

2013

**Mediation in de psychiatrie**

“An eye for an eye only ends up making the whole world blind.”

Door: Marcel Oskam

Studentnummer: 4981917

Opleiding: HBO-Rechten Deeltijd

Scriptiebegeleider: Caroline Oosterbaan

Afstudeercoördinator: Santhusia Alisentono

14

mei

2013



## Voorwoord

Aan het begin van mijn studie HBO-Rechten, had ik nog geen idee welke richting ik op wilde gaan. Na de eerste twee jaren algemene juridische kennis te hebben opgedaan, ben ik een specifieke richting opgegaan. Daar ik werkzaam ben als psychiatrisch verpleegkundige, heb ik logischerwijze gekozen voor de differentiatie minor Recht in de Gezondheidszorg. Daarna heb ik de afstudeerrichting Recht en conflicthantering gevolgd. Hier is het idee ontstaan voor het onderwerp van deze scriptie. De link tussen mediation en de zorg, en vooral de psychiatrie, was snel gelegd.

In mijn werkveld is er weinig bekendheid met betrekking tot het gebruik van mediation. Zelf heb ik regelmatig het idee dat het oplossen van geschillen binnen de psychiatrie op een efficiëntere manier gedaan kan worden. En dan met name tussen patiënt en zorgverlener. Hoewel de onderzochte populatie (en de respons hieruit) te klein is om generaliseerbare uitspraken te kunnen doen, schetsen de resultaten mijns inziens interessante beelden.

Mijn stage ervaring, bij de klachtencoördinator van de gemeente Spijkenisse Afdeling Juridische Zaken-Rechtsbescherming, heeft mijn visie op klachtenbemiddeling mede gevormd. Speciale dank gaat uit naar Nicole ter Weeme, klachtencoördinator en mijn stagebegeleider aldaar.

Verder wil ik mijn scriptiebegeleider, Caroline Oosterbaan, bij dezen bedanken voor al haar tijd en inzet om deze scriptie in goede banen te leiden. Ik weet dat je het heel erg druk hebt gehad, toch vond je tijd om mij van feedback te voorzien.

Ook wil ik mw. Defoer bedanken voor haar inzichten en het beschikbaar stellen van haar netwerk.

Grote dank gaat uit naar Sarah, deze vier jaren studeren waren niet eenvoudig. Naast een fulltime baan, en twee dochters van drie en één, was jij degene die ervoor gezorgd heeft dat ik veel tijd aan mijn studie kon besteden.

Merel en Fleur jullie zijn mijn trots.

Rest mij nog alle, die deze scriptie ter hand nemen, veel plezier te wensen bij het lezen ervan.

Spijkenisse, mei 2013

Marcel Oskam

## Samenvatting

Geschillen zijn van alle tijden en komen overal voor. Zo ook in de gezondheidszorg. Geschillen in de gezondheidszorg komen steeds vaker voor<sup>1</sup>. De patiënt is veel mondiger geworden, en weet meer over zijn rechten en plichten dan dat hij twintig jaar geleden wist. Het betreft hier de patiënt die geestelijk in staat is om dit allemaal uit te zoeken. In de psychiatrie is er weinig bekendheid met betrekking tot het gebruik van mediation. Binnen de psychiatrie kan er op een efficiëntere manier aan geschiloplossing gedaan worden. En dan met name tussen de patiënt en de zorgverlener.

Mediation in de psychiatrie is nog vrij onbekend. De vraag die in dit onderzoek dan ook centraal heeft gestaan is de volgende:

*“In hoeverre is mediation te gebruiken bij wilsbekwame psychiatrische patiënten, binnen een open afdeling van een psychiatrische instelling, wanneer zij een geschil hebben met een zorgverlener”?*

Om tot een beantwoording van deze vraagstelling te komen, is een driedelig onderzoek verricht. Het eerste deel is vormgegeven door middel van een uitgebreid literatuuronderzoek. Volgend op het literatuuronderzoek zijn een tweetal half gestructureerde interviews gehouden, met zowel een behandelaar als een mediator. Daaropvolgend zijn er enquêtes afgenomen onder zorgverleners en de patiëntenpopulatie van het MFC Spijkenisse.

Uit onderzoek is gebleken dat mediation een prima instrument is om geschillen op te lossen, zo ook bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt. Wanneer mediation bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt gebruikt gaat worden, zal de mediator authentiek moeten zijn. Dit om het vertrouwen te winnen van de kwetsbare psychiatrische patiënt die veel waarde hecht aan de vertrouwensband. Verder dient de mediator de emoties van de patiënt goed te monitoren en te reguleren. Naar aanleiding van het interview gehouden met J. Defoer, mediator, is duidelijk geworden dat mediation niet volgens de NMI-richtlijnen gebruikt kan worden. Wel kan mediation gebruikt worden bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt, zonder het ondertekenen van een overeenkomst.

Mediation kan met name gebruikt worden gebruikt bij wilsbekwame psychiatrische patiënten, die, dan wel een stemmingsstoornis, dan wel een persoonlijkheidsstoornis hebben.

Verder blijkt ook dat de meeste geschillen gezien worden als meningsverschil. Inhoudelijk zijn deze meningsverschillen zeer divers. De helft van de respondenten (patiënten) geeft aan voor een mediator te kiezen, in plaats van de pvp, wanneer mediation geïmplementeerd zou worden.

Als laatste blijkt dat er meerdere manieren zijn om geschillen op te lossen. Van de verschillende vormen van geschiloplossing is mediation het meest geschikt, aangezien de

---

<sup>1</sup> *Kamerstukken II 2011/12, 33 172, nr. 1*

zorgrelatie op het spel staat. De verpleegkundige kan geen neutrale rol bekleden, en mist bovendien de specifieke mediationtools.

Ondanks de gebleken geschiktheid van mediation, voor het oplossen van geschillen tussen de wilsbekwame psychiatrische patiënt en de zorgverlener, dient er nog nader onderzoek gedaan te worden naar hoe de resultaten van de mediation vastgelegd kunnen worden.

## Glossarium

Art.	artikel
BW	Burgerlijk Wetboek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MFC	Multifunctioneel Centrum
NMI	Nederlands Mediation Instituut
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
Pvp	Patiëntenvertrouwenspersoon
Wet BIG	De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen

## Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding .....	10
1.2 Doelstelling.....	11
1.3 Doelgroep.....	11
1.4 Vraagstelling.....	12
1.5 Methode van onderzoek .....	12
1.6 Leeswijzer .....	12
Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet .....	15
2.1 Eenheden en variabelen .....	15
2.2 Relatie variabelen tot het onderzoek .....	15
2.3 Dataverzamelingsmethodiek.....	16
Hoofdstuk 3 Wat is mediation? .....	18
3.1 Inleiding.....	18
3.2 Beschrijving van mediation .....	18
3.3 Procesverloop van mediation.....	19
3.3.1 De voorbereidingsfase.....	19
3.3.2 Openingsfase .....	20
3.3.3 Exploratiefase.....	21
3.3.4 Draai- en categoriesatiefase .....	21
3.3.5 Onderhandelingsfase.....	21
3.3.6 Besluitvormingsfase .....	22
3.3.7 Afsluitingsfase .....	22
3.4 Omgaan met emoties.....	22
3.4.1 Benoemen van emoties .....	23
3.4.2 Emoties reguleren .....	23
3.5 Escalatiefasen van een geschil.....	24
3.6 Authenticiteit .....	25
Hoofdstuk 4 Wilsbekwame psychiatrische patiënt.....	27
4.1 Inleiding.....	27
4.2 Wat is wilsbekwaamheid .....	27

