgaans niet duidelijk uit de adviezen naar voren, op één advies na. Daarin was de commissie kritisch en gaf aan dat er te gemakkelijk naar dwang gegrepen werd terwijl de nazorg niet goed was geregeld. De rechter geeft aan deze informatie niet gemist te hebben omdat het in die gevallen voor haar duidelijk was waarom er geen alternatieven waren.

De voorwaarden voor terugkeer in de maatschappij komen summier aan bod, en bieden geen extra informatie boven wat normaal gesproken al ter zitting aan bod komt, aldus de rechter. Het blijft in het algemene; de stappen ernaartoe zijn niet concreet uitgewerkt.

Adviezen over dwangbehandeling of ontslag

De geneesheer-directeur die een aantal Utrechtse adviezen ontvangen heeft, spreekt over zorgvuldige adviezen die op een zorgvuldige wijze tot stand zijn gekomen. De kwaliteit van de adviezen is beter dan de gemiddelde beschikking van de rechtbank. De geneesheer-directeur ziet geen onderlinge verschillen in de redeneertrant van de uitgebrachte adviezen (bijvoorbeeld tussen verschillende patiëntgroepen). Ze bevatten voldoende informatie voor hem om een beslissing op te kunnen baseren, en ook miste hij geen informatie¹. De adviezen bevatten echter niet meer of andersoortige informatie dan waar hij zelf de beschikking over heeft of kan verzamelen.

De perspectieven van de verschillende gehoorde zijn weliswaar beschreven, maar het is de geneesheer-directeur niet duidelijk welke inbreng van welke deelnemer uiteindelijk tot het gegeven advies heeft geleid.

De zorgbehoefte van de patiënt is voor de geneesheer-directeur terug te zien in de adviezen. Dit had deels te maken met het feit dat er geen zorgkaart of crisiskaart aanwezig was, waardoor de commissie deze informatie tijdens de zitting boven tafel moest zien te krijgen. In een aantal gevallen leidde dit tot een het vinden van een 'opening' in behandelrelatie; iets dat door beide partijen als meerwaarde beschouwd werd.

¹ Kanttekening daarbij is wel dat de commissie geen casuïstiek heeft behandeld die ook de inspanningen van andere verantwoordelijken dan alleen de zorgaanbieder vraagt (bijvoorbeeld een woningbouworganisatie).

Alternatieven voor dwang zijn vooral aan bod gekomen in de vorm van aanlooptrajecten naar eventuele alternatieven. Bijvoorbeeld door het honoreren van patiëntenwens voor een beschermde woonvorm, een advies voor bepaalde therapie of een intensieve behandelmodule. Het is niet duidelijk in hoeverre de commissie daarin van mening verschilt met de psychiater of dat het puur een verschil in opvatting over de fasering is. De meerwaarde van de commissie ligt vooral in het expliciteren van die fasering. De les voor de geneesheer-directeur is dat wellicht meer geprobeerd kan worden om bepaalde dingen in het proces naar voren te halen.

Ook zag hij een aantal malen terug dat aandacht werd besteed aan voorwaarden voor maatschappelijke participatie. De commissie heeft daarbij echter geen antwoord gegeven op de zijns inziens belangrijke vraag in hoeverre deze voorwaarden met of zonder dwang bereikt moeten/kunnen worden, vooral waar het andersoortige zaken dan behandeling betreft.

3.3.6 Oordeel van betrokkenen over de inhoud van de adviezen

Dertien geïnterviewde betrokkenen hebben het afgegeven advies ingezien.

Inhoud

De meeste gehoorde herkennen hun eigen verhaal en dat van de patiënt terug in het advies. Niet altijd komen de standpunten van de andere betrokkenen volgens hen duidelijk naar voren in het advies, met name het standpunt van de familie wordt niet altijd expliciet beschreven.

De patiënten zijn het niet altijd eens met alle informatie die in het advies beschreven staat. Twee keer is door een patiënt aangegeven dat zij het eigen verhaal in het geheel niet herkennen in het advies. Een van de patiënten geeft aan verbaast te zijn dat er ondanks dat er zoveel negatieve dingen in het advies staat er toch een vrij positief advies is uitgekomen. De andere patiënt kan zich echter niet vinden in het advies en vindt dat zijn verhaal is aangedikt.

De wensen van de patiënt zijn volgens de meeste betrokkenen terug te vinden in de adviezen. Enkele advocaten waren van mening dat een standpunt van de patiënt nu soms onderbelicht bleef, zoals het vrijwillig willen blijven in een instelling.

Er wordt opgemerkt dat de adviezen verder gaan dan de behandelplannen die in de instelling gebruikt worden omdat er aandacht is voor nazorg in het advies, terwijl dit in de behandelplannen vaak ontbreekt.

Een aantal keer wordt aangegeven dat de inhoudelijke behandeling mist. Hierdoor weet de cliënt niet waar hij aan toe is. Ook is de bijdrage van het advies aan de continuïteit en doeltreffendheid van de zorg daardoor beperkt.

Draagvlak

Een kleine meerderheid van de gesproken betrokkenen kon zich niet of niet geheel vinden in het advies. Een enkele advocaat zegt zich niet te kunnen vinden in het advies, maar het advies van de commissie wel te begrijpen.

Redenen waarom betrokkenen zich niet altijd konden vinden in het advies waren:

- Het advies adviseert iets anders dan betrokkene zou willen
- De beredenering om tot het advies te komen is niet duidelijk

- Er is tegenstrijdigheid in het advies, enerzijds wordt het standpunt van de patiënt wel gevoeld maar toch wordt een zorgmachtiging geadviseerd.

Enkele patiënten vinden dat het advies voor hen een meerwaarde heeft als het wordt uitgevoerd, maar andere patiënten denken niet dat zij gebaat zijn bij de gedwongen opname die is geadviseerd.

Sommige behandelaren oordelen dat het advies niet uitvoerbaar is. Het ontbrak volgens hen aan een controle achteraf op de haalbaarheid van het behandelvoorstel van de commissie. Meerdere respondenten geven aan dat in de adviezen wordt uitgegaan van de meest wenselijke behandeling zonder dat verzekerd is of dit ook mogelijk is. Dit leidde in sommige gevallen tot problemen tussen patiënt en behandelaar: de patiënt wilde bepaalde rechten ontnemen aan het advies terwijl de status van het advies dit niet toelaat.

3.3.7 Oordeel van commissieleden over de adviezen

Utrecht

De leden van deze commissie omschrijven de adviezen als bruikbaar en zinnig. Wel worden de adviezen als vrijblijvend omschreven, omdat er nu nog niets met het B-deel gedaan wordt. Eén van de leden verwacht dat er wellicht weinig nieuws in staat. Een ander lid vindt dat de adviezen teveel gedicteerd worden door de beschikbare zorg en te weinig door de noodzakelijke en gewenste zorg.

De commissie ziet een verbetering in de kwaliteit en de bruikbaarheid van de adviezen die zijn afgegeven. Dat ligt vooral aan de mate van volledigheid en concreetheid. De adviezen worden steeds scherper gesteld. Verder wordt door een aantal leden aangegeven dat bij de eerste casussen de nadruk vooral op het A-deel lag en het B-deel slechts in beperkte mate werd ingevuld. Later kwam er meer nadruk op de B-kant te liggen, en werd meer concreet ingegaan op de inhoud van de behandeling.

De commissieleden geven als verklaring voor het niet benoemen van de punten uit de zorgmachtiging dat zeker bij de start van de commissie de nadruk erg op het vormgeven van het A-deel lag. Daardoor was er niet altijd ruimte om de aspecten van het B-deel in de zitting expliciet aan bod te laten komen. Dat gaat nu beter, maar nog steeds komen niet alle aspecten aan bod. Ook kunnen de gehoorde vaak niet voldoende informatie verstrekken om hier invulling aan te kunnen geven. In de toekomst zal wellicht ook gesproken moeten worden met buurtbewoners, politie, woningbouw, MEE, de wijkagent, etc. Het is echter de vraag of dat haalbaar is, aldus de commissieleden.

Een deel van de commissieleden is van mening dat het doen van uitspraken over deze punten boven de macht van de commissie gaat; op hoofdlijnen kan de commissie bepaalde zaken invullen maar alle deelaspecten invullen op detailniveau is onmogelijk voor een commissie.

Rotterdam

De commissieleden zien een stijgende lijn in de kwaliteit van de adviezen: de inhoud wordt steeds beter en concreter, en de argumentatie en formulering zijn verbeterd. De commissie doet haar best om het zo praktisch mogelijk te houden en in de inhoud het psychiatrische aspect op de voorgrond te stellen zodat patiënt en behandelaar er samen mee verder kunnen. De adviezen worden gekarakteriseerd als bruikbaar voor de rechter om het beeld vollediger te krijgen en tot dan toe onderbelichte zaken naar boven te krijgen. Maar het is niet

bruikbaar om 'blindelings te worden opgevolgd door de rechter'. De perspectieven van de gehoorde leden hadden wellicht nog duidelijker in het advies verwoord kunnen worden aldus één van de leden, met daarbij ook duidelijk afweging tussen de voors en tegens die vanuit de verschillende perspectieven zijn aangedragen. Dit komt de herkenbaarheid van en draagvlak voor het advies ten goede.

De leden van deze commissie geven als verklaring voor het ontbreken van diverse punten uit de zorgmachtiging dat de schriftelijke informatie die beschikbaar is voor de commissie, nog niet op deze punten is afgestemd. Er ontbreekt vaak informatie, met name in het zorgplan en in de vorm van een zorgkaart. De oorzaak hiervan ligt mede in het feit dat niet duidelijk gecommuniceerd is vanuit het ministerie welke informatie deze documenten precies moeten bevatten. Bovendien is vanuit de wet niet voorzien in aanlevering van de informatie die benodigd is om de punten e t/m g die volgens artikel 6:1 in de zorgmachtiging moeten komen, inhoudelijk in te kunnen vullen.

Een deel van de commissie betoogt dat het überhaupt moeilijk is om hier een invulling aan te geven, ook als deze informatie wel beschikbaar is. De elementen zijn onderling zeer van elkaar afhankelijk; er zitten teveel onzekerheden in die de andere variabelen kunnen beïnvloeden. De benodigde duur wordt bijvoorbeeld in grote mate bepaald door het feit of de behandeling wel of niet aanslaat.

Amsterdam

De commissieleden zijn van mening dat de adviezen allengs beter zijn geworden: de bruikbaarheid is vergroot, het advies bevat uitsluitend feitelijk informatie en er is duidelijk vermeld waaruit de vermelde informatie afkomstig is.

De commissie hecht grote waarde aan het analytisch toepassen en beschrijven van de genomen stappen om tot het uiteindelijke advies te komen. Daarmee kan de rechter inzicht verkrijgen waarop het advies gebaseerd is en hoeft zij de onderliggende stukken niet opnieuw te lezen. De commissieleden zijn verder tevreden over de opbouw van het advies. Een aantal malen heeft de commissie een suggestie richting de behandelaar gedaan over de inhoud van de behandeling. De commissie is van mening dat, zolang ze daarin niet stellend zijn, men niet op de stoel van de behandelaar gaat zitten.

Gevraagd naar het ontbreken van diverse aspecten die in de zorgmachtiging opgenomen moeten worden, antwoordt één van de leden dat hiervoor nog een omslag in het denken van de commissieleden nodig is. Daarnaast moet er helderheid komen over de precieze definities en mogelijke invullingen van deze aspecten. Ook belangrijk is om te weten hoe concreet de omschrijvingen van deze punten moeten zijn.

Drie leden vinden dat momenteel onvoldoende informatie wordt aangeleverd in de aanloop naar een zitting. De commissie moet een toets uitvoeren op de kwaliteit en haalbaarheid van het zorgplan, maar dit is nu nog niet als zodanig aanwezig. Voordat commissies op grote schaal worden ingevoerd, moet hierin eerst verbetering komen.

Twee leden steken (daarnaast) de hand in eigen boezem: het zou bijdragen aan de volledigheid als het adviesformat al deze punten expliciet zou benoemen.

Groningen

De commissieleden in Groningen zijn (nog) niet volledig tevreden over de adviezen die zij hebben uitgebracht. Ze beoordelen de adviezen als bruikbaar, maar de inhoud is niet veel anders dan wat binnen de Bopz al gebruikelijk is om in kaart te brengen. De winst ten opzichte van de huidige situatie is dus beperkt. Eén van de leden geeft aan dat de adviezen

nog voor verbetering vatbaar zijn: de criteria aan de hand waarvan besloten wordt om bepaalde informatie wel of niet op te nemen zijn nog in ontwikkeling, en de adviezen worden nog onvoldoende 'ingekleurd'.

De leden verschillen van mening over de redenen achter het ontbreken van de aspecten die in de zorgmachtiging moeten terugkomen. Twee leden zijn van mening dat de commissie op dit moment nog onvoldoende doorvraagt en inzoomt op de problematiek: dit moet nog meer in het vizier komen. Ook wordt aangegeven dat de benodigde schriftelijke informatie voorafgaand aan de zitting ontbreekt waardoor niet aan deze punten toegekomen kan worden, en dat een deel van de informatie buiten de hoorzitting om verzameld zou moeten worden.

Een ander lid is het niet eens met de eisen die op dit punt aan de commissie c.q. het advies gesteld worden, en vindt dat de commissie beter zijn werk kan doen als dit wordt losgelaten. Het zou zich meer globaal moeten toelagen op het in beeld brengen van de actuele toestand, de zaken die in het verleden geprobeerd zijn en de resterende mogelijkheden. Maar vaak zullen deze mogelijkheden tegenvallen, aldus dit lid.

Nog een andere opvatting luidt dat de punten over risico op schade en benodigde zorg door de commissie ingevuld kunnen en moeten worden, maar dat een aantal aspecten zoals benodigde duur van de behandeling en een differentiatie van de dwang door de instelling zelf moeten worden ingevuld. Ook de benodigde nazorg voert te ver om daar binnen de commissie aandacht aan te besteden.

3.4 Beslissing van de rechter of geneesheer-directeur

Wetsvoorstel Verplichte GGZ, artikel 6:1

1. De rechter stelt na de ontvangst van het verzoek van de commissie betrokkene of zijn advocaat in de gelegenheid om zijn zienswijze kenbaar te maken. De rechter hoort zonodig andere personen of deskundigen.
3. De rechter kan een zorgmachtiging verlenen indien naar zijn oordeel:
 - met voldoende zekerheid een psychische stoornis is vastgesteld;
 - aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan; en,
 - met de zorgmachtiging het aanzienlijke risico op ernstige schade kan worden weggenomen
4. Indien de rechter gegronde reden heeft van het advies af te wijken vermeld hij dit in de uitspraak.
6. De zorgmachtiging vermeldt in elk geval:
 - a. de zorg die noodzakelijk is om het aanzienlijke risico op ernstige schade weg te nemen;
 - b. de voorwaarden die noodzakelijk zijn om deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te bevorderen;
 - c. de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van betrokkene, zoals vastgelegd op de zorgkaart of in de zelfbindingsverklaring;
 - d. de minimale of maximale duur van de afzonderlijke vormen van zorg;
 - e. de wijze waarop de zorgaanbieder en de directeur zorgkwaliteit de kwaliteit van de verplichte zorg bewaken;
 - f. de momenten waarop de directeur zorgkwaliteit en de zorgverantwoordelijke de subsidiariteit, proportionaliteit en effectiviteit van de zorg en de verplichte zorg beoordelen;
 - g. de zorgaanbieder, de directeur zorgkwaliteit en de zorgverantwoordelijke die worden belast met de uitvoering van de zorgmachtiging;
 - h. de mogelijkheid tot het verlenen van advies en bijstand door een vertrouwenspersoon.