4.2.1 Stappenplan beoordeling wilsbekwaamheid .....	28
4.3 Welke ziektebeelden lenen zich voor mediation .....	29
4.3.1 Stemmingsstoornis .....	29
4.3.2 Angststoornissen .....	30
4.3.3 Persoonlijkheidsstoornis.....	30
4.3.4 Middelenstoornissen .....	32
Hoofdstuk 5 Geschillen tussen wilsbekwame psychiatrische patiënten en zorgverleners .....	34
5.1 Inleiding.....	34
5.2 Wat is een geschil.....	34
5.2.1 Het ontstaan van geschillen.....	34
5.3 Conflictstijlen.....	35
5.3.1 Vijf conflictstijlen .....	35
5.4 Voordelen van een geschil.....	37
5.5 Nadelen van een geschil .....	37
Hoofdstuk 6 Andere mogelijkheden om geschillen op te lossen .....	40
6.1 Inleiding.....	40
6.2 Patiëntenvertrouwenspersoon.....	40
6.3 Verpleegkundige interventies.....	41
6.4 Wet Medezeggenschap cliënten zorgsector (WMCZ).....	41
6.5 Wet Klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ) .....	42
6.6 Geschillencommissie Zorginstellingen.....	43
6.6.1 Cijfers.....	43
Hoofdstuk 7 Onderzoeksresultaten.....	47
7.1 Inleiding.....	47
7.2 Eerder onderzoek .....	47
7.3 Rapporten.....	47
7.4 Literatuuronderzoek.....	48
7.5 Praktijkonderzoek.....	49
7.6 Resultaten enquête patiënten.....	50
7.7 Resultaten enquête zorgverleners .....	51
7.8 Interview behandelaar .....	52



7.9 Interview mediator .....	53
Hoofdstuk 8 Conclusies .....	55
8.1 Inleiding .....	55
8.2 Mediation .....	55
8.3 Doelgroep .....	56
8.4 Geschillen .....	57
8.5 Andere mogelijkheden voor geschiloplossing .....	57
Hoofdstuk 9 Aanbevelingen .....	60
9.1 Rol van de HBO-jurist .....	61
9.2 Tot slot .....	65
Bijlagen .....	67
Bibliografie .....	68
Bijlagen .....	73
Bijlage I Beroepsprofiel NMI registermediator .....	74
Bijlage II Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid .....	77
Bijlage III Enquête voor patiënten .....	78
Bijlage IV Grafische uitwerking enquête patiënten .....	83
Bijlage V Enquête zorgverleners .....	89
Bijlage VI Grafische uitwerking enquête zorgverleners .....	94
Bijlage VII Interview behandelaar .....	100
Bijlage VIII Interview mediator .....	101
Bijlage VIII Vragen en klachten van cliënten bij de pvp .....	103

## Hoofdstuk 1 Inleiding

Geschillen zijn van alle tijden en komen overal voor. Zo ook in de gezondheidszorg. Geschillen in de gezondheidszorg komen steeds vaker voor<sup>2</sup>. De patiënt is veel mondiger geworden, en weet meer over zijn rechten en plichten dan dat hij twintig jaar geleden wist. De versnelde technologische ontwikkelingen hebben ervoor gezorgd, dat de patiënt tegenwoordig eerst zelf even opzoekt wat zijn klachten zijn, en welke arts hem daarbij het beste kan helpen. Daarnaast zoekt hij meteen even op, wat hij kan doen als hij het niet eens is met de behandeling, wat het kost en wat zijn eigen bijdrage is in het geheel. Het betreft hier de patiënt die geestelijk in staat is om dit allemaal uit te zoeken.

Zelf ben ik werkzaam in de psychiatrie, en werk ik met patiënten die milde geestelijke problemen of klachten hebben. Hierbij kun je denken aan mensen met milde depressieve klachten of bijvoorbeeld angstklachten. Ik lees en hoor zeer weinig over klachtenbemiddeling, door een neutrale bemiddelaar, in de geestelijke gezondheidszorg betreffende deze doelgroep. Er is binnen alle psychiatrische instellingen een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). De pvp is een aanspreekpunt voor patiënten, en behartigt hun belangen bij problemen en/of klachten<sup>3</sup>. Er is dus geen sprake van neutrale bemiddeling door de pvp, bij klachten van patiënten. Om de behandeling op goede voet verder te laten verlopen, en de vertrouwensrelatie te behouden, is een neutrale bemiddelingspartij een uitkomst. Mediation in de gezondheidszorg is redelijk bekend. Ook wordt er met enige regelmaat gebruik gemaakt van mediation bij geschillen in de zorg. Omdat ik werkzaam ben in de psychiatrie, kan ik uit eigen ervaringen putten. Ik zie dat er tussen patiënt en zorgverlener soms geschillen ontstaan. Soms loopt het zo hoog op, dat de behandeling soms verkort wordt en soms zelfs beëindigd. En dan heb ik het nog niet eens over de klachten, die bij het tuchtcollege eindigen. Naar mijn idee is dit niet wenselijk. Vaak voelt de patiënt zich niet begrepen, en is het vertrouwen in bijvoorbeeld de arts geschaad. Wat ook meespeelt, is de machtsverhouding tussen patiënt en arts. Deze machtsverhouding is ongelijk. De patiënt voelt zich soms machteloos tegenover de arts. Vooral bij de meest kwetsbare groep binnen de gezondheidszorg, de psychiatrische patiënt, is dit dubbelop. Ik denk dat het de behandeling ten goede komt wanneer de psychiatrische patiënt, met behulp van een mediator, zijn geschil(len) op kan lossen.

---

<sup>2</sup> *Kamerstukken II* 2011/12, 33 172, nr. 1

<sup>3</sup> <http://www.pvp.nl/wat-is-een-pvp/93-446.aspx>>Geraadpleegd d.d. 23 maart 2013.

## 1.2 Doelstelling

Door middel van zowel praktijkgericht- als theoretisch onderzoek, zal onderzocht worden of mediation gebruikt kan worden, bij geschillen tussen wilsbekwame psychiatrische patiënten en de zorgverlener. Als blijkt dat mediation hiervoor geschikt is, zou ik het graag structureel ingezet willen zien worden.

Wanneer blijkt dat mediation een welkome aanvulling is binnen de psychiatrie, zou ik graag het volgende neveneffect willen zien. Wanneer geschillen, voor zowel patiënt als zorgverlener, op een voor beiden tevreden manier beslecht worden, de behandeling dan geoptimaliseerd voortgezet kan worden. Men kan dan denken aan de vertrouwensband tussen patiënt en zorgverlener, of een welbevinden van de patiënt wat de behandeling kan bespoedigen.

## 1.3 Doelgroep

De zorgverlener die werkzaam is in de psychiatrie, heeft op communicatief vlak een grotere uitdaging dan zijn collega's die niet werkzaam zijn in het psychiatrisch werkveld. Geschillen liggen sneller op de loer wanneer een patiënt geestelijk belemmerd wordt. De zorgverlener zal hier toch op een correcte manier mee om moeten gaan. Ook van de mediator, wanneer werkzaam in de psychiatrie, vergt het veel van zijn communicatieve vaardigheden. De mediator zal dan communicatief zeer goed onderlegd moeten zijn. Ook zal dan zijn luisterend vermogen op de proef gesteld worden. Het lijkt een zeer grote pre wanneer de mediator al een achtergrond in het psychiatrisch werkveld heeft. Men kan dan denken aan een verpleegkundige die een opleiding tot mediator gaat volgen.