Wetsvoorstel Verplichte GGZ, artikel 8:11

1. De directeur zorgkwaliteit neemt op een daartoe strekkend schriftelijk en gemotiveerd verzoek of uit eigen beweging een beslissing tot beëindiging van het verlenen van verplichte zorg op grond van de zorgmachtiging indien het doel van de verplichte zorg is bereikt.
2. De directeur zorgkwaliteit kan aan de beslissing voorwaarden of beperkingen verbinden.
3. De directeur neemt niet eerder een beslissing dan nadat de commissie een advies ter zake heeft uitgebracht.
4. De directeur zorgkwaliteit bekrachtigt met zijn beslissing het advies van de commissie, tenzij hij daartoe gegronde bezwaren heeft (...)

Memorie van toelichting:

Voorgesteld wordt dat wanneer de commissie een verzoek tot afgifte van een zorgmachtiging aan de rechter doet, de rechter betrokkene en zijn advocaat in de gelegenheid stelt om te worden gehoord (eerste lid). Omdat er al een extensieve (hoor)procedure bij de commissie aan vooraf is gegaan en een uitgebreide documentatie voor de rechter beschikbaar is, is het niet nodig om het horen analoog aan de huidige hoorplicht in artikel 8 van de Wet bopz in te vullen.

De rechter zal moeten oordelen in hoeverre tegemoet kan worden gekomen aan de voorkeuren van de patiënt. De door de rechter gehonoreerde voorkeuren worden apart in de zorgmachtiging vermeld.

De directeur zorgkwaliteit zal in beginsel het advies van de commissie moeten overnemen (...) tenzij hij gegronde reden heeft hiervan af te wijken

Resultaten pilotcommissies

De rechters verwachten al met al minder personen te hoeven horen dan wanneer zij niet over een advies zouden beschikken: veel informatie ligt al op tafel (bijvoorbeeld van familie). Zij willen tijdens een hoorzitting in elk geval wel de patiënt en de behandelaar horen.

De rechter beschikt met het commissie-advies over voldoende informatie om met voldoende zekerheid te beoordelen of een psychische stoornis is vastgesteld, of aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan en of met de zorgmachtiging het aanzienlijke risico op ernstige schade kan worden weggenomen.

De rechter is met de informatie in de commissie-adviezen niet in staat om de zorgmachtiging inhoudelijk in te vullen

Gebruik van adviezen voor besluitvorming

Adviezen over zorgmachtiging

De adviezen zijn volgens de pilot-rechters bruikbaar voor de besluitvorming in zoverre dat zij een afgewogen oordeel van professionals bevatten over de proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid van gedwongen zorg. Eén van de rechters ziet de adviezen feitelijk als een uitwerking van de feiten die in de geneeskundige verklaring staan. Als zodanig kan het gebruikt worden om de beschikking beter te onderbouwen dan nu gebeurt. In de uiteindelijke beslissing mag het advies echter nooit zwaarder wegen dan de hoorzitting die de rechter houdt, omdat er altijd nog discussie kan ontstaan over het uitgebrachte advies. De mogelijkheid tot wederhoor van alle betrokken partijen na inzage van het advies is zeer belangrijk. Informatie uit de adviezen die met name bruikbaar is voor de pilot-rechters is de medische informatie en het oordeel van de psychiater daarover. De informatie over stoornis, gevaar en de relatie daartussen is voor de pilot-rechter leidend om een oordeel te vullen of dwang gerechtvaardigd is. Het is dan ook belangrijk dat de adviezen hier een duidelijke uitspraak over doen.

Om de zorgmachtiging inhoudelijk in te kunnen vullen, heeft de rechter echter ook inhoudelijke input over de gewenste 'zorg op maat' nodig. Aangezien de rechter niet de benodigde kennis en expertise heeft om hier zelfstandig onderzoek naar te doen, is de rechter in grote mate afhankelijk van de informatie die de commissie aanlevert. Geen enkel advies dat in de looptijd van de pilots is uitgebracht, is op dit punt voldoende uitgewerkt, aldus de rechters. De zorg die ingezet dient te worden, de benodigde behandelduur, een differentiatie van de dwang en het toekomstperspectief (nazorg en voorwaarden voor maatschappelijke participatie) zijn veelal onvoldoende omschreven en gespecificeerd.

Adviezen over dwangbehandeling of ontslag

De geneesheren-directeuren nemen het uitgebrachte advies altijd mee in hun besluitvorming. "Als je het ermee eens bent is het een onderbouwing van je eigen visie. Als je het niet eens bent met het advies, dwingt het je om duidelijk stelling te nemen hierin en dit voor jezelf te beargumenteren", aldus één van de geneesheren-directeuren. Inhoudelijk kunnen ze met de adviezen uit de voeten. Echter, omdat de adviezen doorgaans geen nieuwe informatie bevatten verwachten de geneesheren-directeuren dat de bruikbaarheid van de adviezen voor besluitvorming in de meeste gevallen niet op zal wegen tegen de tijdsinvestering van de commissieleden. Wanneer de adviezen geen nieuwe informatie oplevert en het eindoordeel afwijkt van het oordeel van de geneesheer-directeur, wordt het advies doorgaans terzijde geschoven.

De adviezen zijn met name bruikbaar voor de geneesheren-directeuren als de commissieleden vanuit hun inhoudelijke deskundigheid suggesties doen voor de invulling van de behandeling die nog niet in zicht waren bij de instelling. Of wanneer een bepaalde behandelvorm al eens geprobeerd is, maar blijkbaar onvoldoende duidelijk is gemaakt (aan patiënt) dat dit niet voldoende effectief was. Soms brengt dit op korte termijn onrust in de behandelrelatie, maar op langere termijn kan die relatie daardoor wel verbeteren.

Rol van overige informatie in besluitvorming

Adviezen over zorgmachtiging

De rechters hebben in het komen tot een beslissing, voor zover dit aan de orde was, geen aanvullende informatie geraadpleegd¹. De rechters verwachten al met al minder personen te hoeven horen dan wanneer zij niet over een advies zouden beschikken: veel informatie ligt al op tafel (bijvoorbeeld van familie). Zij willen tijdens een hoorzitting in elk geval wel de patiënt en de behandelaar horen. Ook zouden zij één of meerdere leden van de commissie willen horen: als verzoeker, ter toelichting op het advies of ter beargumentering van geuite kritiek op de huidige behandeling.

Als bepaalde zorg geadviseerd wordt, zou één van de rechters ook de betreffende zorgverantwoordelijke willen horen om na te gaan in hoeverre het aanbod in de praktijk beschikbaar is. De rechter moet namelijk toetsen of de zorgmachtiging 'bij voorraad uitvoerbaar is' (art. 6:1, zevende lid).

Adviezen over dwangbehandeling of ontslag

De geneesheren-directeuren beschikken bij het nemen van een beslissing over dwangbehandeling of ontslag altijd over het patiëntendossier, en dit vormt voor hen de belangrijkste bron van informatie.

¹ De pilotrechters hebben geen uitspraak in de betekenis van de Wet verplichte GGz gedaan, omdat zij alleen voor de pilot de adviezen beoordeelden en ze als papieren casussen hebben behandeld.

Eén geneesheer-directeur geeft aan dat de mate waarin behoefte is aan het horen van betrokkenen, afhankelijk is van de mate waarin de commissie erin geslaagd is om alle betrokkenen te horen (nu is dat afhankelijk van de toestemming die patiënt geeft). De andere geneesheer-directeur zegt altijd de patiënt te horen voordat zij een beslissing neemt. Beide kunnen zich gevallen voorstellen waarin het een meerwaarde kan hebben om ook een commissielid te horen, vooral als een toelichting op het advies gewenst is.

Meerwaarde van adviezen voor besluitvorming

Adviezen over zorgmachtiging

Alle rechters oordelen dat het advies in meer of mindere mate een meerwaarde heeft in het komen tot een besluit over de afgifte van een zorgmachtiging. Eén van de rechters vat het als volgt samen: "Het zal niet het belangrijkste zijn bij het beoordelen van wel of geen opname. Maar voor het invullen van de onderdelen van de zorgmachtiging zal ik vooral terugvallen op wat er al op schrift staat vanuit de commissie". De rechters beschouwen het advies van de commissie als een deskundigenoordeel, en als belangrijke informatie die de rechter door haar positie als juridisch toetsers niet zelf kan/moet/mag inwinnen. Twee rechters benadrukken daarbij het belang van de psychiater in de commissie, die als onafhankelijke zijn eigen visie geeft: zelfs als het zorgplan compleet wordt aangeleverd door de behandelaar is een onafhankelijke blik hierop van een psychiater essentieel.

Adviezen over dwangbehandeling of ontslag

Voor de geneesheren-directeuren is de meerwaarde van de adviezen in hun besluitvorming beperkt. In theorie kunnen de adviezen nuttige informatie bieden die tot op heden niet beschikbaar was, maar het is nog onduidelijk hoe vaak dat zal gebeuren en of dit dusdanig waardevol is dat het de inzet van een commissie rechtvaardigt.

Vooraf was verwacht dat de commissies mogelijkheden zouden blootleggen voor minder ingrijpende vormen van zorg (bijvoorbeeld een betere inbedding van de ambulante zorg in het reguliere traject). Maar de adviezen worden door de geneesheren-directeuren niet als vernieuwend beschouwd op dit punt. Alles wat is geadviseerd is zou ook onder de huidige wet in de vorm van een voorwaardelijke machtiging kunnen plaatsvinden.

De adviezen zijn uitgebreider dan de huidige beschikkingen van de rechter. Voor de patiënten signaleren zij een meerwaarde, namelijk dat er naar hen geluisterd wordt. Dit leidt echter niet persé tot betere besluitvorming of meer voldoen aan zorgbehoefte, aldus één van de geneesheren-directeuren. "Men gaat ervan uit dat er tot nu toe nooit iemand naar de patiënt geluisterd heeft, maar dat is natuurlijk onzin. Nu krijgen patiënten ineens heel veel aandacht van de commissie, maar dat komt ook omdat het een pilot is. Als de commissies worden ingevoerd zal het in de toekomst ook steeds meer standaardiseren en steeds minder bijzonder worden. Dan wordt dat ook weer routine en verdwijnt die meerwaarde grotendeels".

De andere geneesheer-directeur ziet met name een meerwaarde voor patiënten aan wie kortgeleden een machtiging verleend is en waarmee een behandelplan opgesteld moet worden. De commissie kan daarin een adviserende rol vervullen. Adviezen over wel of geen dwangbehandeling en minder ingrijpende alternatieven kunnen ook door een interne commissie gegeven worden.

3.5 Tijdsbesteding van commissieleden en andere betrokkenen

Commissieleden

Huidige tijdsbesteding

In de pilot blijkt de tijdsbesteding van de commissieleden in het totale proces van voorbereiden, hoorzitting en opstellen van adviezen te verschillen, zowel tussen commissieleden van één commissie als tussen de vier commissies. Dit wordt mede bepaald door de hoeveelheid taken die een commissielid (buiten de zitting om) heeft, zoals het schrijven van het conceptadvies, of logistieke taken. In de loop van het traject heeft daarnaast een verschuiving van taken plaatsgevonden (logistieke taken zijn overgenomen door de ambtelijk secretaris), wat terug te zien is in de bestede uren per casus.

De voorzitter van Rotterdamse commissie besteedt gemiddeld ongeveer 6 tot 8 uur aan een casus, dat is inclusief het opstellen van een conceptadvies en het verwerken van de reacties van overige commissieleden. De psychiater is ongeveer 2½ uur kwijt en het algemeen lid ongeveer 4 uur. De ambtelijk secretaris besteedt ongeveer 14 uur per casus (zittingsverslag, logistieke organisatie en toezenden stukken).

De tijdsbesteding van de Utrechtse commissieleden is zeer wisselend, maar in alle gevallen meer dan één dagdeel per casus. De voorzitter en psychiater besteden respectievelijk 8 uur per week en 6 uur per casus, deels bestaand uit organisatorische taken die zij in het kader van de pilot vervullen. Het vierde lid besteedt minimaal 10 uur per casus. Van het derde lid is de tijdsbesteding niet bekend. De ambtelijk secretaris houdt zich primair bezig met het opstellen van het zogenaamde voorblad bij het patiëntdossier, het maken van de zittingsverslagen en (in overleg met de voorzitter) het opstellen van het conceptadvies, en besteedt daaraan ongeveer 20 tot 25 uur per casus.

In Groningen besteedt de voorzitter 4 uur per casus, de psychiater 2½ uur, de vervangend psychiater ongeveer 5 uren beide algemene leden 4 uur.

De vier commissieleden in Amsterdam zijn allemaal ongeveer 4 tot 5 uur bezig per casus. De tijdsbesteding van de ambtelijk secretaris is 24 uur per week. Zij nodigt de partijen uit voor de hoorzitting, verzamelt de benodigde stukken en onderhoudt de contacten met de instellingen; ook stelt ze het conceptadvies op.

Gemiddeld besteden de commissieleden 5 uur aan elke casus, inclusief voorbereiding en hoorzitting.

Toekomstige tijdsbesteding

De voorzitter van de Utrechtse commissie denkt dat het in de toekomst haalbaar moet zijn om als commissie 4 à 5 zittingen op één dag te houden, maar dat is exclusief de tijdsbesteding voor individuele voorbereiding en het opstellen van het advies. De psychiater en de beide algemeen leden van deze commissie verwachten in de toekomst 4 à 5 uur per casus kwijt te zijn (exclusief reistijd).

De voorzitter van de Rotterdamse commissie verwacht ook in de toekomst twee dagdelen kwijt te zijn per casus. Dat is inclusief het opstellen van conceptadvies en vaststelling van het definitieve advies. Het algemeen lid verwacht in de toekomst structureel ongeveer 4 à 5 uur kwijt te zijn. De toekomstige tijdsbesteding van de psychiater is onbekend.

De Amsterdamse commissieleden geven aan naar verwachting een structurele tijdsbeste-

ding te hebben van ongeveer 4 uur per casus.

De commissieleden in Groningen verwachten in de toekomst tussen de 2 en de 4 uur kwijt te zijn voor de uitvoering van hun taken in de adviesvorming.

Andere betrokkenen (exclusief reistijd)

De betrokkenen die op de hoorzitting zijn gehoord door de commissie geven aan zich op de zelfde manier voor te bereiden als op een hoorzitting bij de rechter. Dit betekent echter niet dat zij voor beide hoorzittingen kunnen volstaan met één keer voorbereiden. De meesten geven aan zich alsnog een half uur in de materie te verdiepen.

Per casus zijn behandelaren nu ongeveer 2½ uur kwijt. Door behandelaren is aangegeven dat het verzamelen van de informatie nu veel extra tijd kost. Dit is niet in deze tijdsinschatting opgenomen. Een behandelaar is hier enkele uren mee bezig geweest, zij gaf aan dat dit in de toekomst door het secretariaat gedaan kan worden. Daarnaast was de behandelaar soms ook veel tijd kwijt aan het regelen van een ruimte en verzorgen van de koffie.

Advocaten hebben ongeveer 2½ tot 3 uur nodig per casus.

De PVP is ongeveer 2½ tot 4 uur kwijt, afhankelijk van de hoeveelheid informatie die de PVP vooraf krijgt toegestuurd en of de patiënt zich in de kliniek bevindt of ambulant is. Het vooraf bezoeken van ambulante patiënten kost veel extra tijd.

De patiënt bereid zich in het algemeen niet voor, zij voeren vooraf de gesprekken met de PVP en behandelaar. Het kost de patiënt ongeveer 2 uur van zijn tijd.

4 Effecten van de pilotcommissies

In dit hoofdstuk gaan we in op de effecten van de commissies binnen de nieuwe wet. In de eerste paragraaf zetten we de behaalde resultaten en effecten van de pilotcommissies af tegen de beoogde effecten volgens onder andere de Memorie van toelichting. In 4.2 geven we een inschatting van de werklust van de commissies. In 4.3 zetten we de resultaten en effecten van de pilotcommissies af tegen de huidige praktijk.