Wanneer geschillen op een efficiëntere manier opgelost worden tussen patiënt en zorgverlener, dan zal dit de behandeling ten goede komen. Wanneer de behandeling niet vertraagd of gestopt wordt door een geschil, dan zal de patiënt sneller met ontslag kunnen gaan. De vertrouwensband tussen patiënt en zorgverlener zal versterken. Juist in de psychiatrie is de vertrouwensband van groot belang. Patiënten die opgenomen zijn hebben al een gebrek aan vertrouwen in het algemeen. Wanneer de patiënt zich veilig en vertrouwd voelt bij een zorgverlener, zal de behandeling, en dus ook automatisch het welzijn van de patiënt, bevorderd worden.

## 1.4 Vraagstelling

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

- In hoeverre is mediation te gebruiken bij wilsbekwame psychiatrische patiënten, binnen een open afdeling van een psychiatrische instelling, wanneer zij een geschil hebben met een zorgverlener?

Voor een antwoord op de bovenstaande hoofdvraag worden de volgende deelvragen gesteld:

- Wat wordt er verstaan onder mediation?
- Over welke doelgroep spreken we bij wilsbekwame psychiatrische patiënten?
- Welke geschillen doen zich voor tussen wilsbekwame psychiatrische patiënten en zorgverleners?
- Welke andere mogelijkheden zijn er om geschillen op te lossen?

## 1.5 Methode van onderzoek

Door middel van zowel praktijkgericht- als theoretisch onderzoek, wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Het onderzoek dat uitgevoerd gaat worden, heeft als hoofdvraag ‘In hoeverre is mediation te gebruiken bij wilsbekwame psychiatrische patiënten, binnen een open afdeling van een psychiatrische instelling, wanneer zij een geschil hebben met een zorgverlener?’. Het belangrijkste aspect van deze hoofdvraag is, dat er veel waarde wordt gehecht, aan de betekenis die de deelnemers aan dit onderzoek, aan zaken gaan geven. Met andere woorden, een ervaring van de deelnemers aan dit onderzoek, wordt als onderdeel van het geheel van de beleveniswereld van de deelnemers gezien. Praktijkgericht onderzoek, omdat onderzocht wordt, of geschillen tussen wilsbekwame psychiatrische patiënten en zorgverleners, door middel van mediation opgelost kunnen worden. Theoretisch onderzoek, omdat ik ook tot een aantal algemene inzichten wil komen, omtrent het oplossen van deze geschillen met behulp van mediation. Als blijkt dat mediation hiervoor geschikt is, zou ik het graag structureel ingezet willen zien worden. Dit onderzoek is dus hoofdzakelijk kwalitatief van aard. Echter omdat er ook gebruik gemaakt wordt van enquêtes als onderzoeksmethode, kunnen we spreken triangulatie.

## 1.6 Leeswijzer

Op de volgende pagina van deze scriptie start het tweede hoofdstuk waarin de onderzoeksoepzet nader wordt toegelicht. Vanaf hoofdstuk drie zullen de bevindingen van het literatuuronderzoek uiteen worden gezet. De volgorde waarin dit gebeurt, is gelijk aan de volgorde waarin de deelvragen hierboven zijn gesteld. Dit houdt in dat deelvraag 1 zal worden behandeld in hoofdstuk 3, deelvraag 2 in hoofdstuk 4, deelvraag 3 in hoofdstuk 5 en deelvraag

4 in hoofdstuk 6. De onderzoeksresultaten zullen in hoofdstuk 7 besproken worden. Hierbij zal gebruik worden gemaakt, van de gegevens van het kwantitatieve en kwalitatieve praktijkonderzoek, welke verkregen zijn door middel van schriftelijke enquêtes en interviews. Dit onderzoek zal worden afgesloten met een hoofdstuk waarin conclusies en aanbevelingen worden geformuleerd. Na dit hoofdstuk volgt een literatuurlijst. Tot slot zijn een aantal bijlagen toegevoegd, waar in deze scriptie naar wordt verwezen.



## Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet

### 2.1 Eenheden en variabelen

Dit onderzoek zal zich richten op de verpleegkundigen, behandelaren en patiënten van de opname unit van het MFC Spijkenisse.

De verpleegkundigen hebben de volgende kenmerken:

- Zowel mannen als vrouwen
- Leeftijd van 18-65
- Aantal jaren werkervaring 0-30
- Jaren werkzaam op de open afdeling 0-10

De behandelaren hebben de volgende kenmerken:

- Vrouw
- Leeftijd van 25-65
- Aantal jaren werkervaring 0-30
- Jaren werkzaam op de open afdeling 0-5

De patiënten hebben de volgende kenmerken:

- Leeftijd van 18-65
- Man/vrouw
- (Voorlopige) diagnose: stemmingsstoornis dan wel persoonlijkheidsproblematiek

### 2.2 Relatie variabelen tot het onderzoek

Het is van belang om te weten, wat de achtergronden zijn van het verpleegkundig team en de behandelaren, om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen onderzoeken. Deze disciplines hebben de nodige expertise en werkervaring opgebouwd in de loop der jaren, zodat zij een goed beeld kunnen schetsen van de patiëntenpopulatie.

Wat betreft de kenmerken van de patiëntenpopulatie, is het onder andere van belang om te weten wat de (voorlopige) diagnose is. Onder andere de kenmerken van de patiëntenpopulatie zullen duidelijk maken, voor welke doelgroep mediation te gebruiken is.

## 2.3 Dataverzamelingmethodiek

In dit onderzoek zal gebruik gemaakt worden van literatuuronderzoek, surveyonderzoek (schriftelijke enquêtes) en half gestructureerde interviews.

Er wordt gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, om de bestaande literatuur aan de praktijkbevindingen te verbinden. De definities van de verschillende begrippen zullen ook uit de literatuur gehaald worden. Ook zal er gebruik gemaakt worden van rapporten, aangezien die een helder beeld geven van de ontwikkelingen met betrekking tot het onderzoek.

De schriftelijke enquêtes zullen ingezet worden, om op een gestructureerde wijze de meningen te achterhalen van de respondenten. De respondent kan de enquête invullen op een zelf gekozen tijdstip en zal bij zijn antwoordkeuze niet worden beïnvloed door de onderzoeker.

Het half gestructureerde interview zal gebruikt worden om de respondent ruimte te geven voor een eigen inbreng. Dit zal het interview meer diepte geven.

Na alle data te hebben verwerkt zal er een analyse gemaakt worden, waaruit een antwoord op de onderzoeksvraag gedestilleerd wordt.





## Hoofdstuk 3 Wat is mediation?

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het mediationproces. Een algemeen beeld van mediation wordt gegeven in paragraaf 3.2. Hoe het mediationproces verloopt is te lezen in paragraaf 3.3. Paragraaf 3.4 bespreekt het omgaan met emoties. In paragraaf 3.5 worden de escalaties van een geschil besproken. Paragraaf 3.6 bespreekt de authenticiteit.

### 3.2 Beschrijving van mediation

Wat is nu eigenlijk mediation? Mediation is een vorm van bemiddeling in conflicten, waarbij een neutrale bemiddelingsdeskundige, de mediator, de communicatie en onderhandelingen tussen partijen begeleidt, om vanuit hun werkelijke belangen tot een gezamenlijk gedragen en voor ieder van hen optimale besluit te komen<sup>4</sup>. Centraal staat de neutrale rol van de mediator, mediation is zelfbeschikking. De psychiatrische patiënt komt in een kwetsbare en afhankelijke rol terecht, wanneer hij opgenomen wordt. Een positieve bijkomstigheid van het mediationproces kan zijn, dat de patiënt weer voor een deel de regie in handen krijgt bij zijn eigen geschil. De patiënt is door zijn ziektebeeld een deel van zijn zelfredzaamheid kwijt en vaak afhankelijk van medicatie. De machtsverhouding tussen behandelaar en patiënt is er niet één op gelijkwaardige basis. Hiermee wordt bedoeld dat de autoriteit van de behandelaar overheerst in het contact met de patiënt.

In de jaren '90 kwamen Emanuel & Emanuel<sup>5</sup> met een beschouwing over vier modellen van de arts-patiënt relatie. In het paternalistische model is het de arts die weet wat het beste is voor de patiënt. Hij geeft advies en de patiënt dient het advies op te volgen. In het informatieve model geeft de arts alle informatie en maakt de patiënt een keuze voor een behandeling. In het interpretatieve model geeft de arts ondersteuning bij het maken van de juiste keuze. En in het deliberatieve model is er overleg tussen de patiënt en de behandelaar. De arts geeft niet alleen aan wat de patiënt kan doen, maar zet uiteen wat de patiënt zou moeten doen.

In tabel 1 worden nog eens op een overzichtelijke manier de modellen uiteen gezet. Hoewel we zien dat de patiënt steeds mondiger wordt en er raakvlakken zijn met het deliberatieve model, zien we bij de doelgroep van dit onderzoek toch het paternalistische model overheersen. Dit komt mede door de kwetsbare positie van de psychiatrische patiënt. Hij wordt in feite door zijn ziekte gedwongen om zich onder behandeling te stellen, en bevindt zich hierdoor in een bijzondere positie.

---

<sup>4</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 6.

<sup>5</sup> Emanuel & Emanuel 1992

Tabel 1. Vier modellen van de arts-patiënt relatie (vgl. Ten Have et al., 1998)

	<i>Informatief model</i>	<i>Interpretatief model</i>	<i>Deliberatief model</i>	<i>Paternalistisch model</i>
<b>Waarden van de patiënt</b>	Bepaald, vast en bekend aan de patiënt	Warrig en tegenstrijdig, verheldering vereist	Open voor ontwikkeling en revisie door morele discussie	Objectief en gedeeld door arts en patiënt
<b>Verplichting van de arts</b>	Verschaffen van relevante feitelijke informatie; uitvoeren van de door de patiënt geselecteerde interventie	Verhelderen en interpreteren van relevante patiëntwaarden; informeren van de patiënt; uitvoeren van de door de patiënt geselecteerde interventie	De patiënt overtuigen van zijn belangrijkste waarden; informeren van de patiënt; uitvoeren van de door de patiënt geselecteerde interventie	Bevorderen van welzijn, onafhankelijk van de voorkeur van de patiënt
<b>Begrip van autonomie</b>	Keuze van en controle over de medische zorg	Zelfbegrip relevant voor de medische zorg	Morele zelfontwikkeling relevant voor medische zorg	Instemming met objectieve waarden
<b>Rol van de arts</b>	Competente technische expert	Raadgever of adviseur	Vriend of leraar	Leidsman

### 3.3 Procesverloop van mediation

Het mediationproces is onderverdeeld in een aantal fasen. De gedachte hierachter is om op een gestructureerde manier partijen weer in beweging te laten komen. Voordat partijen tot mediation komen, zijn de onderhandelingen muurvast gelopen. De partijen staan met de hakken in het zand, en komen er zelf niet meer uit. Een goed begeleid mediationproces kan dit doorbreken. Een mediationproces kent een aantal fasen die hieronder nader uiteen gezet worden<sup>6</sup>.

#### 3.3.1 De voorbereidingsfase

Dit is de periode die ligt tussen het eerste contact van de mediator met de partijen en het eerste mediationgesprek. Van belang is dat de mediator in deze (voor)fase al heel duidelijk laat blijken dat hij een neutrale partij is. In deze fase worden een aantal zaken geregeld om een soepele start te creëren van de daadwerkelijke mediation. De partijen worden ingelicht over het mediationproces, de aard van het geschil wordt vastgesteld, welke partijen zijn erbij betrokken, bestaat er voldoende commitment en de locatie en datum voor het eerste mediationgesprek worden besproken.

<sup>6</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 105.

Het belangrijkste element van deze voorbereidingsfase betreft de commitment. Er moet vastgesteld worden of er de intentie is, bij beide partijen, om tot een oplossing te komen voor het geschil. Wanneer beide partijen hiertoe bereid zijn, dan geeft dit een bindende kracht aan het gehele proces<sup>7</sup>.

### 3.3.2 Openingsfase

Deze fase begint bij het eerste mediationgesprek, tot aan het moment dat de partijen hun verhaal mogen doen. Een aantal belangrijke punten worden in deze fase besproken. De mediator zal zijn rol bespreken in het geheel. Hij is degene die het gesprek zal leiden, en zal trachten om partijen weer nader tot elkaar te brengen. Van groot belang, is het creëren van een gespreksklimaat waarin beide partijen zich op hun gemak voelen. De doelgroep van dit onderzoek, de wilsbekwame psychiatrische patiënt, bevindt zich al in een kwetsbare positie. Door het ziektebeeld zal men al niet zichzelf zijn. Doordat er een geschil is met de wederpartij zal er vaak sprake zijn van extra gespannenheid. De mediator moet hier aftastend zijn, en trachten zijn communicatieve vaardigheden optimaal te benutten. Het is zaak dat de mediator eerst de gespannenheid wat weg neemt, door bijvoorbeeld wat over zijn achtergrond te vertellen. Door te vragen of men elkaar mag tutoyeren en iets te drinken aan te bieden kan er een informele sfeer gecreëerd worden.

Wanneer de mediator denkt dat de spanning gezakt is, en er een juist klimaat geschapen is, kan hij vragen naar de intenties van de partijen, de commitment. Daarnaast is het van belang dat de mediator zijn geheimhoudingsplicht kenbaar maakt<sup>8</sup>. In de psychiatrie is vertrouwen van groot belang. Het is een grote stap om je te laten opnemen, wanneer de draaglast van je klachten te groot geworden is voor je draagkracht. Daarom is het van belang dat het behandelklimaat een veilig klimaat is. De patiënt zal zich volledig bloot moeten geven, en zijn klachten bespreekbaar moeten maken. De mediator moet zich bewust zijn van deze achtergrond, en hierop anticiperen door dit ook te benoemen en bespreekbaar te maken. Omdat we in dit onderzoek niet spreken over een mediation volgens het NMI-reglement<sup>9</sup>, kunnen we de mediationovereenkomst buiten beschouwing laten.

Als laatste zal de mediator in deze fase aan moeten geven hoe de gesprekken dienen te verlopen. Men kan hierbij denken aan het elkaar laten uitpraten en op een gepaste wijze elkaar bejegenen.

---

<sup>7</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 115.