4.1 Beoogde effecten versus geconstateerde effecten

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de beoogde effecten van de commissies (volgens de Memorie van toelichting (MvT) of het projectplan), waarbij per punt kort de balans op wordt gemaakt over wat de pilotcommissies in dit opzicht hebben laten zien. Daarnaast wordt vermeld, op basis van onze eigen inzichten en de inzichten van de respondenten, wat de verwachte effecten op dit punt zijn wanneer de commissies structureel hun functie vervullen.

Multidisciplinaire beoordeling

1. De commissie adviseert door haar multidisciplinariteit op een effectieve en kwalitatief hoogwaardige wijze over de gewenste 'zorg op maat' (MvT).

Geconstateerd: De adviezen bevatten geen (concrete) beschrijving van de gewenste 'zorg op maat'. De commissies hebben aangegeven nog geen duidelijk beeld te hebben van de wijze waarop het advies deze punten moet benoemen (en de mate van concreetheid). Ook hebben de commissies soms moeite om de multidisciplinariteit in de samenstelling te vertalen naar multidisciplinariteit in de hoorzittingen en uitgebrachte adviezen.

Verwacht: Invoering van de nieuwe wet zal niet zonder meer leiden tot een goede invulling van de gewenste 'zorg op maat'. Noodzakelijke voorwaarden zijn het opstellen van een volledige zorgkaart en zorgplan door de behandelaar (samen met de patiënt) en een duidelijke instructie aan de commissieleden over hoe een zorgmachtiging eruit zou moeten zien. De meerwaarde van een multidisciplinair samengestelde commissie in het benoemen van de gewenste zorg wordt erkend, maar moet in de praktijk nog vorm krijgen.

2. Bij besluitvorming over onvrijwillige zorg worden meer disciplines betrokken dan onder de huidige wetgeving. Dit leidt tot multidisciplinaire advisering aan de rechter over onvrijwillige psychische zorg (projectplan).

Geconstateerd: Er zijn geen andere disciplines betrokken door de commissies, anders dan de disciplines die binnen de commissie aanwezig zijn. Er is geen externe expertise in de vorm van bijvoorbeeld een getuige-deskundige ingeschakeld. Soms waren vanuit de instelling meerdere personen aanwezig dan alleen de behandelaar/psychiater maar zij brachten doorgaans niet of nauwelijks informatie in.

Verwacht: Binnen de pilotsetting waren geen factoren die het betrekken van andere disciplines belemmerden, behalve mogelijk een gebrek aan tijd om deze uit te nodigen. De com-

missies zijn niet verplicht zijn om andere disciplines te betrekken, en de verwachting is dan ook dat dit niet frequent zal gebeuren (tenzij hier zwaarder op wordt ingezet).

3. Alle facetten van de psychische, vaak meervoudige problematiek worden belicht zonder dat de betrokkene zich 'veroordeeld' voelt tot de behandelaar en vice versa (= afzonderlijke deskundige inbreng buiten het behandelperspectief) (MvT).

Geconstateerd: De commissies brengen het ziektebeeld en de problematiek van de patiënt op genuanceerde wijze in kaart, waarbij zowel gebruik gemaakt wordt van schriftelijke informatie als van informatie uit de zitting. De patiënt en commissie communiceren direct met elkaar en de behandelaar speelt een secundaire rol in de zitting. In een deel van de adviezen belicht de commissie deze problematiek op eigen wijze en in eigen bewoordingen. **Verwacht:** Dit effect zal bij wettelijke verankering van de commissies waarschijnlijk nog sterker worden, mits de commissieleden dan specifiek getraind worden op dit punt.

4. De commissie vergroot het draagvlak voor de uiteindelijke beslissingen (MvT).

Geconstateerd: Er zijn nog geen beslissingen over het afgeven van een zorgmachtiging genomen door de (pilot)rechters. Het draagvlak voor de adviezen is nu niet altijd aanwezig bij betrokkenen, bijvoorbeeld omdat niet iedereen zich gehoord voelt of omdat de beredening die de commissie volgt in het komen tot haar advies voor de betrokkenen niet helder is.

Verwacht: Wanneer het draagvlak voor de adviezen toeneemt en de rechter in zijn beslissing niet veel afwijkt van het advies, zal het draagvlak voor de uiteindelijke beslissing van de rechter ook toenemen.

Versterking positie van patiënt en familie

5. De commissie levert een belangrijke bijdrage aan de versterking van de positie van betrokkene (MvT).

De patiënt wordt beter gehoord dan bij de huidige gang van zaken (projectplan).

Geconstateerd: Een zitting van de commissie leidt tot een versterking van de positie van de patiënt ten opzichte van een Bopz-zitting omdat de commissies de patiënt meer ruimte geven om zijn verhaal te vertellen. Patiënten voelen zich over het algemeen beter gehoord omdat de wensen van de patiënt expliciet door de commissie worden bevraagd. Of de positie van de patiënt ook in de uiteindelijke beslissing van de rechter verbetert, is nu nog niet te zeggen.

Verwacht: Zolang de commissie de patiënt voldoende de gelegenheid biedt zijn verhaal te doen zal dit een verbetering blijven ten opzichte van de huidige gang van zaken. Echter wanneer in de toekomst de patiënt geen zeggenschap meer heeft over wie gehoord wordt, komen er meer personen aan bod die het risico op schade mogelijk scherper stellen. Dit kan de positie van de patiënt verzwakken. Anderzijds kan het horen van meer betrokkenen leiden tot een versterking omdat zij de informatie die de patiënt geeft in een (objectievere) context kunnen plaatsen.

6. De familie heeft (meer dan onder de huidige wetgeving) de gelegenheid om het familieperspectief naar voren te brengen (projectplan).

Geconstateerd: Familieleden die aanwezig zijn geweest bij een hoorzitting van de commissie, vinden dat zij meer gelegenheid krijgen om hun verhaal te doen dan in een rechterlijke hoorzitting. Daar worden weliswaar ook vragen gesteld, maar niet zo uitgebreid. Ook wordt veelal niet doorgevraagd.

Verwacht: Op dit moment maakt het uitnodigen (en horen) van familieleden in een aantal commissies nog niet standaard onderdeel uit van de werkwijze. Wanneer de nieuwe wet is ingevoerd en hier zwaarder op wordt ingezet, zal dit effect verder toenemen.

Zuivere invulling van taken en rollen

7. De commissie voorziet de rechter van een degelijk advies. De rechter hoeft zich daardoor niet meer medisch inhoudelijk te bemoeien met de zorg (MvT).

Geconstateerd: Er zijn nog geen beslissingen over het afgeven van een zorgmachtiging genomen door de (pilot)rechters.

Verwacht: De huidige adviezen zijn onvoldoende concreet voor de rechter om de zorgmachtiging zonder meer te kunnen invullen. Zonder kwaliteitsverbetering zal de rechter dus nog steeds genoodzaakt zijn om zelf de medische details in te vullen.

8. De commissie verlost de zorgverantwoordelijke van zijn dubbelrol als behartiger van het patiëntenbelang en medisch adviseur van de rechter (MvT).

Geconstateerd: Er zijn nog geen hoorzittingen geweest waarin het advies van de commissie (B-deel) gebruikt is. Onduidelijk is dus in hoeverre de rol van de behandelaar als medisch adviseur komt te vervallen. Wel is zichtbaar geworden dat de commissie de behandelaar uitsluitend hoort in de gedaante van degene die verantwoordelijk is voor de behandelaar van de betrokkene. De psychiater in de commissie vervult de rol van medisch adviseur, en het algemeen lid vervult de rol van behartiger van het patiëntenbelang. In de commissiezittingen is dus nauwelijks sprake van een dubbelrol.

Verwacht: Dit effect zal zich (bij een gelijkblijvende werkwijze) ook onder de nieuwe wet voordoen.

9. Verschillende actoren in de zorg worden uit hun isolement gehaald en andere partijen die een rol dienen te spelen op basis van het principe van wederkerigheid, worden geactiveerd (MvT).

Geconstateerd: Eén keer zijn door de commissie in hun adviesvorming andere partijen betrokken dan de behandelaren in de zorg. Dit heeft niet geleid tot inspanning van deze andere partij of samen werking tussen de GGZ en andere instellingen.

Verwacht: Een aantal respondenten verwacht dat zolang het advies vrijblijvend is en de commissie geen bevoegdheden heeft naar andere partijen die een rol dienen te spelen op basis van wederkerigheid dit effect bij invoering van de wet minimaal zal zijn.

10. Door uitgebalanceerde en goed onderbouwde adviezen van de commissie is er voor de rechter in minder gevallen noodzaak om alle partijen te horen of nader onderzoek te doen (projectplan).

Geconstateerd: De uitgebrachte adviezen bevatten niet altijd een beschrijving van de meningen van betrokkenen die ter zitting gehoord zijn. Omdat ook het zittingsverslag niet wordt opgesteld of niet wordt meegestuurd aan de rechter, kan deze onvoldoende helder krijgen wat de verschillende perspectieven van de gehoorde zijn. Overige externe informatie (woningbouw- en politierapportages, verklaringen van burens, etc.) was niet beschikbaar voor de commissies. De adviezen zijn dus niet volledig in hun onderbouwing, waardoor de rechter genooddaakt is om aanvullend onderzoek te doen.

Verwacht: Als de rechters kunnen beschikken over volledige adviezen die alle informatie bevatten, is hun verwachting dat zij minder partijen zullen horen en geen informatie meer hoeven op te vragen. Wel willen zij in alle gevallen de patiënt en behandelaar horen.

Zorgbehoefte van de patiënt centraal

11. De kwaliteit van de procedure en de onvrijwillige zorg zullen in belangrijke mate worden verbeterd doordat de commissie de partijen (behandelaar en patiënt) niet tegenover elkaar zet, maar verbindt (MvT).

Geconstateerd: De commissieadviezen dienen nog niet als basis voor het vormgeven van de zorg(trajecten). Wel is in sommige zittingen een verbindende rol van de commissie waarneembaar geweest, waardoor partijen nader tot elkaar gekomen lijken te zijn. In hoeverre dit effect structureel is (en geen momentopname), kan echter niet gezegd worden.

Verwacht: Een aantal respondenten hebben een voorzichtige prognose gedaan over het langetermijneffect van de hoorzittingen en adviezen van de commissie. Zij denken dat deze werkwijze (in bepaalde gevallen) tot meer overeenstemming en/of gespreksruimte tussen behandelaar en patiënt zal leiden.

12. De commissie draagt bij aan toepassing van het ultimum remedium beginsel: Zij beoordeelt of alternatieven voor onvrijwillige zorg zijn uitgeput. Zo niet, dan kan zij adviseren om alsnog de op vrijwilligheid gebaseerde zorg te verlenen (MvT).
Het instellen van de commissies kan leiden tot advisering over alternatieven voor onvrijwillige psychische zorg, en daarmee tot het terugdringen van dwang (projectplan).

Geconstateerd: In een deel van de uitgebrachte adviezen wordt benoemd of alternatieven voor dwang beschikbaar zijn. Echter, door het ontbreken van argumentatie of toelichting is onduidelijk hoe de commissie tot haar oordeel gekomen is.

Verwacht: Als de commissie haar redenering die ten grondslag ligt aan het al dan niet beschikbaar zijn van alternatieven voor dwang duidelijk neer kan zetten in het advies, draagt bij aan de toepassing van het ultimum remedium beginsel. Als zij dat niet doet, bestaat het risico dat dit juist verzwakt wordt. De commissie kan simpelweg aangeven dat alternatieven voor dwang zijn uitgeput zonder grondig onderzoek te hebben verricht. Wanneer de rechter dit standpunt overneemt, wordt dit beginsel niet in acht genomen.

13. Door monitoring van aanvragen voor onvrijwillige psychische zorg kan de commissie een rol spelen bij beoordeling van de uitvoering van de verleende machtigingen (bijvoorbeeld door toetsing van langeterminse dwangbehandeling) en van het ontslag uit de klinische voorziening (is voorzien in huisvesting, financiële middelen en dergelijke) (projectplan).

Geconstateerd: Hiermee is binnen de pilot geen ervaring opgedaan.

Verwacht: Het onderzoeksteam kan op basis van haar bevindingen geen uitspraken hierover doen.

14. Er wordt in minder gevallen tot dwang besloten, de aard van de dwang is minder ingrijpend en de duur van de dwang wordt verkort.

Geconstateerd: In drie van de vier commissies is in (bijna)¹ alle gevallen positief geadviseerd. In één commissie (Rotterdam) is diverse malen negatief geadviseerd. De aard van de dwang die geadviseerd is in het B-deel is in een aantal gevallen waarschijnlijk minder ingrijpend voor de patiënt dan de dwang die binnen het A-deel geadviseerd is. Omdat de zorg niet geëffectueerd is, kan dit echter niet getoetst worden. Over de duur van de dwang is niets in de adviezen opgenomen.

Verwacht: De verwachting is dat het aantal gevallen waarin tot dwang wordt besloten gelijk zal blijven, maar dat de mogelijkheden tot differentiatie in de zorgmachtiging leiden tot minder ingrijpende vormen van dwang. De mate waarin dit door de patiënt als zodanig ervaren wordt, is echter onduidelijk. De (gepercipieerde) duur van de dwang wordt door mogelijkheden voor ambulant verblijven mogelijk korter.

Duidelijk loket

15. Er ontstaat een duidelijk herkenbaar loket voor iedereen die met dwangbeslissingen te maken heeft (projectplan).

Geconstateerd: hiermee is binnen de pilot geen ervaring opgedaan. Er zijn dus geen effecten waarneembaar.

Verwacht: Het onderzoeksteam vermoedt dat dit in grote mate afhankelijk zal zijn van de wijze waarop individuele commissies zich profileren in het veld en de wijze waarop zij hun taakstelling opvatten.

4.2 Schatting van de werklust van de commissie

Aantal hoorzittingen

De commissie heeft een adviestaak richting de rechter aangaande het verlenen van de zorgmachtiging en een adviestaak richting de geneesheer-directeur aangaande voorwaardelijke en onvoorwaardelijke beëindiging van de verplichte zorg tijdens de looptijd van de machtiging. Een zorgmachtiging kan ook (ambulante) dwangbehandeling inhouden. In de

¹ In Utrecht werd één maal negatief geadviseerd en in Amsterdam twee maal.

afgegeven zorgmachtiging is beschreven welke dwang gedurende de geldigheidsduur van de machtiging kan worden toegepast.

De toekomstige landelijke werklast in termen van het aantal hoorzittingen kan geschat worden op basis van bestaande cijfers over het aantal afgegeven rechterlijke machtigingen en het aantal maal dat ontslag is verleend. Hierbij is geen rekening gehouden met de verwachte groei in aantallen afgegeven en afgewezen machtigingen en geen correctie toegepast voor het verschil in aangevraagde machtigingen en afgegeven machtigingen.

In bijlage 3 wordt toegelicht hoe we tot onze inschatting zijn gekomen. Hier volstaan we met het weergeven van de uitkomsten. In onderstaande tabel is een schatting van het totale aantal commissiehoorzittingen op jaarbasis weergegeven.

Tabel 4.1 Schatting van de werklast van de commissie

Aantal benodigde adviezen zorgmachtiging	8.821
Aantal benodigde adviezen beëindiging	241
Aantal benodigde adviezen voorwaardelijk ontslag	1.738
Totaal aantal hoorzittingen	10.800

Aantal benodigde FTE's

Op basis van het geschatte aantal hoorzittingen en de tijdsbelasting van de commissieleden per hoorzitting, kan een indicatie gegeven worden van de totale werklast in aantal benodigde FTE's.

Uit de pilots is gebleken dat een commissielid naar verwachting gemiddeld 4 uur zal besteden aan de totstandkoming van een advies (inclusief voorbereiding en hoorzitting). Uitgaande van 10800 adviezen op jaarbasis afgegeven door drie commissieleden, betekent dit landelijk een totale tijdsbesteding van 129.576 uren op jaarbasis voor het uitbrengen van adviezen ten behoeve van beslissingen over dwangopname en ontslag. Ter illustratie: dit zijn (afgerond) 78 fulltime banen, oftewel ongeveer 26 juristen, 26 psychiaters en 26 algemeen leden. De werklast voor de overige taken is niet in deze berekening opgenomen.