<sup>8</sup> Art. 5 Gedragsregels voor de NMI Mediator jo. Art. 7 sub 1-3 NMI Mediator reglement 2008

<sup>9</sup> [http://www.nmimmediation.nl/over\\_mediation/nmi\\_reglementen\\_en\\_modellen/nmi\\_mediation\\_reglement\\_2008.php](http://www.nmimmediation.nl/over_mediation/nmi_reglementen_en_modellen/nmi_mediation_reglement_2008.php) geraadpleegd d.d. 22 april 2013.

### 3.3.3 Exploratiefase

Partijen kunnen in deze fase vertellen hoe zij denken over het geschil. Het is van belang dat zij zich gehoord voelen door de mediator<sup>10</sup>. De mediator zal door middel van het stellen van vragen, proberen om het geschil zo duidelijk mogelijk te krijgen. Omdat de partijen hun verhaal kunnen doen zal de spanning verminderen. Van belang is dat beide partijen de tijd krijgen om hun verhaal te doen, en van mening zijn dat ze alles hebben kunnen vertellen. Door middel van samenvatten van wat er gezegd wordt door partijen, kan de mediator bepalen of hij alles goed begrepen heeft<sup>11</sup>. Van belang is dat de mediator continu monitort, of de spanning bij de partijen toe- of afneemt. De psychiatrische patiënt zal over het algemeen lastiger zijn emoties onder controle kunnen houden. Er is immers al sprake van een bepaald soort klachten, in de vorm van (milde) psychische klachten. Door de spanning te benoemen of door te schorsen kan de mediator deze spanning voor een deel reguleren.

### 3.3.4 Draai- en categorisatiefase

Het gaat er in deze fase om dat de partijen anders naar het geschil gaan kijken. De mediator zal alles wat in de exploratiefase aan de orde is gebracht door partijen, destilleren en terug brengen tot een aantal kort geformuleerde belangen. Om het voor partijen makkelijker te maken om een overzicht te krijgen, kan er gebruik gemaakt worden van een whiteboard, of flip-over. De partijen zullen gevraagd worden of ze zich kunnen vinden in de formuleringen. Het resultaat zal zijn dat het gehele geschil in beknopte vorm zichtbaar is geworden.

### 3.3.5 Onderhandelingsfase

In deze fase gaan de partijen op zoek naar een oplossing voor het geschil. Deze oplossing moet de wederzijdse belangen zoveel mogelijk dienen<sup>12</sup>. De Harvard-onderhandelingsmethode<sup>13</sup> ligt aan de basis voor deze fase. In het kort zullen zes elementen van deze methode hieronder beschreven worden<sup>14</sup>.

1. Van standpunt naar belang.
2. De mensen van het geschil scheiden.
3. Bedenk oplossingen die rekening houden met belangen van beide partijen.
4. Zoek naar alternatieven voor het geval mediation niet slaagt.
5. Zoek naar objectieve criteria bij het maken van een keuze uit de lijst met opties.

---

<sup>10</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 118.

<sup>11</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 119.

<sup>12</sup> Vreugdenhil 2005, p. 103.

<sup>13</sup> Fisher 2000.

<sup>14</sup> Vreugdenhil 2005, p. 104.

## 6. Waar gaat het de partijen werkelijk om?

Punt 7 in de Harvard methode houdt in, dat de resultaten van de mediation in een mediationovereenkomst vastgelegd worden. Echter dit onderzoek richt zich niet op mediation volgens het NMI. Met name de geheimhouding is een lastige kwestie in deze, want patiënten/familie willen meestal ook niet tekenen voor geheimhouding als hun klacht wordt bemiddeld. En het zou haaks staan op de transparantie die de huidige gezondheidszorg predikt. Ook wordt een overeenkomst ondertekenen vaak als ‘zwaar’ ervaren voor iemand die zijn klacht wil bespreken<sup>15</sup>. De geheimhouding kan zich wel lenen voor de mediator.

### 3.3.6 Besluitvormingsfase

Alle fasen van de mediation zijn op dit moment doorlopen. De mediator zal de bereikte onderhandelingsresultaten nog één keer doornemen. Daarna zal hij de vastlegging van deze resultaten bespreken. Echter kijkend naar paragraaf 3.3.5 moet deze vastlegging anders geschieden dan volgens een mediationovereenkomst. Men kan denken aan een andere invulling van zo'n overeenkomst.

### 3.3.7 Afsluitingsfase

Het gehele mediationproces wordt afgesloten met het vastleggen van de resultaten.

Wanneer er behoefte is om het geschil door middel van een ritueel af te ronden, dan kan de mediator daar een rol in spelen. Men kan bijvoorbeeld elkaar de hand schudden of na afloop nog wat gaan drinken. Met name in de psychiatrie lijkt een goede afronding van het mediationproces een pre. Dit omdat de patiënt en de zorgverlener nog in een zorgrelatie verder moeten, die mede gebaseerd is op vertrouwen en een veilig behandelklimaat. Door middel van een juiste afronding, kan er een punt gezet worden achter het geschil, en kan de behandeling weer met open blik voortgezet worden.

## 3.4 Omgaan met emoties

Volgens emotieonderzoekers<sup>16</sup> bestaat een emotie uit drie te onderscheiden elementen:

- de beleving van de één of andere gebeurtenis die raakt aan één van onze belangen;
- de affectieve gewaarwording als reactie daarop;
- de gedragsimpuls die ons aanzet zo snel mogelijk te handelen.

---

<sup>15</sup> Bijlage VIII

<sup>16</sup> Frijda 2005

Emoties kunnen hoog oplopen tijdens een mediation. Vooral bij de psychiatrische patiënt, bekend met een stemmingsstoornis dan wel persoonlijkheidsproblematiek, is er sprake van fluctuerende emoties. Het is voor de mediator lastig om emoties te hanteren tijdens een mediation. Laat staan wanneer de deelnemende partijen bekend zijn, met klachten die in relatie staan tot de hierboven beschreven stoornissen. Dan is het aan de mediator om te bepalen in hoeverre hij deze emoties mee laat spelen tijdens de mediation? Enerzijds geven emoties weer, dat er bij de deelnemende partijen bepaalde zaken spelen die de patiënt erg diep raken. Anderzijds kan één van de partijen zich geïntimideerd voelen en kan zelfs het geschil verder escaleren<sup>17</sup>. Wat van belang is, is dat emoties de ruimte krijgen, maar dat ze niet de mediation gaan overheersen. Hieronder worden een aantal interventietechnieken besproken.

### 3.4.1 Benoemen van emoties

De mediator kan tijdens een mediation emoties benoemen, door een gevoelsreflectie te geven. Hij kan bijvoorbeeld zeggen: "Ik kan zien dat het veel met u doet". De achterliggende gedachte hierbij is dat de deelnemende partij gevraagd wordt, om iets meer te vertellen over deze emotie. Het is aan de mediator om scherp te zijn in alle (non-)verbale communicatie. Ten tweede geeft het beide partijen een goed beeld, van wat het geschil nu met hen doet. Door hier verder op door te gaan, kan er meer duidelijkheid ontstaan met betrekking tot overtuigingen omtrent het geschil.