Mechanismen die de werklast kunnen beïnvloeden

De invoering van de Wet Verplichte GGz beoogt enerzijds een verandering van de aanpak van gedwongen zorg en anderzijds een verandering van mentaliteit met betrekking tot gedwongen zorg, waarbij de zorgbehoefte en wensen van de patiënt meer centraal komen te staan. De beoogde middelen om dit doel te bereiken zijn de persoonsvolgende regeling en de inhoudelijke invulling van de zorgmachtiging (op basis van de adviezen die commissies uitbrengen). Door de persoonsvolgende regeling wordt de zorg meer toegesneden op het individu en door inhoudelijk ingevulde zorgmachtiging worden verantwoordelijke partijen aangespoord om de kwaliteit van de zorg en nazorg te verbeteren.

Deze twee doelen van de wet kunnen zowel een aanzuigende als een dempende werking hebben op de werklast van de commissies. Deze mechanismen kunnen zowel gelijktijdig als na elkaar optreden. Het is op dit moment niet mogelijk aan te geven in welke mate de werklast hierdoor beïnvloed zal worden. Wel kunnen de mechanismen worden benoemd en kan de richting van de beïnvloeding duidelijk gemaakt worden. Hieronder lichten we de mechanismen kort toe en wordt aangegeven op welke wijze zij de volgende variabelen beïnvloeden.

vloeden:

- Aantal adviesaanvragen aan de commissie
- Aantal beslissingsmomenten per patiënt per jaar
- Aantal commissiezittingen
- Aantal rechterlijke hoorzittingen
- Aantal afgegeven machtigingen

1) Een laagdrempelige toegang tot de rechterlijke beslissing

In de nulmeting is door rechters aangegeven dat psychiaters pas een rechterlijke machtiging aanvragen als zij zeker zijn dat aan de criteria voor gedwongen opname is voldaan. Psychiaters hebben in de nulmeting aangegeven dat voorafgaand aan de machtigingsaanvraag vaak onderlinge discussies worden gevoerd, met het behandelteam en tussen psychiater en geneesheer-directeur, alvorens zij over gaan tot de aanvraag van een machtiging. Tot slot vervalt de geneeskundige verklaring als noodzakelijke voorwaarde voor een rechterlijke hoorzitting. De commissie dient zelf zorg te dragen voor een medische verklaring van een onafhankelijk arts.

Gevolgen:

- meer advies aanvragen aan de commissie
- meer commissiezittingen
- meer rechterlijke hoorzittingen
- wellicht meer afgegeven machtigingen

2) Een "hoogdrempelige" toegang tot de rechterlijke beslissing door het opstellen van een zorgkaart en zorgplan

Het opstellen van een zorgplan en een zorgkaart vraagt een uitgebreide beschrijving van de zorg en dient de elementen te bevatten die ook in de uiteindelijke zorgmachtiging aan de orde zullen komen. Het opstellen van de zorgkaart vergt daarom een inspanning tussen behandelaar en cliënt. Dit leidt in een deel van de gevallen tot nieuwe inzichten bij de behandelaar, meer draagvlak bij de patiënt en meer 'lucht' in de behandelrelatie. Een zorgmachtiging is dan wellicht niet altijd meer nodig, en dus komt de commissie niet in actie.

Gevolgen:

- minder adviesaanvragen aan de commissie
- minder beslissingsmomenten per patiënt per jaar
- minder commissiezittingen
- minder rechterlijke hoorzittingen
- minder afgegeven machtigingen

3) De langere levensduur van de zorgmachtiging ten opzichte van de diverse machtigingen onder de Bopz

In de zorgmachtiging zijn zowel de situaties beschreven waarin de zorg een verplichtend karakter heeft, als de situaties waarin de zorg geen verplichtend karakter heeft. Ook betreft de zorgmachtiging zowel de ambulante als de klinische setting. Door deze veelomvattendheid hoeft bij een wijziging in de situatie van de patiënt minder snel een nieuwe machtiging te worden aangevraagd.

Gevolgen:

- minder advies aanvragen aan de commissie
- minder beslissingsmomenten per patiënt per jaar
- minder commissiezittingen
- minder rechterlijke hoorzittingen
- minder afgegeven machtigingen

4) Minder 'oneindige' opeenstapeling van crisismaatregelen

Binnen de nieuwe wet passeren alle aanvragen voor verplichte psychische zorg de commissie, ook als zij geen adviserende rol hebben. Monitoring van deze aanvragen kan leiden tot inzichten over de 'carrière' van bepaalde patiënten (bijvoorbeeld als iemand voor de tweede of derde keer binnen korte tijd met een crisismaatregel wordt opgenomen). Omdat de commissie ook op kan treden als verzoeker, kan zij in deze gevallen 'ongevraagd' advies uitbrengen en de rechter verzoeken tot het verlenen van een zorgmachtiging.

Gevolgen:

- meer advies aanvragen aan de commissie (gegenereerd door de commissie zelf)
- minder rechterlijke hoorzittingen
- minder beslissingsmomenten per patiënt per jaar
- meer afgegeven zorgmachtigingen

5) Grotere proportionaliteit van zorgmachtiging

Doordat er binnen een zorgmachtiging differentiatie van dwang mogelijk is hoeft de dwang minder zwaar te zijn (in verhouding tot de huidige vrijheidsbeneming) om het "aanzienlijk" risico op schade weg te nemen en kan deze eerder proportioneel geacht worden ten aanzien van het risico op schade. Daardoor wordt een machtiging mogelijk eerder afgegeven en/of wordt de totale tijd onder een zorgmachtiging langer (minder snel met ontslag).

Gevolgen:

- meer commissiezittingen
- meer afgegeven zorgmachtigingen

6) Minder voortijdige ontslagen

De zorgmachtiging kan door differentiatie van dwang ook als een "ontslag onder voorwaarden" functioneren. Er hoeft dan geen expliciete ontslagbeslissing te volgen door directeur zorgkwaliteit en de commissie met nieuwe voorwaarden voor de patiënt.

Gevolgen:

- minder commissiezittingen
- minder beslissingsmomenten per patiënt per jaar
- minder rechterlijke hoorzittingen

7) Op termijn een kleiner aantal vervolgmachtigingen

Door verbetering van de kwaliteit en intensiteit van zorg en het houden van een vinger aan de pols door de commissies kan het aantal vervolgmachtigingen mogelijk afnemen. Patiënten hoeven niet langer onder een maatregel in een instelling te verblijven omdat nazorg en dergelijke niet geregeld is of een deel van de behandeling nog niet heeft plaats gevonden.

Gevolgen:

- minder commissiezittingen
- minder rechterlijke hoorzittingen
- minder afgegeven zorgmachtigingen

8) Verschuiving naar de zelfbindingsverklaring

De wet stimuleert behandelaren om samen met patiënten die een eerste zorgmachtiging hebben gehad te bekijken of een zelfbindingsverklaring mogelijk is. Daarnaast kunnen behandelaren als blijkt dat er met de patiënt overeenstemming te bereiken valt over het zorgplan mogelijk eerder geneigd zijn gebruik te maken van de zelfbindingsverklaring omdat de procedure minder tijd kost van de betrokkenen dan de procedure voor de zorgmachtiging.

Gevolgen:

- minder advies aanvragen aan de commissie
- minder commissiezittingen

4.3 Vergelijking huidige situatie en pilotcommissies

In deze paragraaf vergelijken we enkele aspecten van de huidige situatie met de resultaten van de pilotcommissies. We gaan achtereenvolgens in op de rol van de verschillende actoren, de inbreng van verschillende behandel disciplines, de zorgbehoefte van de patiënt, de doorlooptijd, de belasting van de rechter en de administratieve lasten.

De rollen van de actoren in de pilot en de huidige situatie

De in het wetsvoorstel voorgestelde verdeling van rollen en taken konden niet allen worden beproefd in de pilotsituatie. Hieronder volgt per actor een toelichting.

Het openbaar ministerie (OM) heeft in het wetsvoorstel geen taak meer. In de pilotsituatie heeft het OM nog steeds als toegang tot de rechter gefunctioneerd. De rol van verzoeker die aanvankelijk bij het OM lag wordt nu door de commissie ingevuld. De commissie stelt zich door het innemen van een duidelijk standpunt over de relatie tussen de stoornis en het gevaar en haar oordeel of aan de criteria van verplichte zorg is voldaan op als verzoeker. De controle door het OM of alle aangeleverde informatie juridisch en formeel klopt werd in de pilot situatie nog door het OM gedaan. Er is in de pilotsituatie geen invulling gegeven aan hoe en door wie deze taak wordt overgenomen.

Op de invloed van de commissie op de taken, werkwijze en tijdsbelasting van de geneesheer-directeur is nu nog te beperkt zicht gekregen. De geneesheer-directeur heeft nu vaak gefungeerd als leverancier van de casussen wat een extra tijdsinspanning kost. Daarnaast bestaat de medische verklaring nog niet en moet de geneesheer-directeur nog steeds voor

de geneeskundige verklaring zorgen in zake een dwangopname. Ontslagverzoeken zijn maar beperkt aan de orde gekomen. De bevindingen zouden kunnen wijzen op een taakverlichting. In drie casussen heeft de geneesheer-directeur aangegeven het advies te volgen zonder aanvullend nog informatie in te winnen of mensen te spreken. Een maal heeft de geneesheer-directeur naar aanleiding en voor opvolging van het advies nog iemand anders gesproken welke hij zonder advies niet geconsulteerd had. Maar ook is eenmaal aangegeven dat het voorgestelde advies voor de geneesheer-directeur niet bruikbaar was (in dit geval ging het advies in tegen de vraag van de behandelaren), en de geneesheer-directeur alsnog zelf informatie moest inwinnen.

De rol van de advocaat tijdens de hoorzitting van de commissie is in de pilot situatie onduidelijk gebleken. De rol van de advocaat blijft dezelfde als in de huidige situatie: bewaken van de rechtsgang en het behartigen van de belangen van de patiënt. De zittingen worden echter als weinig juridisch ervaren waardoor deze taak van de advocaat minder nadruk vraagt. Wel levert de zitting de advocaat informatie op welke hij tijdens de rechtzitting kan gebruiken.

De behandelaar blijft ook in de huidige situatie naar de commissie toe de aanvrager van het verzoek. De toelichting die aan behandelaar wordt gevraagd richt zich meer op de actuele situatie en de behandelmogelijkheden en in mindere mate als toelichter van de geneeskundige verklaring. Daardoor wordt beter recht gedaan aan de rol van de behandelaar als betrokkene bij de behandeling.

Met de rol van de onafhankelijk psychiater, die verantwoordelijk is voor afgifte van een medische verklaring is in de pilot nog geen ervaring opgedaan.

De rechter heeft een verzoeker die een duidelijker standpunt in neemt over de relatie tussen de stoornis en het gevaar. Of dit voor de rechter ook tot gevolg heeft dat hij hierdoor niet meer op de stoel van de verzoeker plaats hoeft te nemen (zoals nu soms wel het geval is omdat deze relatie ter zitting niet heel duidelijk wordt gesteld) is niet in de pilot tot uiting gekomen. De adviezen zijn nu medisch inhoudelijk niet voldoende ingevuld. De rechter kan nu geen zorgmachtiging invullen zonder zich medisch inhoudelijk te moeten verdiepen in de patiënt en zijn behandeling.

De inbreng vanuit verschillende (behandel)disciplines

Over het algemeen lijkt de inbreng van de verschillende gehoorde gewogen en evenwichtig in het advies van de commissie te worden opgenomen. De inbreng van verschillende perspectieven en disciplines is daarmee in de werkwijze van de commissies groter dan in de huidige situatie. De rechter laat zich in de bopz-zitting vooral leiden door de geneeskundige verklaring en de toelichting van de behandelaar.

De inbreng vanuit verschillende behandel disciplines is beperkt toegenomen. Het is nu ter zitting voorgekomen dat zowel de ambulante als klinisch behandelaar aanwezig waren. Bij een hoorzitting met de rechter is doorgaans maar één van beide aanwezig en ontbreekt de informatie van de ander. Andere behandel disciplines naast de psychiater of verpleegkundige zijn ook als zij ter zitting bij de commissie aanwezig waren over het algemeen niet gehoord.

De zorgbehoefte van de patiënt in de beslissing van de rechter

De nieuwe werkwijze verandert niets aan de onduidelijke definitie van het begrip zorgbehoefte. De Memorie van toelichting definieert dit begrip als volgt: *de behoefte aan kwalitatief goede zorg waarin adequaat wordt ingespeeld op de persoonlijke beleving en ervaring van iemand met een psychische stoornis en die in veel gevallen voorkomt dat een patiënt geconfronteerd moet worden met een gedwongen interventie.*

De nieuwe werkwijze verandert wel de inhoud van de beslissing van de rechter. Onder de bopz beslist de rechter enkel of dwangopname gerechtvaardigd is. In de nieuwe werkwijze beslist de rechter over de inhoud en duur van de dwangbehandeling. Hierbij moet de rechter expliciet aangeven hoe rekening is gehouden met de wensen van de patiënt in deze beslissing. Hoe dit in de praktijk vorm gaat krijgen is in de pilot niet beproefd omdat rechters nu geen beslissing hebben genomen in de geest van het wetsvoorstel.

De werkwijze van de commissies verplichte GGZ en de zorgbehoefte

De zorgbehoefte komt tijdens de zitting van de commissie beter tot zijn recht dan in de huidige situatie. Tijdens de commissiezitting wordt gesproken over behandeling en niet alleen over opname. Er wordt veel aandacht besteed aan de wensen en zienswijze van de patiënt wat betreft de zorg en de stoornis. De inhoud van de behandeling, het beoogde doel en de verwachte effectiviteit worden met de behandelaar besproken.

De manier waarop vervolgens rekening wordt gehouden met de voorkeur van de patiënt, komt in het advies minder tot uiting. Vaak worden alleen de wensen van de patiënt beschreven en soms zijn deze ook terug te zien in de voorgestelde zorg. Hierbij is niet altijd expliciet gemeld dat dit de wens of voorkeur is van de patiënt.

De doorlooptijden

De doorlooptijd wordt in de nieuwe werkwijze langer dan de doorlooptijd in de huidige bopz: met de commissies wordt een extra stap toegevoegd.

De doorlooptijden die de commissies in de praktijk laten zien, lijken zich redelijk te verhouden met de doorlooptijden die nu binnen de Wet bopz gelden, namelijk ongeveer 2 tot 4 weken. In het wetsvoorstel moet de commissie binnen 4 weken na ontvangst van een verzoek een advies geven, deze termijn wordt gehaald. Vervolgens heeft de rechter indien de commissie overgaat tot een verzoek 2 weken de tijd voor een zorgmachtiging (niet volgend op een zelfbindingsverklaring) om een uitspraak te doen.

De belasting van de rechter in de nieuwe en huidige werkwijze.

In de huidige werkwijze beslist de rechter over dwangopname en toets t daarvoor of aan de vijf criteria is voldaan. De rechtspositie van de patiënt ligt vast in de wet. De rechtbank besteedt gemiddeld 4 uur per casus voor het uitvoeren van deze taak.