### 3.4.2 Emoties reguleren

Emoties kunnen aangeven wat partijen nu werkelijk beweegt<sup>18</sup>. De mediator kan proberen om belangen van partijen naar boven te halen, door vragen te stellen als: "Wat maakt je zo boos?". Wanneer emoties de mediation dreigen te overheersen, moet de mediator ingrijpen. Door even de deelnemende partij uit de situatie te halen, kan er al aan emotieregulering gedaan worden. Hierbij kan men denken aan een korte pauze van tien minuten, waarbij de geëmotioneerde partij even stoom af kan blazen. Bij de psychiatrische patiënt kan men denken aan ontspanningsoefeningen in de vorm van ademhalingstechnieken. Een andere techniek die emoties kan reguleren, is het tonen van begrip. Laten zien dat de deelnemende partij begrepen wordt, door goed te luisteren. Hier zien we raakvlakken met de beroepscompetenties van de verpleegkundige<sup>19</sup>. Wanneer de emoties echt te heftig worden, en regulering op geen enkele wijze meer soelaas biedt, dan rest alleen nog maar het maken van een nieuwe afspraak. Het is niet ondenkbaar dat de kans op een niet meer te controleren emotie, groter is bij de psychiatrische patiënt als deelnemende partij.

---

<sup>17</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 216.

<sup>18</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 217.

<sup>19</sup> Liefhebber 2007

### 3.5 Escalatiefasen van een geschil

De ontwikkeling van een geschil, loopt veelal volgens het patroon van de conflictescalatieladder van Glasl<sup>20</sup>. Deze escalatieladder bestaat uit negen treden, bij elke trede escaleert het geschil verder. In tabel 2 is duidelijk weergegeven hoe de escalatie van een geschil zich ontwikkelt. Door gebruik te maken van deze “ladder” kan men een inschatting maken hoe ver een geschil is gevorderd. Bij trede één is er nog bereidheid tot samenwerken, terwijl in trede negen het geschil niet meer op te lossen is.

Tabel 2. De conflictescalatieladder van Glasl<sup>21</sup>

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Discussies Verharden	Intellectueel geweld	Geen woorden maar daden	Stereotype karikaturen	Gezichts aanval en gezichts verlies	Dreigings- strategieën	Tegenstander puur als object/vijand	Systema- tische vernietiging	Samen in de afgrond
Botsende standpunten	Intellectueel geweld	Non-verbale acties	Self fulfilling Prophecy	Ontmaskeren	Harde eisen	Partijen hebben de hoop opgegeven	Versplinteren van de tegen- partij	Er is geen weg meer terug
Toenemende defensie	Competitie	Toenemende zichtbare irritaties	Uitbreiden conflict	Openlijke en discrete zwartmakerij van de ander	Paniek reacties	Geweld	De ander wordt als 'ding' gezien	Samen de afgrond in
Impasse	Polarisatie	Elkaar voor voldongen feiten plaatsen	Behoeftes aan sympathie	Mijn ethiek is de juiste en ik sta voor het goede	Dreigen met negatieve sanctie	Schade bij de ander is winst voor mij; leed bij de ander is vermaak voor mij	Geen stap meer terug doen	Partijen willen elkaar eliminieren
Wederzijds begrip niet meer vanzelf sprekend	Stijl van het debat	Inlevings- vermogen neemt af	Mensen aan je kant krijgen	Elkaar niet zien, dood verklaren	Het besef dat er niets meer te winnen valt	Verbittering en verharding	De ander zoveel mogelijk schade berokkenen	Totale vernietiging van de ander, ook als dit zelf- vernietiging betekent
Selectieve aandacht voor zwakke argumenten van de ander	Zelf willen sooren	Gezamenlijke verantwoor- delijkheid is weg	Eigen partij heeft alleen positieve eigen- schappen, de ander alleen negatieve	Ontkenning van morele integriteit bij de andere partij	Stress	Vergelding staat centraal		
Afschermen	Creativiteit neemt af	Niet op ingenomen standpunten terugkomen	Coalities	Immoreel gedrag	Geen duimbreed toegeven	Beperkte vernietiging acties		
Accent op verschillen	De ander in diskrediet brengen	Prestige zaak	Zwart-wit beeld	Fysieke walging	Als-dan constructie			
Cooperatief oplossen van het probleem	Elkaar door onderbreking van de wijs brengen	Oplossing uitschakelen			Vuil spel			
Hulpvorming	Oproepen van irritaties							
Pro- onderscheidt	Lachers op de hand krijgen							
Contra- verbindt								
<b>Fase 1- relationele fase</b> Conflict als probleem dat gezamenlijk opgelost kan worden (win-win) hulp van: vrienden/familie/collega's			<b>Fase 2 – emotionele fase</b> Conflict als strijd die gewonnen moet worden (winnen of verliezen) Bemiddeling via: <b>mediation</b>			<b>Fase 3 – vecht fase</b> Conflict als totale oorlog (verlies-verlies) bindende uitspraak via: arbitrage/rechtspraak		

<sup>20</sup> Schonewille 2007, p. 174.

<sup>21</sup> [http://www.bosga-mediation.com/pag\\_ned/escalatieladder.html](http://www.bosga-mediation.com/pag_ned/escalatieladder.html)>Geraadpleegd d.d. 8 mei 2013.



## 3.6 Authenticiteit

Omdat dit onderzoek zich toespitst op de wilsbekwame psychiatrische patiënt, wordt er net iets meer van de communicatieve vaardigheden van de mediator verwacht. In deze paragraaf wordt één van de belangrijkste basisattitudes behandeld.

Rogers beschrijft drie fundamentele basisattitudes, empathie, aanvaarding en authenticiteit<sup>22</sup>. Als de meest fundamentele van deze drie noemt hij authenticiteit. Rogers geeft de volgende definitie van deze basisattitude: ‘Authenticiteit in therapie betekent dat de therapeut zijn werkelijke zelf is tijdens zijn ontmoeting met zijn patiënt’. In deze definitie wordt gesproken over therapie, terwijl mediation geen therapie is. Echter is dit onderzoek gericht op mediation in een setting, de psychiatrische instelling, waarin het therapeutisch milieu centraal staat. Het is dus van belang, dat de mediator bekend is met de achtergronden van de wilsbekwame psychiatrische patiënt. In dit therapeutisch milieu is authenticiteit een belangrijke attitude voor de zorgverlener. Om vertrouwen te krijgen bij deze kwetsbare groep, is het van belang dat de zorgverlener zichzelf is. In het beroepsprofiel van de NMI registermediator is deze attitude niet opgenomen als zijnde één van de competenties<sup>23</sup>.

### Samenvatting

Mediation is een vorm van bemiddeling in conflicten, waarbij een neutrale bemiddelingsdeskundige, de mediator, de communicatie en onderhandelingen tussen partijen begeleidt om vanuit hun werkelijke belangen tot een gezamenlijk gedragen en voor ieder van hen optimale besluit te komen<sup>24</sup>. Het mediationproces is onderverdeeld in een aantal fasen. De gedachte hierachter is om op een gestructureerde manier partijen weer in beweging te laten komen. Het is van belang dat de mediator goed in staat is om emoties te reguleren. De gemoedstoestand van een psychiatrische patiënt fluctueert. De mediator dient hier adequaat op te reageren, kennis van de psychiatrie is hier een pre.

---

<sup>22</sup> Rogers 1951, p.19.

<sup>23</sup> Beroepsprofiel NMI registermediator

<sup>24</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 6.



## Hoofdstuk 4 Wilsbekwame psychiatrische patiënt

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de doelgroep, de wilsbekwame psychiatrische patiënt, besproken. Wilsbekwaamheid wordt in paragraaf 4.2 besproken. Het stappenplan voor de beoordeling van wilsbekwaamheid wordt in paragraaf 4.2.1 besproken. Vanaf paragraaf 4.3 wordt uitleg gegeven over welke ziektebeelden zich lenen voor mediation. Paragraaf 4.3.1 behandelt de stemmingsstoornis. Paragraaf 4.3.2 behandelt de angststoornis. Paragraaf 4.3.3 behandelt de persoonlijkheidsstoornis. En tot slot behandelt paragraaf 4.3.4 kort de middelenstoornis.

### 4.2 Wat is wilsbekwaamheid

Om te weten wat de term wilsbekwaamheid inhoudt, moeten we kijken naar wat wilsonbekwaamheid inhoudt. Volgens artikel 465 lid 3 WGBO houdt wilsonbekwaamheid het volgende in. “Indien een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, (...) worden de verplichtingen (...) door de hulpverlener nagekomen jegens de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden” (...) <sup>25</sup>. Belangrijk is dus dat de patiënt tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake wordt geacht. Met andere woorden, een patiënt is volledig wilsbekwaam als hij voldoet aan de volgende vier criteria.

- kenbaar maken van een keuze;
- begrijpen van relevante informatie;
- het beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie;
- het logisch redeneren en het betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties <sup>26</sup>.

Er zijn allerlei instrumenten ontwikkeld om de wilsbekwaamheid te beoordelen. Ook vanuit de KNMG <sup>27</sup> is er een richtlijn uitgegeven met een stappenplan. Dit plan heeft achttien stappen, waarin bij stap tien de daadwerkelijke beoordeling plaatsvindt, aan de hand van de eerder genoemde criteria. In bijlage II is dit stappenplan volledig uitgewerkt.

---

<sup>25</sup> Art. 465 lid 3 WGBO

<sup>26</sup> Implementatie van de WGBO

<sup>27</sup> Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

#### 4.2.1 Stappenplan beoordeling wilsbekwaamheid

Voor een redelijke waardering van belangen ter zake, is beslisvaardigheid nodig. De patiënt moet in staat zijn om te kunnen beslissen. Hij moet in staat zijn om zijn belangen af te wegen. Een belang is datgene wat echt belangrijk is voor een persoon<sup>28</sup>. Voor het mediationproces is het belangrijk, dat partijen achter de belangen van hun standpunten komen. Niet meer naar het verleden kijken, maar naar de toekomst. Het conflict ligt in het verleden en de oplossing in de toekomst, daarom moeten standpunten losgelaten worden, en moet er gekeken worden naar de wensen van de partijen.

Hieronder zullen de tien stappen om de wilsbekwaamheid te beoordelen, in het kort besproken worden. Er zijn in totaal achttien stappen maar bij stap tien vindt de daadwerkelijke beoordeling plaats<sup>29</sup>. Vandaar dat de eerste tien stappen beschreven worden.

1. Wilsbekwaamheid is een contextafhankelijk begrip. De patiënt moet namelijk in staat zijn tot een redelijke waardering terzake. De patiënt moet de gegeven informatie kunnen begrijpen en op zijn situatie toe kunnen passen.
2. Wat is de aanleiding voor de beoordeling van wilsbekwaamheid?
3. Neem een besluit om wel of niet de wilsbekwaamheid formeel te beoordelen.
4. Geef uitleg aan de patiënt over de reden om de wilsbekwaamheid te beoordelen.
5. Houd bij het verstrekken van informatie, rekening met het bevattingsvermogen en eventuele cognitieve en emotionele beperkingen van de patiënt. Een gesprek dat aansluit bij de belevingswereld, en het intellectuele niveau van de patiënt, vergroot diens mogelijkheid tot zelfbeschikking. Met betrekking tot de ziektebeelden die in dit onderzoek naar voren komen, is het van belang dat men zich goed bewust is van de achtergronden van deze ziektebeelden. Ook is het zo dat de stemming van een patiënt, door zijn ziektebeeld, snel kan omslaan.
6. Het evalueren van de beslisvaardigheid. Vraag aan de patiënt of hij kan vertellen wat zijn keuze is. Nagaan of de gegeven informatie duidelijk is, door aan de patiënt te vragen of hij in zijn eigen woorden kan vertellen wat er net gezegd is. Vraag door of de patiënt kan vertellen wat de informatie voor zijn situatie zal betekenen. Tot slot moet duidelijk worden of de patiënt ook logisch kan redeneren. Men kan bijvoorbeeld vragen, of de patiënt uit kan leggen hoe hij tot een besluit is gekomen.

---

<sup>28</sup> Vreugdenhil 2012, p. 135.

<sup>29</sup> Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

7. Voor de beoordeling van wilsbekwaamheid, is het relevant of psychiatrische problematiek de bovengenoemde vaardigheden in de weg staat. Uit praktijkonderzoek<sup>30</sup> is gebleken dat er twee ziektebeelden/stemmingsstoornissen zich lenen voor mediation. Te weten persoonlijkheidsproblematiek en stemmingsstoornissen. Patiënten met deze ziektebeelden beschikken over het algemeen over een goede beslisvaardigheid. Men heeft over het algemeen een helder besef van de werkelijkheid, in tegenstelling tot bijvoorbeeld patiënten met schizofrenie<sup>31</sup>.
8. Het is zeer belangrijk dat er overleg is met andere betrokken hulpverleners. Door hun dagelijks monitoren kunnen zij een actueel toestandbeeld geven van de patiënt.
9. Overleg eventueel met een vertegenwoordiger of naasten van de patiënt.
10. Plaatsvinden van de beoordeling.

### 4.3 Welke ziektebeelden lenen zich voor mediation

Dit onderzoek richt zich op de wilsbekwame psychiatrische patiënt. Dan rijst de vraag welke doelgroep we hier precies onder verstaan? Met andere woorden welke ziektebeelden lenen zich voor mediation. Stemningsstoornissen, angststoornissen, middelenstoornissen en aandachtstekort- en gedragsstoornissen zijn de meest voorkomende psychische aandoeningen in Nederland<sup>32</sup>. De volgende paragrafen zullen een aantal van deze ziektebeelden nader beschrijven.

#### 4.3.1 Stemmingsstoornis

Voor een definitie van een ziektebeeld wordt internationaal over het algemeen gebruik gemaakt van de criteria die staan in de DSM-IV-TR<sup>33</sup>. Er zijn verschillende stemmingsstoornissen, dit onderzoek zal zich beperken tot depressie stoornis. Depressie is een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen, met diverse psychische en fysieke symptomen

Bij een depressieve stoornis voelt iemand zich minstens twee weken achter elkaar somber. Daarnaast spelen er ook andere klachten een rol zoals, slaapproblemen,

---

<sup>30</sup> Bijlage VI

<sup>31</sup> <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/schizofrenie?gclid=CPJl3a2VILcCFfQZtAod9T0Asg>>Geraadpleegd d.d. 13 mei 2013.

<sup>32</sup> Trimbos 2010

<sup>33</sup> <http://www.dsmonline.nl/showtree.php?page=66825>>Geraadpleegd d.d. 4 mei 2013.

concentratieproblemen en gedachten aan de dood. De duur van een depressie kan variëren van 3 maanden tot meer dan 2 jaar. Bij 40% van de patiënten treedt binnen twee jaar een nieuwe depressie op en 5-10% is chronisch depressief. Geschat wordt dat in Nederland ongeveer 850.000 mensen aan een vorm van depressie lijden<sup>34</sup>.