In het wetsvoorstel oordeelt de rechter of er sprake moet zijn van gedwongen zorg en zo ja, wat de inhoud van deze gedwongen zorg moet zijn. Dit is een verzwarende taak van de rechter ten opzichte van de taak de Wet bopz. De interne rechtspositie van de patiënt ligt niet vast in het wetsvoorstel en moet met de zorgmachtiging worden vastgelegd. Rechters hebben aangegeven niet de inhoudelijke expertise te hebben om de zorgmachtiging in te vullen. De commissies kunnen de rechter (mist het advies alle informatie bevat om de zorgmachtiging inhoudelijk in te vullen) ontlasten in deze taak als onafhankelijk expert en adviseur. Welke tijd de rechtbank kwijt zal zijn aan het uitvoeren van de nieuwe taak is niet beproefd. De rechters verwachten in elk geval meer tijd kwijt te zijn aan het

doornemen van de aangeleverde informatie. Afgezien van het feit dat nu niet duidelijk is hoe de zorgmachtiging eruit zal zien, verwachten de rechters dat ook het invullen van de zorgmachtiging meer tijd zal kosten dan de onderbouwing van wel of geen dwangopname in de huidige beschikkingen.

De bureaucratie en administratieve lasten van de nieuwe en de huidige werkwijze

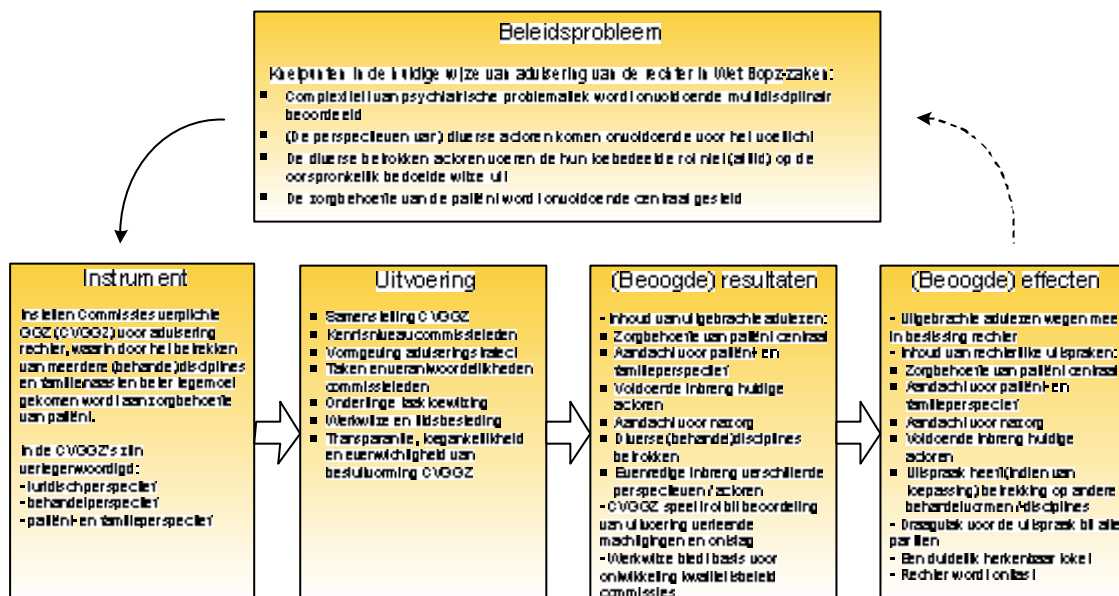
De Wet bopz wordt door de betrokken actoren als administratief belastend en arbeidsintensief beschouwd. Van de totaal 16 uur die nu, zo blijkt uit de nulmeting, per casus in de bopz door alle betrokkenen geïnvesteerd wordt, bestaat 6 uur uit secretariële ondersteuning. Het bewaken van de termijnen en de controle van de informatie op juistheid vraagt daarin de meeste energie. Regelmatig komt het voor dat niet het juiste formulier voor de geneeskundige verklaring is ingevuld en dat zaken daardoor opnieuw voor de rechter moeten komen, wat leidt tot dubbel werk.

Welke invloed het wetsvoorstel op de administratieve lasten zal hebben is niet bekend. Vooralsnog wordt uitgegaan van één zorgmachtiging welke vier doelen kan dienen en één type medische verklaring die moet worden ingevuld. De praktijk moet uitwijzen of dubbel werk, zoals nu voorkomt in de bopz, daarmee voorkomen wordt en invoering tot een lastenverlichting leidt. Anderzijds moet er meer en uitgebreidere informatie aangeleverd worden door de instelling, wat de administratieve belasting weer kan verzwaren.

Bijlage 1 Hoofdpijnen evaluatiemodel en analysekader

Onderstaand beleidsevaluatiemodel is gebruikt om het onderzoek te structureren en systematiseren. Het model is opgesteld aan de hand van verschillende achterliggende documenten, zoals de derde wetsevaluatie, het conceptwetsvoorstel en het plan van aanpak voor de pilots. Het model beoogt geen weergave van de werkelijkheid te zijn, maar een leidraad voor het onderzoek.

Figuur B1.1 Beleidsevaluatiemodel advisering van de rechter in de Wet Bopz zaken



In dit model vormen de Commissies Verplichte ggz het *instrument* waarin het juridisch, het behandel- en het patiënt- en familieperspectief vertegenwoordigd zijn.

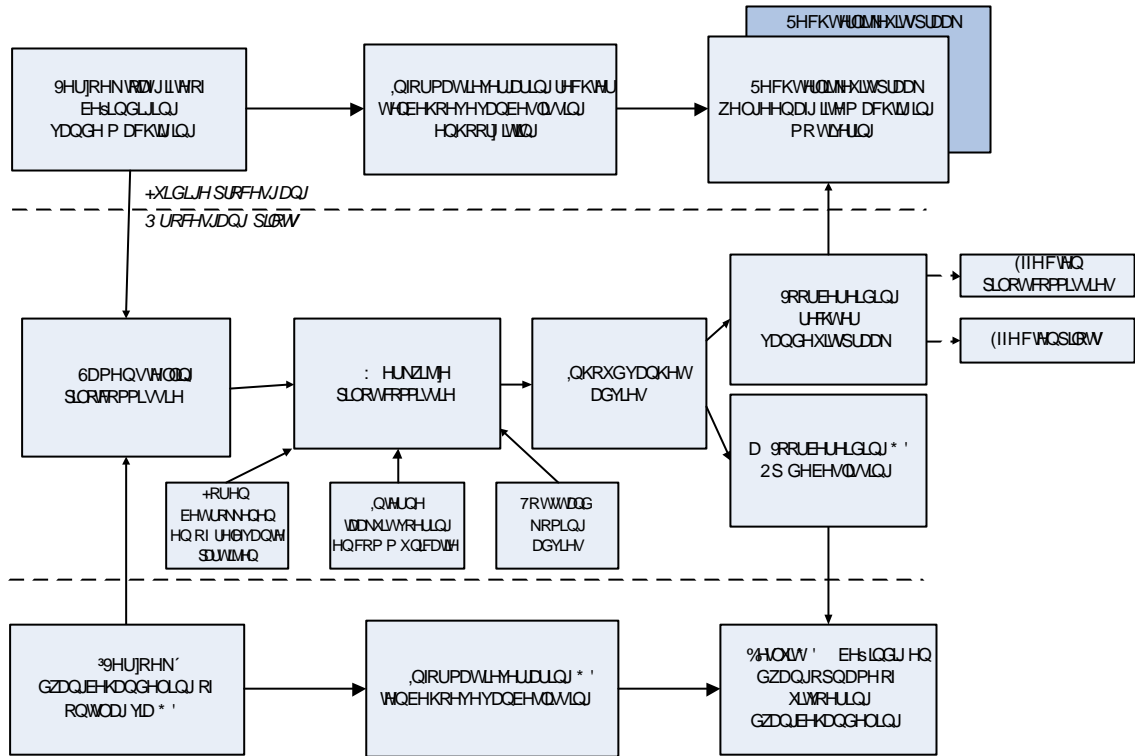
In de 1-meting van de pilots wordt met name gekeken naar de *uitvoering* van de pilots; hoe zijn de commissies samengesteld, hoe werken ze, hoe zijn taken toebedeeld, etc.

Vervolgens worden de *(beoogde) behaalde resultaten* geanalyseerd. Nagegaan wordt of in de uitgebrachte adviezen de perspectieven van de verschillende actoren (verschillende disciplines, familie/naasten) in het advies vertegenwoordigd zijn, of sprake is van evenwichtige adviezen (gelijkmatige inbreng) en of voldoende aandacht wordt besteed aan ontslagvoorwaarden en benodigde nazorg.

Ten slotte worden voor zover mogelijk de *effecten* van de Commissies Verplichte ggz in de pilots in kaart gebracht door vast te stellen of de zorgbehoefte van een cliënt centraal staat in de (fictieve) uitspraken van de pilotrechter en de beslissingen van de geneesheer-directeur, of de perspectieven van de verschillende actoren hierin beter tot hun recht komen, of er meer draagvlak is voor de beslissing van de rechter/geneesheer-directeur en of de rechter/geneesheer-directeur door de werkzaamheden van de commissie ontlast wordt in de voorbereiding van zijn uitspraak.

Opbouw van het analysekader

Onderstaand schema toont de procesgang om te komen tot een rechterlijke uitspraak voor de huidige werkwijze en pilotsituatie. Het analysekader is opgebouwd aan de hand van dit schema voor ieder genummerd blok zijn de aspecten die we in kaart brengen uitgewerkt.



Bijlage 2 Huidige situatie

Om uitspraken te kunnen doen over de meerwaarde van de pilotcommissies is de huidige Bopz-praktijk en de praktijk rond dwang en drang en ontslag, in de vier regio's in kaart gebracht. In een separaat rapport is dit beschreven. In deze bijlage presenteren we de resultaten van deze nulmeting en geven we antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Welke rol vervullen de verschillende actoren in de pilotregio's, in de huidige situatie, bij de advisering van de rechter (RM'en) of geneesheer-directeur (ontslagverzoeken en dwangbehandeling) en welke taken voeren zij concreet uit? Welke verschillen zijn waarneembaar tussen de verschillende regio's?
- 2 Welke belasting brengt het proces met zich mee (overleg, gesprekken, administratieve handelingen, etc.) in de pilotregio's?
- 3 Wat is de (relatieve) inbreng van elk van deze actoren in de uiteindelijke beslissing van de rechter in de pilotregio's?
- 4 In hoeverre staat de zorgbehoefte van de patiënt centraal in de rechterlijke uitspraak in de pilotregio's?
- 5 Wat is het draagvlak voor de uiteindelijke beslissing van de rechter bij de diverse betrokken partijen in de pilotregio's?
- 6 Welke knelpunten doen zich naar het oordeel van de betrokken partijen ('stakeholders') in de huidige situatie voor in de pilotregio's?

Om deze situatie in kaart te brengen zijn, naast een deskresearch, interviews gevoerd met sleutelfiguren uit de stuurgroep, is meegelopen met een aantal BOPZ-zaken en is per pilotregio gesproken met:

- de officier van justitie Bopz-zaken en eventueel ook het secretariaat,
- een Bopz-rechter,
- twee geneesheren-directeuren of psychiaters die veelvuldig te maken hebben met het afgeven van een geneeskundige verklaring.

In totaal zijn voor de nulmeting 5 stuurgroepleden en 21 regionaal betrokkenen geïnterviewd.

In onderstaande paragrafen formuleren we de antwoorden op de onderzoeksvragen.

Huidige rol en uitvoering taken

De invulling van de rol van de verschillende actoren, zoals dit naar voren komt in de interviews in de vier regio's, is in grote lijnen vergelijkbaar met de bevindingen die in de derde wetsevaluatie zijn beschreven. Per regio zijn er nuanceverschillen, met name in de taken die concreet door de verschillende actoren zelf worden uitgevoerd en taken die gemandateerd worden of worden neergelegd bij het secretariaat. Hieronder wordt de vervulling van de rol in de vier regio's per actor samengevat:

- In alle vier de regio's vervult de officier van justitie de rol van toegangverlener tot de rechtbank. In deze rol heeft hij een controlerende taak op de aangeleverde stukken, en dient het verzoek in als de stukken juist zijn. Het zwaartepunt van de controle ligt in Groningen, Utrecht en Rotterdam op secretarieel niveau. De officier controleert de stukken als laatste en alleen in grote lijnen. In Amsterdam neemt de Officier de stukken nog op een groter aantal punten door.

- De vervulling van de rol van de geneesheer-directeur lijkt niet zo zeer regiospecifiek maar meer instellingspecifiek. De rol kan enerzijds vrij intensief ingevuld worden door de geneesheer-directeur waarbij hij betrokken is bij de aanvraag van het verzoek door zelf de geneeskundige verklaring af te geven en de verantwoordelijkheid te dragen voor een goede toelevering van de stukken aan het OM. Anderzijds wordt deze rol in sommige betrokken instellingen vrij beperkt ingevuld, waarbij de geneesheer-directeur alleen bij de klinische machtigingen (en soms ook op de ambulante (=voorwaardelijke) machtigingen) een controle op de juistheid en de volledigheid van de geneeskundige verklaring uitvoert. Artikel 5 van de Bopz stelt dat beide werkwijzen geoorloofd zijn. Bij de 'intensieve werkwijze' is het echter wel noodzakelijk dat de geneesheer-directeur niet bij de behandeling van de patiënt betrokken is. Ditzelfde geldt ook voor beslissingen tot dwangbehandeling: in sommige betrokken instellingen voert de geneesheer-directeur zelf het onderzoek uit waarbij hij diverse bronnen raadpleegt. In andere instellingen staat de geneesheer-directeur op de achtergrond en voert alleen een formele controle en rapportage uit. De wet stelt niet expliciet verplicht dat de geneesheer-directeur zelf het onderzoek uit voert.
- De advocaat behartigt in alle regio's de belangen van de patiënt en bewaakt de rechtsgang tijdens de zitting. De advocaat vertegenwoordigt het standpunt van de patiënt ter zitting.
- De behandelaren zijn in de pilotregio's meestal de aanvrager van het verzoek voor dwangopname. Daarbij vraagt een behandelaar (eventueel na overleg met de geneesheer-directeur) volgens de respondenten alleen een opnameverzoek aan als hij zeker is dat aan de criteria voor gedwongen opname is voldaan. Zaken waarover twijfel heerst worden volgens hen bijna nooit aan de rechter voorgelegd. Hierdoor lijkt al een voorselectie plaats te vinden over de zaken die aan de rechter worden voorgelegd. Tijdens de zittingen in de regio's is de behandelaar degene die de geneeskundige verklaring toelicht en de rechter inlicht over de actuele situatie.
- De onafhankelijk psychiater zorgt al dan niet voor afgifte van de geneeskundige verklaring. De onafhankelijk psychiater geeft, aldus de respondenten, alleen een verklaring af indien hij van mening is dat aan de criteria voor gedwongen opname is voldaan. Alleen met een geneeskundige verklaring kan de officier van justitie een verzoek indienen bij de rechter. Door de huidige gang van zaken in de pilotregio's voert de onafhankelijk verklarend psychiater feitelijk een selectie aan de poort uit en bepaalt hij welke zaken aan de rechter worden voorgelegd.
- De rechter neemt, nadat een geneeskundige verklaring is afgegeven, de uiteindelijke beslissing over de dwangopname. De rechter gaat in alle regio's tijdens de zitting actief op zoek naar argumenten door patiënt, behandelaar en advocaat te horen. Wanneer de behandelend psychiater geen duidelijk standpunt inneemt ten aanzien van het gevaarscriterium, gaan de geïnterviewde rechters actief op zoek naar argumenten ter ondersteuning voor de dwangopname. Zij komen hierdoor soms feitelijk in de positie van verzoeker terecht, aldus de respondenten.

Belasting in tijd en administratieve handelingen op dit moment

Dwangopname

Een indicatie van de tijdsinvestering per casus voor een verzoek tot afgifte wordt, aan de hand van de inschatting van de respondenten uit de vier pilotregio's, geschat op gemiddeld 16 uur per casus voor alle betrokken partijen samen. Dit is exclusief reistijd.

Binnen de GGZ-instellingen wordt naar schatting van de respondenten gemiddeld 6 uur besteed aan een casus. De rechtbank besteedt naar schatting 4 uur per casus en het OM ongeveer 1 uur. Op basis van de tijdsduur van de contacten met de patiënt die de overige betrokkenen aan ons hebben gerapporteerd, wordt de tijdsinvestering van de patiënt door het onderzoeksteam geschat op 2,5 uur en van de advocaat op eveneens ongeveer 2,5 uur.

Van de geschatte 16 uur tijdsinvestering vindt ongeveer zes uur op secretariael of ondersteunend niveau plaats om te zorgen voor een juiste aanlevering van de stukken, het bewaken van de termijnen en het zorgen voor de juiste logistiek. Hier vinden ook de meeste administratieve handelingen plaats, deze zijn voor de overige actoren redelijk beperkt

Ontslagverzoek

De meeste betrokkenen konden geen goede inschatting van de tijdsinvestering per casus van een verzoek tot ontslag geven, omdat deze verzoeken maar enkele keren per jaar aan de rechter worden voorgelegd.

De tijdsinvestering van een ontslagverzoek dat aan de rechter wordt voorgelegd is moeilijk aan te geven door de respondenten maar wordt wel als groot ervaren, omdat, zoals enkele respondenten dit uitdrukken, "de uitslag vaak voorspelbaar is". Het verzoek wordt zelden gehonoreerd, terwijl de wet vereist dat de zitting behandeld wordt in de meervoudige kamer. Toch komt het ook een enkele keer voor dat de rechtbank het verzoek wel honoreert; het verzoek aan de rechter kan dus ook een andere uitkomst voor de patiënt opleveren.

Dwangbehandeling

Over de benodigde tijd voor het nemen van een beslissing over dwangbehandeling zijn op dit moment geen schattingen beschikbaar.

Huidige inbreng van de actoren in de beslissing

Op basis van de interviews en observaties lijkt de beslissing van de rechter bij dwangopname voornamelijk gebaseerd te zijn op de informatie uit de geneeskundige verklaring aangevuld met de informatie die de behandelend psychiater ter zitting geeft. De geneeskundige verklaring wordt volgens de respondenten gebruikt als basis van waaruit de rechter zijn vragen formuleert om de informatie te verzamelen. De behandelaar is degene die de geneeskundige verklaring toelicht en de rechter over de actuele situatie informeert.

De advocaat en de patiënt hebben volgens de respondenten zeker inbreng in de beslissing van de rechter maar deze inbreng lijkt minder zwaar mee te wegen in het oordeel van de rechter. Het behandelperspectief lijkt vaak voor het juridisch perspectief te gaan. Een advocaat bekijkt vanuit juridisch perspectief of de opname gerechtvaardigd is door het volgen van de juiste procedure. Ook toetst hij of uit de beschikbare informatie geconcludeerd kan worden dat aan de criteria voor gedwongen opname is voldaan. In de praktijk kan een advocaat een dwangopname niet zonder meer voorkomen als bijvoorbeeld blijkt dat een

handtekening mist of een datum niet juist is; in die gevallen wordt de zitting aangehouden en krijgen instellingen de tijd om de papieren alsnog in orde te maken, aldus de respondenten. Daarnaast is het voor een advocaat moeilijk om inhoudelijk te toetsen of wat door de behandelaar ter zitting wordt verteld over bijvoorbeeld de stoornis van de patiënt, het gevaar dat hij veroorzaakt en de alternatieven voor dwang die verkend zijn, daadwerkelijk klopt, zo melden betrokkenen.

De familie van een patiënt wordt naar schatting van de respondenten in een minderheid van de zaken door de rechter gehoord. Familie kan belang hebben bij opname van de patiënt en mag daarom volgens een van de rechters nooit van doorslaggevende invloed zijn. De inbreng van de familie is beperkt. Hoewel de familie het verhaal van de patiënt kan ondersteunen en de rechter inzicht kan geven in de actuele leefsituatie en daarmee een tegengewicht biedt aan het standpunt van de behandelaar, wordt de familie zelden actief betrokken door de rechter.

Zorgbehoefte patiënt in huidige situatie

De *zorgbehoefte van de patiënt* blijft voor alle betrokkenen een lastig te definiëren begrip. Iedere actor geeft een andere invulling van dit begrip, variërend van het bestwilcriterium tot de voorkeur van de patiënt. In de Memorie van toelichting bij het concept wetsvoorstel Verplichte GGZ wordt met betrekking tot zorgbehoefte aangegeven dat de patiënt behoefte heeft aan kwalitatief goede zorg, waarin hij/zij respectvol bejegend wordt en waarbij er gedurende het gehele zorgtraject goed geluisterd wordt naar het (lijdens)verhaal achter zijn/haar gedrag. Door het bieden van kwalitatief goede zorg 'kan in veel gevallen voorkomen worden dat een persoon met een psychische stoornis moet worden geconfronteerd met een gedwongen interventie. Pas als voldoende aandacht wordt besteed aan de persoonlijke beleving en ervaring van een psychische stoornis, kan adequaat worden ingespeeld op de zorgbehoefte van een persoon'.

Zo bezien is de zorgbehoefte van de patiënt te omschrijven als de behoefte aan kwalitatief goede zorg waarin adequaat wordt ingespeeld op de persoonlijke beleving en ervaring van iemand met een psychische stoornis en die in veel gevallen voorkomt dat een patiënt geconfronteerd moet worden met een gedwongen interventie.

De huidige wet richt zich specifiek op het nemen van beslissingen over gedwongen interventies (dwangopname of dwangbehandeling), waarbij niet de zorgbehoefte van de patiënt leidend is maar de mate waarin zijn stoornis een gevaar veroorzaakt voor zichzelf of voor de maatschappij. Dit blijkt ook uit de interviews: de rechter is gehouden te toetsen in hoeverre gedwongen opname vanuit het gevaarscriterium gerechtvaardigd is en in hoeverre dit gevaar veroorzaakt wordt door de stoornis. De inhoudelijke onderbouwing van stoornis en gevaar worden gegeven door de geneeskundige verklaring, aangevuld door het horen van de behandelaar, aldus de respondenten. De patiënt wordt wel geraadpleegd, maar zijn visie op de stoornis en het gevaar zijn volgens hen niet leidend. Zelfs als de visie van de patiënt op zijn/haar zorgbehoefte door de rechter aanvaard wordt, is dit voor de geïnterviewden nog altijd van secundair belang ten opzichte van het gevaarscriterium.

Draagvlak voor beslissing op dit moment

Een begrip als draagvlak is lastig te concretiseren en te meten, zeker op grond van een beperkt aantal interviews, zoals in deze meting. Wel is duidelijk geworden dat de meeste respondenten in de regio's van mening zijn dat de rechter zorgvuldig oordeelt en toetst. Er zijn geen aanwijzingen dat in de vier onderzochte regio's grote twijfel heerst of een gebrek aan draagvlak dreigt voor de beslissingen van de rechter. De aard van de uitspraken en de verschillende belangen en rollen van de actoren leiden echter in de regio's soms tot verschillen in inzicht. Zo vinden psychiaters in sommige gevallen dat de rechter te makkelijk het verhaal van de patiënt volgt, bijvoorbeeld als de patiënt aangeeft bereid te zijn vrijwillig te worden opgenomen maar hun ervaring anders leert. Geïnterviewde advocaten zijn daarentegen soms van mening dat de rechter te makkelijk het verhaal van de behandelaar volgt en te makkelijk voorbijgaat aan de inbreng en het perspectief van de patiënt, bijvoorbeeld onder het mom van een beperkt ziekte-inzicht bij een patiënt. En ook patiënten kunnen, hoewel zij zich hier vaak bij neerleggen, moeite hebben met de uitspraak van de rechter en boos worden of weglopen, aldus de respondenten.

Knelpunten in de huidige situatie

Met de laatste wetswijziging, zo menen vrijwel alle respondenten, zijn de meeste knelpunten in de Bopz gerepareerd en voldoet naar hun mening, in algemene zin, de huidige wet en de huidige procesgang. Toch hebben de betrokken partijen ook een aantal knelpunten benoemd in de huidige wet en procesgang. Deze knelpunten komen in grote lijn overeen met de tekortkomingen die de derde evaluatiecommissie heeft geconstateerd. Hieronder volgt een opsomming van knelpunten die in de verschillende regio's aan de orde zijn gekomen. De meeste van deze knelpunten zijn reeds in eerder paragrafen, meer in de context, beschreven.

- Het ontbreken van een verzoeker,
- de verschillende formats voor de geneeskundige verklaring,
- het gegeven dat in de geneeskundige verklaring niet de verschillende perspectieven beschreven worden,
- het gegeven dat behandelperspectief nu niet in de informatie voor de rechter is opgenomen,
- het verkrijgen van een geneeskundige verklaring, wanneer de onafhankelijk psychiater deze niet wil afgeven,
- de beperkte beschikbaarheid van de bemoeizorg,
- het onvoldoende op elkaar aansluiten van ambulante en klinische zorg,
- de beperkte beschikbaarheid van beschermde woonvormen, waardoor langere gedwongen opname,
- de koppeling van dwangbehandeling aan dwangopname,
- de plaats van verslavingsproblematiek in de psychiatrie (de actoren zijn verdeeld over of verslaving tot een psychiatrische stoornis gerekend kan worden)
- de tijdsbelasting en tijdsdruk die de uitvoering van de regeling met zich mee brengt,
- de behandelaar ervaart een steeds verdere juridisering van de Wet Bopz terwijl de advocaat de zorgnoodzaak overbelicht acht en de juridische aspecten onderbelicht.
- het hanteren van het gevaarscriterium wordt door sommige actoren als probleem ervaren. Hoe minder duidelijk het gevaar hoe complexer het is voor en tijdens de zitting om de zaak rond te krijgen.

Bijlage 3 Inschatting werklast commissie

In het wetsvoorstel Verplichte GGz vervullen de commissies een belangrijke taak in het proces van aanvraag/afgifte en beëindiging van een zorgmachtiging. In de pilots is binnen een experimentele setting ervaring opgedaan met commissies die adviseren over het verlenen of beëindigen van gedwongen zorg of opname.

Op basis van de ervaring die binnen de pilot is opgedaan en cijfers die bekend zijn uit het tabellenboek Wet Bopz 2002-2006, het jaarbericht 2007 en het jaarverslag 2008 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg komen we in dit document tot een inschatting van de werklast van de commissies.

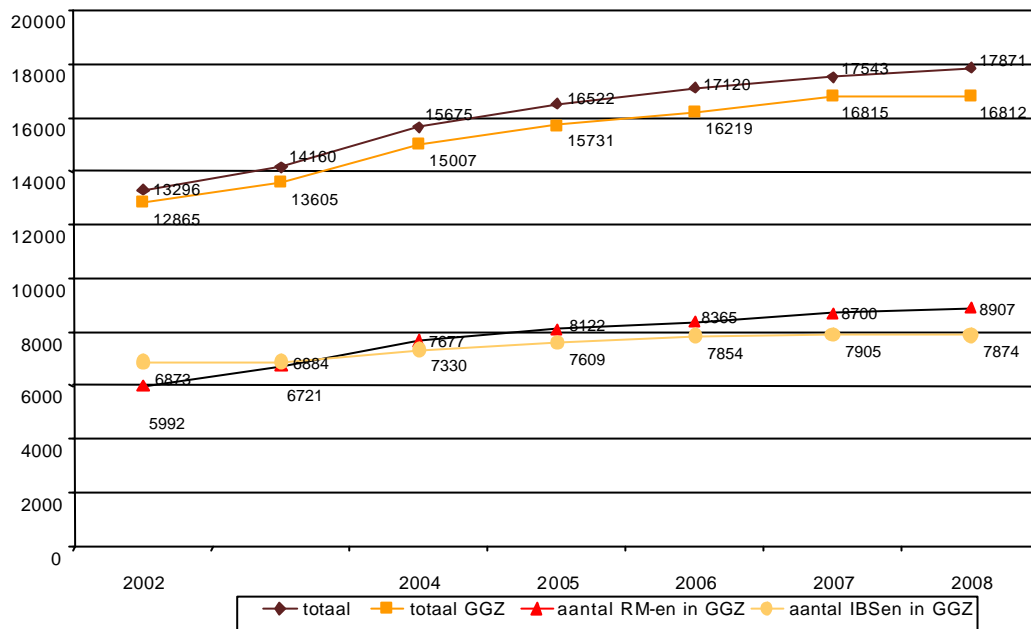
Beperkingen in de berekening

Er zijn drie belangrijke beperkingen in de berekening van de werklast van de commissies.

- 1 Ten eerste wijkt het aantal afgegeven machtigingen in de praktijk af van het aantal aanvraagde machtigingen. Een zuiverder beeld voor de werklast van de commissies zou daarom verkregen worden door uit te gaan van het aantal machtigingsaanvragen. Deze gegevens zijn echter niet beschikbaar. Het aantal afgegeven machtigingen ligt vermoedelijk ongeveer 10 à 20% lager dan het aantal aanvragen¹.
- 2 Ten tweede zijn de berekeningen gemaakt op basis van de getallen van 2006. Meer recente gegevens waren, tot zeer kort voor de oplevering van het rapport, niet beschikbaar. Op basis van de waargenomen groei tussen 2002 en 2006 wordt verwacht dat het aantal afgegeven machtigingen jaarlijks met enkele procenten groeit. Ter illustratie wordt in onderstaande figuur de groei over de afgelopen periode getoond.

¹ Deze inschatting is gebaseerd op interviews met rechters over de huidige werkwijze die in het kader van de 0-meting gehouden zijn.

Figuur B3.1 Ontwikkeling aantal dwangopnames¹ Wet bopz



Ten derde is met een aantal toekomstige taken van de commissie geen ervaring opgedaan in de pilots. Er is dan ook niet bekend hoe groot de werklust is die de volgende taken met zich mee zullen brengen²:

- het adviseren van de rechter in zake een zorgmachtiging aansluitend op en crisismaatregel (waarvoor geen hoorzitting vereist is)
- de 'waakhond' functie die de commissie heeft bij het doorleiden dan wel niet ontvankelijk verklaren van een verzoek tot machtiging naar de rechter en het doorleiden dan wel niet ontvankelijk verklaren van een crisismaatregel naar de burgemeester
- het bevorderen van de samenwerking in de keten tussen zorgaanbieders en andere instellingen betrokken bij de gedwongen zorg

Berekening van het aantal benodigde hoorzittingen op jaarbasis

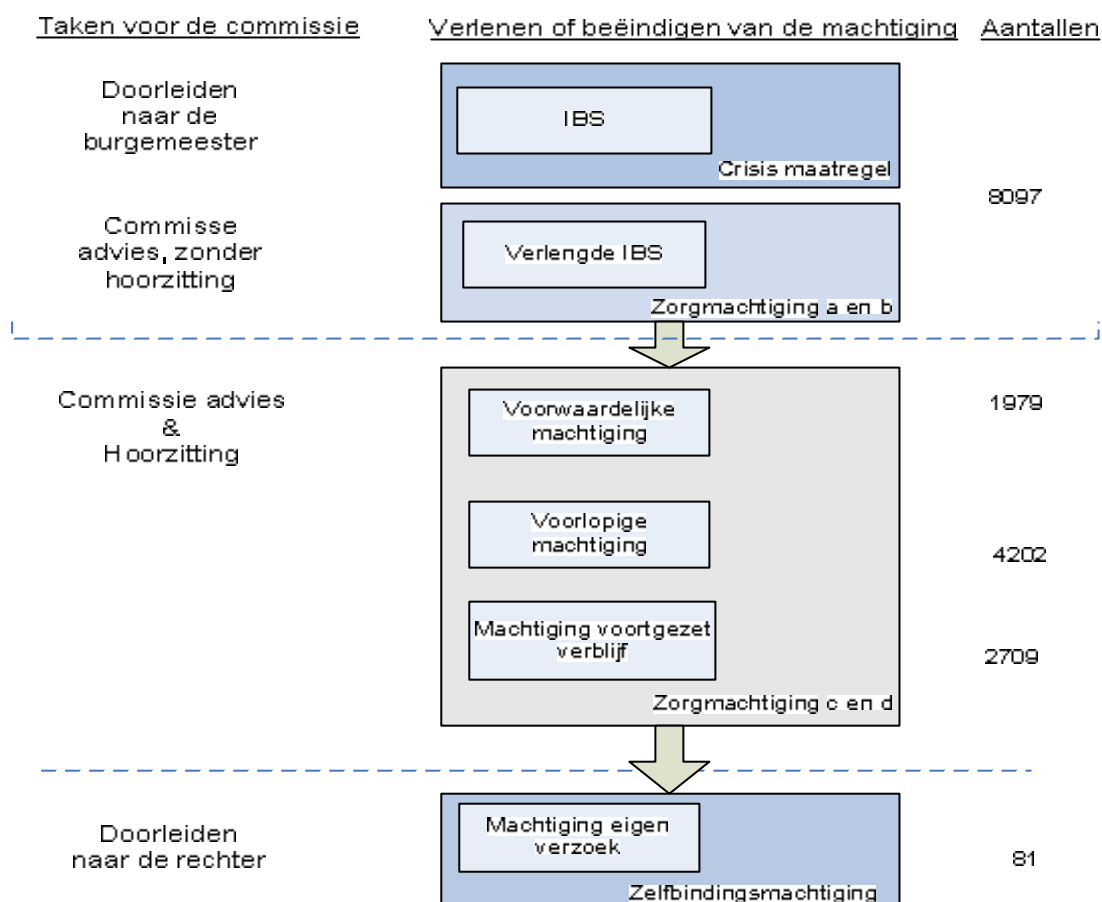
Figuur B3.2 geeft een schematische weergave van de bestaande typen machtigingen in de Wet Bopz en de vergelijkbare typen machtigingen in de Wet verplichte GGZ. Het donker gekleurde blok betreft de taken waarmee de pilotcommissie heeft geëxperimenteerd gedurende de looptijd van de pilots. Links in de figuur staan de taken die de commissie moet uitvoeren voor de machtiging onder de Wet verplichte GGZ, rechts in de figuur staan de aan-

¹ De voorwaardelijke machtiging is als dwangopname gerekend. Bron: IGZ jaarverslag 2008.

² Daarnaast zijn er enkele administratieve taken benoemd zoals bijvoorbeeld het registreren en archiveren van beslissingen. Deze hoeven wellicht niet noodzakelijkerwijs door de commissie uitgevoerd te worden maar kunnen bijvoorbeeld ook door een secretariaat verzorgd worden.

tallen voor de overeenkomstige maatregel in de wet Bopz. De aantallen in de figuur zijn de aantallen geregistreerd in 2006.

Figuur B3.2



Adviestaken

De commissie heeft een adviestaak richting de rechter aangaande het verlenen van de zorgmachtiging en een adviestaak richting de geneesheer-directeur aangaande onvoorwaardelijk ontslag tijdens de looptijd van de machtiging. Beslissingen over dwangbehandeling worden in principe niet meer door de commissie bekeken, omdat in de afgegeven zorgmachtiging is beschreven welke dwang gedurende de geldigheidsduur van de machtiging kan worden toegepast.

Adviestaak bij aanvraag van een zorgmachtiging

De nieuwe wet heeft tot doel een opeenstapeling van verschillende machtigingen (zoals dit nu in de Wet bopz plaatsvindt) te voorkomen. Er bestaat één zorgmachtiging welke vier verschillende doelen kan dienen. Door de looptijd van deze machtiging - een zorgmachtiging C of D heeft een maximale duur van ½ jaar en indien een zorgmachtiging C of D volgt

op een machtiging A of B heeft hij een maximale duur van één jaar – hoeft de commissie bij het uitdienen van de normale looptijd van de machtiging maximaal twee maar per jaar een advies af te geven aan de rechter of het al dan niet verlengen van de machtiging. Dit is een verschil ten opzichte van de huidige situatie, waarin er bij een deel van de gedwongen opnames sprake is van minimaal drie machtigingen per persoon binnen een jaar. De werklust van de commissie kan daarom niet berekend worden door simpelweg de in figuur 1.1. genoemde getallen op te tellen.

Om de werklust voor de commissie te berekenen zijn we daarom uitgegaan van het aantal afgegeven machtigingen binnen de verschillende 'routes' die een persoon kan doorlopen binnen de Wet bopz. Deze zijn afgezet tegen de daarmee overeenkomende routes die een persoon kan doorlopen binnen de Wet verplichte GGZ.

In onderstaande tabel staan aantallen gebaseerd op de gegevens van het Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006 van de Inspectie van de Gezondheidszorg. Hierin zijn gegevens te vinden over het aantal dwangopnames per persoon voor de jaren 2002-2006. De eerste kolom beschrijft de verschillende situaties die een persoon binnen een jaar kunnen overkomen. In de tweede kolom is weergegeven hoeveel personen in 2006 met een dergelijke situatie te maken kregen. In de derde kolom is weergegeven hoe vaak een patiënt in een dergelijke situatie geconfronteerd wordt met een rechterlijke beslissing over dwangopname. De vierde kolom geeft aan hoe vaak de commissie in een soortgelijke situatie onder de Wet Verplichte GGZ een hoorzitting moet houden en vervolgens advies moet uitbrengen. De laatste kolom beschrijft vervolgens het totale aantal hoorzittingen dat de commissie per beschreven situatie op jaarbasis moet houden (berekend door het aantal personen dat in 2006 met een dergelijke situatie te maken heeft gehad, te vermenigvuldigen met het aantal maal dat de commissie een hoorzitting moet organiseren).

Tabel B3.1 Geschat aantal commissieadviezen op jaar basis

Omschrijving situatie	Totaal aantal personen in 2006	Aantal beslissingen rechter p.p.p.j.	Aantal hoorzittingen cie vGGZ p.p.p.j.	Aantal hoorzittingen cie vGGZ p.j.
Eenmalige afgifte RM	3098	1	1	3098
Zelfbindingsverklaring	81	1	0 ¹	0
Eenmalige IBS (incl. voortzetting)	5489 ²	1	0	0
Machtiging volgend op IBS	1621 ³	2	1	1621
Twee opeenvolgende RM'en	1164	2	2	2328
3 of meer opeenvolgende RM'en	887	3	2	1774
Totaal				8821

¹ Bij een zelfbindingsverklaring en een zorgmachtiging volgend op een zelfbindingsverklaring is geen advies (en geen hoorzitting) van de commissie vereist.

² 77,6% van het aantal IBS wordt niet gevolgd door een RM.

³ 22,4 % van de IBS wordt gevolgd door een RM.

Op basis van de cijfers van 2006 zal de commissie op jaarbasis naar schatting 8821 hoorzittingen moeten houden om een advies uit te brengen over het afgeven van een zorgmachtiging.

Adviestaak bij beëindiging van een zorgmachtiging (ontslag)

De commissie heeft tevens de taak om te adviseren inzake het verlenen van onvoorwaardelijk ontslag vóór het aflopen van de zorgmachtiging. Voor de inschatting van de werklust die met deze taak gepaard gaat, hebben we gebruikgemaakt van cijfers over 2008 afkomstig uit de Bopzis registratie¹. In 2008 is 241 maal een ontslag zonder voorwaarden verleend door de geneesheer-directeur.

In het wetsvoorstel is opgenomen dat de directeur zorgkwaliteit voorwaarden of beperkingen kan verbinden aan de ontslagbeslissing, en dat in de directeur zorgkwaliteit niet eerder een beslissing neemt dan nadat de commissie een advies heeft uitgebracht. Dat betekent dat de commissie ook moet adviseren over een ontslag onder voorwaarden. In 2006 is 1737 maal ontslag onder voorwaarden verleend.

Een ontslag onder voorwaarden hoeft binnen het wetsvoorstel mogelijk niet in alle gevallen afzonderlijk geregeld te worden; de machtiging geeft immers aan in welke situaties de zorg een verplichtend karakter dient te hebben, en onder welke voorwaarden de patiënt ambulantly mag verblijven. Dit betekent dat het aantal ontslagbeslissingen niet zonder meer geëxtrapoleerd kan worden. Op basis van de cijfers over 2008 zal de commissie in minimaal 241 en maximaal ongeveer 1978 gevallen een advies moeten geven over ontslagbeslissingen.

Schatting van de werklust van de commissie

Aantal hoorzittingen

Omdat de commissie zowel bij aanvang van de zorgmachtiging als bij voortijdige beëindiging van de zorgmachtiging een advies dient uit te brengen, kan de werklust van de commissie in haar adviserende rol berekend worden met de som van beide hierboven genoemde aantallen. Hierbij is geen rekening gehouden met de verwachte groei in aantallen afgegeven machtigingen en geen correctie toegepast voor het verschil in aangevraagde machtigingen en afgegeven machtigingen. De daadwerkelijke werklust van de commissie zal naar verwachting hoger uitvallen. In onderstaande tabel is een schatting van het totale aantal hoorzittingen weergegeven.

Tabel B3.2 Schatting van de werklust van de commissie

Adviezen zorgmachtiging:	8.821
Adviezen ontslag:	241
Adviezen ontslag onder voorwaarden:	1.738
Totaal adviezen voorafgegaan door hoorzitting:	10.800

¹ We beschikken niet over de cijfers van 2006. Het is daarom niet mogelijk het "peiljaar" voor beide inschattingen gelijk te houden.

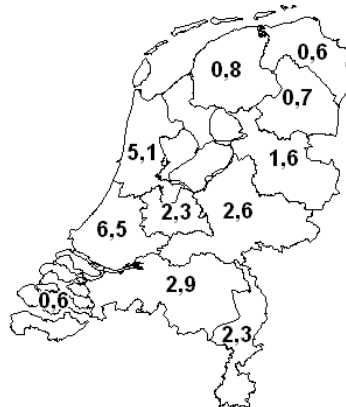
Aantal benodigde FTE's

Op basis van het geschatte aantal hoorzittingen en de tijdsbelasting van de commissieleden per hoorzitting, kan een indicatie gegeven worden van de totale werklast in aantal benodigde FTE's.

De commissieleden verwachten, met enige routine, per casus 4 uur te moeten besteden aan de totstandkoming van een advies (inclusief voorbereiding en hoorzitting). Uitgaande van 10.800 adviezen op jaarbasis afgegeven door drie commissieleden, betekent dit landelijk een totale tijdsbesteding van 129.576 uren op jaarbasis voor het uitbrengen van adviezen ten behoeve van beslissingen over dwangopname en ontslag. Ter illustratie: dat zijn afgerond 78 fulltime banen, oftewel 26 juristen, 26 psychiaters en 26 algemeen leden (= 26 fulltime commissies)¹. De werklast voor de overige taken is niet in deze berekening opgenomen omdat dit nog niet bekend is.

Om een indruk te geven van de regionale werklast hebben we het aantal benodigde FTE's per type commissielid per provincie berekend. De factor die voor deze verdeling is toegepast gebaseerd op het aantal dwangopnames per provincie over een periode van vijf jaar gedeeld door het totaal aantal dwangopnames voor heel Nederland over dezelfde periode van vijf jaar. Hieronder is het resultaat weergegeven.

Figuur B3.3 Verdeling van de benodigde FTE's per provincie²



Bron: Research voor Beleid

¹ Afgerond naar boven op basis van een netto fulltime dienstverband van 1692 uur (36 uur x 47 weken) op jaarbasis.

² De rechterlijke machtigingen zijn niet te herleiden tot de provincie Flevoland. De gegevens zijn opgenomen bij de provincie Overijssel (Rechtbank Zwolle).

Bijlage 4 Overzicht psychiatrische casuïstiek

In de commissies zijn patiënten gehoord met verschillende psychiatrische stoornissen en bijkomende problematiek. Onderstaande lijsten vormen hiervan een weergave.

Psychiatrische stoornis welke in directe relatie staat tot het gevaar/risico op schade:

- Schizoaffectieve stoornis,
- Schizofrenie, paranoïde type
- Schizofrenie, ongedifferentieerd
- Schizofrenie met akoestische en haptische hallucinaties
- Borderline persoonlijkheidsstoornis met psychotische ontregeling
- Depressie met psychotische kenmerken
- Bipolaire stoornis, huidige episode depressief
- Bipolaire stoornis, huidige episode manisch (psychotisch)
- Post-traumatische stress stoornis
- Ernstige alcoholverslaving bij opiaat en cocaïne afhankelijkheid bij ADHD
- Psychotische stoornis NAO
- Alcohol en benzodiazepinen afhankelijkheid
- Ernstige depressieve stoornis
- Zwangerschap bij voorgeschiedenis van psychoses en cocaïne afhankelijkheid

Bijkomende psychiatrische problematiek

- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Schizoaffectieve stoornis
- Persoonlijkheidsstoornis NAO, narcistische trekken
- PTSS
- Anorexia nervosa
- Alcohol abusie
- Cannabis afhankelijkheid
- Autisme spectrumstoornis
- Morbus Korsakov
- Obsessieve Compulsieve stoornis

Bijkomende somatische problematiek welke meespeelde in het aanzienlijk risico op schade

- Zwangerschap bij voorgeschiedenis van psychoses en cocaïne afhankelijkheid
- HIV besmetting
- Chronische pancreatitis
- Alcoholische levercirrose

Bijlage 5 Opbouw van de adviezen

Rotterdam

Vormgeving van het advies

De adviezen die de Rotterdamse commissie uitbrengt, zijn opgebouwd uit vier delen:

- Algemeen
- Verslag van de hoorzitting
- Bevindingen van de pilotcommissie
- Advies
 - Wet bopz
 - wetsvoorstel verplichte ggz

Het deel *Algemeen* bestaat uit een opsomming van enkele personalia van de patiënt, zijn huidige verblijfplaats, zijn rechtspositie, zijn opname- en behandelgeschiedenis, zijn diagnose en zijn behandelaars. Vervolgens wordt weergegeven op welke datum de hoorzitting heeft plaatsgevonden, wat de samenstelling van de commissie is, welke documentatie aan de commissie ter beschikking stond, en welke personen aanwezig waren ter begeleiding van de patiënt (PVP en/of advocaat).

Het *Verslag van de hoorzitting* bevat alle informatie die tijdens de zitting ter tafel is gekomen. Het betreft zowel meer feitelijke informatie als opmerkingen van de behandelaar en de patiënt, waarbij is aangegeven wie bepaalde informatie of een bepaalde zienswijze heeft ingebracht.

Het gedeelte *Bevindingen van de pilotcommissie* bevat een meer objectieve weergave van de bij de commissie bekende informatie. Hierin zijn zowel aspecten uit schriftelijke bronnen als uit de hoorzitting opgenomen. Vaste elementen zijn: behandelgeschiedenis, diagnose, doelstelling van de behandeling (behandelplan), argumentatie van de behandelaar(s) voor het aanvragen van een machtiging/dwangbehandeling dan wel argumentatie van de patiënt voor een ontslag. Soms wordt geëindigd met de wens of visie van de patiënt, maar dit is niet altijd het geval.

Het laatste onderdeel, *Advies*, bestaat uit twee delen: 1) een advies op basis van de Wet bopz; 2) een advies op basis van het wetsvoorstel verplichte ggz.

In het eerste deel geeft de commissie aan of in haar opvatting is voldaan aan de criteria voor:

- het verlenen van een machtiging door te beargumenteren in hoeverre voldaan is aan de wettelijk vastgestelde voorwaarden
- het toepassen van dwangbehandeling door te beargumenteren in hoeverre voldaan is aan de wettelijk vastgestelde voorwaarden.
- het verlenen van ontslag door te beargumenteren in hoeverre voldaan is aan de hiervoor wettelijk vastgestelde voorwaarden.

Daaruit volgt vervolgens het advies van de commissie om het aangevraagde wel of niet te verlenen.

In twee van de drie adviezen geeft de commissie daarbij nog een aanbeveling om het behandelplan aan te passen zodat het beter correspondeert met de intenties die door behandelaar en patiënt ter zitting zijn uitgesproken. Opvallend is dat deze adviezen juist onder het kopje 'Wet bopz' gegeven worden.

In het tweede deel geeft de commissie aan of in haar opvatting is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg (dwangbehandeling als zodanig wordt in de nieuwe wet niet langer onderscheiden) dan wel voor ontslag zoals die in het wetsvoorstel zijn opgenomen. Daarbij is de argumentatie de ene keer uitgebreider dan de andere. Soms beargumenteert de commissie expliciet waarom in haar opvatting is voldaan aan deze criteria, maar soms wordt volstaan met het advies.

Tevens wordt uit de onderzochte adviezen zichtbaar dat de commissie niet afzonderlijk op alle onderdelen ingaat die het advies volgens het wetsvoorstel dient te bevatten. Zo wordt niet altijd ingegaan op de zorg die noodzakelijk is om het aanzienlijke risico op ernstige schade weg te nemen, noch op de voorwaarden die noodzakelijk zijn om de deelname van de patiënt aan het maatschappelijk leven te bevorderen, noch op de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de patiënt, noch op de minimale of maximale duur van de afzonderlijke vormen van zorg, noch op de wijze waarop de kwaliteit van de verplichte zorg bewaakt dient te worden.

Utrecht

Vormgeving van het advies

De Utrechtse commissie stelt feitelijk twee adviezen op: een A-deel dat een advies bevat in het kader van de Wet bopz en een B-deel dat een advies bevat in het kader van het wetsvoorstel verplichte ggz.

A-deel

De adviezen zoals die door de Utrechtse commissie zijn opgesteld, bestaan uit vier onderdelen:

- 1 Gegevens cliënt
- 2 Aanwezigen ter zitting
- 3 Gegevens casus
 - Aanleiding/omvang onderzoek
 - Algemeen
 - Algemene observaties ter zitting
 - Ziekteverloop
 - Diagnose
 - Crisiskaart
 - Mening/visie cliënt
 - Visie betrokkenen ter zitting
- 4 Het advies aan de rechter inzake de te nemen bopz-beslissing tot het verlenen van een machtiging

De delen *Gegevens cliënt* en *Aanwezigen ter zitting* zijn bedoeld om kort weer te geven welke personen bij de casus betrokken zijn. Naam, geboortedatum en verblijfplaats van be-

trokkene worden genoemd, evenals en de namen van zijn behandelaar(s) en de overige in de casus gehoord (advocaat, familie, PVP, etc.). Vervolgens wordt opgesomd wie bij de zitting aanwezig zijn geweest; daarbij worden ook de namen van de commissieleden genoemd.

Het deel *Gegevens casus* vormt het grootste deel van het advies. Het bestaat uit meerdere onderdelen:

- Een deel aanleiding/omvang onderzoek waarin eventuele machtigingen uit het verleden worden genoemd en de actuele verblijfplaats. Ook wordt vermeld welke vraag aan de commissie voorligt.
- Een algemeen deel waarin een korte schets van de vroegere en actuele woon- en leefsituatie van de patiënt wordt gegeven. De algemene observaties bevatten aspecten in uiterlijk, verzorging, gedrag of stemgebruik die de commissie tijdens de zitting heeft gesignaleerd.
- Het deel 'ziekteverloop' bevat een schets van het verloop van de toestand van de patiënt, met daarbij de settings waarin de patiënt heeft verbleven, medicatie die is ingenomen/toegediend en gedrag van de patiënt gerelateerd aan de stoornis.
- Onder het kopje 'diagnose' wordt in psychiatrisch jargon vermeld met welke stoornis(sen) de patiënt bekend is en hoe de patiënt meer in het algemeen functioneert.
- Onder 'crisiskaart' wordt in de toegezonden adviezen niets vermeld, behalve dat er geen crisiskaart aanwezig is.
- Bij mening/visie cliënt wordt weergegeven hoe de patiënt tegen zijn stoornis en gedrag aankijkt, wat de patiënt van de behandeling vindt en hoe de patiënt zijn toekomstperspectief ziet.

Het deel *Advies aan de rechter inzake de te nemen bopz-beslissing tot het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf* bevat het uiteindelijke advies van de commissie aan (in deze beide gevallen) de rechter. Per wettelijk vastgestelde voorwaarde voor het verlenen van een machtiging wordt uiteengezet waarom naar de opvatting van de commissie aan deze voorwaarde is voldaan. In één geval is hierbij de kanttekening geplaatst dat de rapportage van de commissie niet als volledig kan worden beschouwd omdat de patiënt geen toestemming had gegeven voor het horen van andere personen dan hemzelf.

B-deel

Het B-deel kent goeddeels dezelfde opbouw als het A-deel: de onderdelen 1 t/m 3 zijn hetzelfde qua structuur en inhoud. Het B-deel geeft vervolgens echter niet direct het advies van de commissie weer, maar bevat achtereenvolgens de volgende onderdelen:

- 1 De tot op heden verleende zorg – Bevat een overzicht van de diagnose- en behandelgeschiedenis van de patiënt.
- 2 Beoordeling inhoud zorgplan – De commissie beoordeelt de kwaliteit en volledigheid van het zorgplan (nu behandelplan), waarbij afzonderlijk ingegaan wordt op de diagnose die gesteld is en de behandeling die geacht wordt het risico op ernstige schade weg te nemen.
- 3 Is er een causale relatie tussen de stoornis van de cliënt, de schade die wordt ingeschat en het gevaar dat hierdoor ontstaat? – Hier benoemt de commissie de stoornis van de patiënt en de al dan niet causale relatie tot de schade, die gespecificeerd wordt in de zin van artikel 1, lid 1 sub d van het wetsvoorstel.

- 4 Voorkeuren van de cliënt – De commissie vermeldt hierin (bij gebrek aan een zorgkaart) de wensen en voorkeuren die de cliënt ter zitting heeft aangegeven.
- 5 Is er voldaan aan de criteria verplichte zorg? – Hier geeft de commissie per wettelijk geformuleerde voorwaarde aan in hoeverre hieraan voldaan is. Soms wordt daarbij nog een toelichting/nuancering gegeven, en soms niet.
- 6 Alternatieven voor verplichte zorg – Hierin geeft de commissie aan of zij alternatieven voor verplichte zorg ziet, en zo ja, welke dit zijn.
- 7 Zorg/advies op maat – Hierin vermeldt de commissie of zij al dan niet adviseert tot het afgeven van een zorgmachtiging. De hoeveelheid tekst onder dit kopje varieert behoorlijk, en ook is er geen sprake van een vaste opbouw. In een aantal gevallen wordt een argumentatie gegeven voor het advies, maar dit gebeurt niet altijd.

Groningen

In het eerste advies is opgenomen:

- De datum en het verzoek van patiënt
- De datum van behandeling van het verzoek en de aanwezige genodigden
- De beschikbare informatie op basis waarvan het advies is opgesteld
- Een korte samenvatting van 1 alinea over het standpunt van patiënte
- Die psychiatrische diagnose en het huidige toestandbeeld met beschrijving van de bronnen
- De conclusie van de commissie
- Het advies van de commissie.

Het gevaar wordt niet omschreven in dit advies.

Het tweede advies heeft een andere opbouw. Het advies bestaat uit een afzonderlijk A-deel en B-deel. Het A-deel is bedoeld voor de rechter die een uitspraak doet in de bopz-zaak volgens de geldende wetgeving en bestaat uit vier delen:

- 1 Gegevens cliënt
- 2 Aanwezigen ter zitting
- 3 Gegevens casus
 - Aanleiding/omvang onderzoek
 - Algemeen
 - Algemene observaties ter zitting
 - Ziekteverloop
 - Diagnose
 - Crisiskaart
 - Mening/visie cliënt
 - Visie genodigden ter zitting
- 4 Het advies aan de rechter inzake de te nemen bopz-beslissing tot het verlenen van een machtiging

Onder Gegevens cliënt worden kort de persoonsgegevens van patiënt en de namen van andere genodigden beschreven. Bij aanwezigen ter zitting wordt aangegeven wie ter zitting aanwezig zijn, zoals familie. De namen van de commissieleden worden niet vermeld.

Het deel Gegevens casus beslaat het grootste deel van het advies.

- In de aanleiding. Omvang onderzoek wordt kort de juridische status van de patiënt omschreven en de vraag die aan de commissie is voorgelegd.
- In het deel 'algemeen' volgt van de stoornis en de symptomen waarin deze zich uit, de duur van het bestaan van de stoornis en de wens van patiënt.
- Onder het kopje 'algemene observatie ter zitting' volgt een indruk van de cliënt en de defecten die hij ter zitting laat zien.
- Het onderdeel 'ziekteverloop' bestaat uit twee regels en geeft weinig specifieke informatie over het beloop tot nu.
- Onder 'diagnose' staat de diagnose volgens de DSM-IV vermeld zonder aanvullingen of toelichting
- Onder het kopje 'crisiskaart' staat vermeld dat deze ontbreekt in de aan de commissie toegezonden stukken dan wel geheel niet aanwezig is.
- Onder mening/visie cliënt wordt beschreven hoe cliënt over zijn stoornis, de opname en behandeling denkt en wat zijn wensen zijn ten aanzien van de aangevraagde machtiging.
- Het kopje 'visie betrokkenen' beschrijft de visie van familie op het geschetste beeld van cliënt en tevens wordt vermeld dat de behandelend artsen geen toevoeging hebben op de stukken of het medisch dossier.

In dit deel van het advies wordt regelmatig naar het zittingsverslag gewezen dat als bijlage van het advies is toegevoegd.

Het vierde deel betreft het uiteindelijke advies waarin de commissie adviseert de machtiging al dan niet af te geven naar gelang volgens hen voldaan is aan de criteria zoals gesteld in de wet bopz. Waarom volgens hen aan de criteria is voldaan staat niet omschreven

In dit advies staan incidenten vermeld (gegeven door de familie) waaruit het gevaar opge maakt kan worden; het gevaar als zodanig staat niet expliciet beschreven.

Het B-deel bestaat uit zeven onderdelen. De eerste drie onderdelen bevatten grotendeels dezelfde indeling als het A-deel, het deel gegevens casus wijkt iets af. Hier ontbreekt het kopje ziekteverloop. De overige onderdelen bestaan uit:

- 1 De tot op heden verleende zorg
- 2 Beoordeling inhoud zorgplan
- 3 Is er een causale relatie tussen de stoornis van de cliënt, de schade die wordt ingeschat en het gevaar dat hierdoor ontstaat
- 4 Voorkeuren van de cliënt
- 5 Is er voldaan aan de criteria van de verplichte zorg
- 6 Alternatieven voor verplichte zorg
- 7 Zorgadvies op maat

Onder 'de tot op heden verleende zorg' staat opname en advies zoals vermeld in de geneeskundige verklaring, waarnaar wordt verwezen.

Onder 'beoordeling inhoud zorgplan' wordt alleen vastgesteld dat er een behandelplan is.

Onder het kopje betreffende de relatie tussen de stoornis en het gevaar geeft de commissie een beschrijving van de reden waarom zij denken dat verplichte zorg nodig is. Ook beantwoordt de commissie de vraag naar de causale relatie, maar zij geeft hierbij geen argumentering. Er wordt hiervoor verwezen naar de geneeskundige verklaring en bijbehorende bijlage.

De voorkeuren van de cliënt worden vermeld in het zevende deel van het advies. In het achtste deel wordt puntsgewijs nagegaan of aan de criteria van artikel 3:1 van het wetsvoorstel verplichte ggz is voldaan, inclusief of er minder bezwarende alternatieven zijn voor de patiënt. Deze blijken niet aanwezig, hetgeen terugkomt onder het deel 'alternatieven voor verplichte zorg'. Tot slot volgt het deel 'zorg/advies op maat' waarin de commissie adviseert tot het wel/niet afgeven van de zorgmachtiging. Ook wordt hier beschreven waar naartoe gewerkt moet worden met de cliënt en welke voorwaarden daarbij dienen te worden opgenomen, zodat opname mogelijk is wanneer de cliënt zich niet aan deze voorwaarden houdt.

Amsterdam

Het format van de adviezen is in de loop van de pilot bijgeschaafd; we volstaan hier met de beschrijving van het derde advies.

In de kop van het eerste deel van het advies wordt duidelijk gemaakt om wat voor soort advies het gaat. In deel 1 komen vervolgens aan bod:

- 1.1 Gegevens /informatie bij het verzoek
 - Personalialia van cliënt en andere betrokkenen
 - Juridische status cliënt/aanvraag
 - Overzicht van aangeleverde documenten
- 1.2 Toelichting op het verzoek
 - Achtergrond /situatie van de cliënt, waaronder
 - Gevaar /risico op ernstige schade (voor wie)
 - Geen bereidheid/verzet

Deel 2 bevat:

- 2.1a Toetsing van het verzoek aan het gevaarscriterium
 - Geestelijke stoornis?
 - Gevaar voor de cliënt of anderen?
 - Relatie tussen stoornis en gevaar?
- 2.2a Conclusie
 - In vet gedrukt de conclusie
 - Motivering
- 2.1b Toetsing van het verzoek (of de vraag) aan criteria 'verplichte zorg'
 - Is er sprake van een psychische stoornis die gedrag veroorzaakt dat leidt tot aanzienlijk risico op ernstige schade voor cliënt zelf of anderen?
 - Wat is tot nu toe geprobeerd om de schade af te wenden of te beperken en wat heeft dat opgeleverd?
 - Zijn er voor cliënt vrijwillige of minder ingrijpende alternatieven om risico op ernstige schade af te wenden of te beperken?
 - Is het verlenen van verplichte zorg naar verwachting effectief, proportioneel en evenredig aan het doel, namelijk wegnemen van ernstige risico's op schade?
 - Overige overwegingen
- 2.2b Conclusie
 - Conclusie in vet gedrukt
 - Motivering

In deel 1 worden de personalia van cliënt en de namen van de andere betrokkenen (gehoorden) en commissieleden vermeld, en daarnaast de juridische status en een overzicht van de aangeleverde stukken met de bijbehorende data. Onder 'toelichting op het verzoek' staat een beschrijving van de incidenten waaruit het gevaar blijkt en de oorzaak van dit gevaar (de stoornis) daarnaast wordt aangegeven in hoeverre patiënt achter de (gedwongen) opname staat.

In deel 2a wordt beschreven op grond van welke stukken de commissie tot de conclusie is gekomen dat patiënt aan een geestesstoornis lijdt, de psychiatrische stoornis staat als zodanig omschreven.

Voorts volgt een beschrijving van de actualiteit van het gevaar, en de visie van gehoorde op de ernst van het gevaar. Ook bevat het advies een beschrijving van de visie van gehoorde en de commissieleden op de causaliteit tussen de stoornis en het gevaar.

In de conclusie wordt in één regel het advies van de commissie vermeld, gevolgd door een motivering met de reden waarom de commissie de afgifte van een machtiging nodig acht.

De informatie onder het eerste kopje van deel 2b komt grotendeels overeen met de informatie uit deel 2.1a. Vervolgens volgt een beschrijving van de actuele situatie betreffende de aanloop naar en het verloop van de huidige opname. De effecten van eerdere behandelingen worden vermeld, evenals de mogelijke huidige behandeling of zorg. De visie van de verschillende betrokkenen op deze mogelijkheden wordt expliciet vermeld. Ook komen de mogelijkheden voor minder ingrijpende alternatieven en de motivering waarom dit al dan niet mogelijk is, aan bod. De mening van de commissie over de effectiviteit, proportionaliteit en evenredigheid van de behandeling wordt beschreven.

Research voor Beleid
Bredewater 26
Postbus 602
2700 MG Zoetermeer
tel: 079 322 22 22
fax: 079 322 22 12
e-mail: info@research.nl
www.research.nl