### 4.3.2 Angststoornissen

Angststoornissen zijn in de psychiatrie de meest voorkomende stoornissen. Sommige van deze aandoeningen worden fobie genoemd. Het gemeenschappelijke kenmerk van angststoornissen, is dat er sprake is van angst. Mensen kunnen zo angstig zijn dat het hun leven ontregelt<sup>35</sup>.

Angst is een gevoel dat optreedt bij dreigend gevaar. Als de angst niet reëel is, en de betrokken persoon er persoonlijke problemen door ondervindt, is er sprake van een stoornis.

In het DSM-IV-TR<sup>36</sup> worden de volgende angststoornissen onderscheiden:

- Paniekstoornis
- Sociale fobie
- Specifieke of enkelvoudige fobie
- Dwangstoornis
- Gegeneraliseerde angststoornis
- Posttraumatische stress-stoornis
- Hypochondrie
- Angststoornis door een lichamelijke aandoening
- Acute stressstoornis
- Angststoornis door alcohol of drugs

### 4.3.3 Persoonlijkheidsstoornis

De DSM-IV-TR<sup>37</sup> hanteert de volgende definitie voor een persoonlijkheidsstoornis.

“Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen, die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen”<sup>38</sup>.

---

<sup>34</sup> <http://www.depressief.nl/content/depressiviteit/depressief.asp>>Geraadpleegd d.d. 9 mei 2013.

<sup>35</sup> Trimbos 2010

<sup>36</sup> <http://www.dsmonline.nl/>>Geraadpleegd d.d. 5 mei 2013.

<sup>37</sup> <http://www.dsmonline.nl/showtree.php?page=66825>>Geraadpleegd d.d. 4 mei 2013.

<sup>38</sup> <http://www.dsmonline.nl/>>Geraadpleegd d.d. 5 mei 2013.

Deze stoornis kan leiden tot ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren. De problematiek kenmerkt zich vooral, door sterke stemmingswisselingen en impulsief gedrag. Daarnaast kunnen zich vele andere psychische verschijnselen voordoen, zoals angsten, depressieve klachten, woede-uitbarstingen, trauma of PTSS(-klachten), moeilijk contacten kunnen leggen of moeilijk relaties kunnen behouden, weinig zelfvertrouwen en het denken in uitersten. Ook is er vaak sprake van zelfdestructief gedrag. Voorbeelden hiervan zijn alcohol- en drugsmisbruik, eetstoornissen, dreigen met zelfdoding en opzettelijke zelfverwonding. Door deze problematiek ontstaan vaak problemen op een breed terrein zoals werk, relaties en vriendschappen, vrijetijdsbesteding, etc.

Om een duidelijker beeld te krijgen worden hieronder een aantal uitspraken<sup>39</sup> weergegeven van mensen die leiden aan een borderline persoonlijkheidsstoornis.

*'Borderline hebben betekent te leven als een rollercoaster in de achtbaan in een pretpark. Daar word je dus soms flink misselijk van! Soms voel je je 'on top of the world', en vervolgens race je weer in razend snel tempo naar beneden met je hart in je keel...'*

*'Het vervelende van in de achtbaan van een pretpark te zitten, is dat die maar doorgaat en doorgaat...alleen s`nachts rust, als je geluk hebt'.*

*'Ik kijk er naar uit naar die dag dat er groot onderhoud gepleegd moet worden op de achtbaan – even een tijdje tussenuit, uit het borderlineleven. Maar 'life goes on' zeggen ze....dus ik denk dat 'even een tijdje er tussen uit' er niet in zit, en dat ik zelf een manier moet vinden om de pieken en dalen van de achtbaan wat minder intens te maken'.*

Persoonlijkheidsproblemen worden in de nieuwste versie van de DSM-classificatie (DSM-V)<sup>40</sup> op een heel andere wijze weergegeven. Naar verwachting wordt de DSM-V in mei 2013 gepubliceerd. Er komen verschillende niveaus van ernst van persoonlijkheidsproblemen. Persoonlijkheid wordt gekenschetst aan de hand van een aantal persoonlijkheidsdimensies.

Er zal onder andere een nieuwe algemene definitie van persoonlijkheidsstoornis geformuleerd worden, gebaseerd op ernstige of extreme tekorten in kernaspecten van het persoonlijkheidsfunctioneren en opvallende pathologische trekken.

---

<sup>39</sup> <http://www.stichtingborderline.nl/site/Voorlichting/Ziektebeeld>Geraadpleegd d.d. 9 mei 2013.>

<sup>40</sup> <http://www.dsm5.org>Geraadpleegd d.d. 9 mei 2013.>

#### 4.3.4 Middenstoornissen

Hierbij gaat het om misbruik van of verslaving aan alcohol of drugs. Vaak is er een samenhang tussen een middenstoornis en een andere stoornis. Bijvoorbeeld iemand die depressief is, en ook overmatig alcohol gebruikt.

#### Samenvatting

Om te weten wat de term wilsbekwaamheid inhoudt, moeten we kijken naar wat wilsbekwaamheid inhoudt. Belangrijk is dat de patiënt tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake wordt geacht. Vanuit de KNMG<sup>41</sup> is er een richtlijn uitgegeven met een stappenplan. Dit plan heeft achttien stappen, waarin in bij stap tien de daadwerkelijke beoordeling plaatsvindt. Er zijn verschillende stemmingsstoornissen, dit onderzoek zal zich beperken tot depressie stoornis. Bij een depressieve stoornis voelt iemand zich minstens twee weken achter elkaar somber. Daarnaast spelen er ook andere klachten een rol zoals, slaapproblemen, concentratieproblemen en gedachten aan de dood. Het tweede ziektebeeld dat zich leent voor mediation is de persoonlijkheidsstoornis. De DSM-IV-TR hanteert de volgende definitie voor een persoonlijkheidsstoornis. “Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen”<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

<sup>42</sup> <http://www.dsmonline.nl/>Geraadpleegd> d.d. 5 mei 2013.





## Hoofdstuk 5 Geschillen tussen wilsbekwame psychiatrische patiënten en zorgverleners

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de geschillen besproken die voorkomen tussen zorgverleners en wilsbekwame psychiatrische patiënten. Paragraaf 5.2 beschrijft wat een geschil is. In paragraaf 5.2.1 wordt het ontstaan van geschillen besproken. In paragraaf 5.3 wordt besproken, welke voorkeurstijlen van conflicthantering er zijn. In paragraaf 5.3.1 worden deze conflictstijlen nader toegelicht. In paragraaf 5.4 worden de voordelen van geschillen besproken. En in paragraaf 5.5 worden de nadelen van geschillen besproken.

### 5.2 Wat is een geschil

Wanneer twee partijen een (stevig) meningsverschil hebben, kan het betekenen dat zij een geschil hebben. Dit hoeft echter lang niet altijd zo te zijn. Het kan namelijk bijvoorbeeld ook een felle discussie zijn.

Geschillen kunnen worden onderverdeeld in een innerlijk geschil (intrapersoonlijk geschil) en een interpersoonlijk geschil. Het laatste geschil betreft een geschil waarbij twee partijen betrokken zijn<sup>43</sup>.

Er zijn meerdere definities van geschillen, in dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de definitie die de heer Brenninkmeijer hanteert. Een geschil betreft twee of meer partijen die doelen of aspiraties nastreven, belangen hebben of waarden voorstaan die niet met elkaar te verenigen zijn<sup>44</sup>. De geschillen die in dit onderzoek centraal staan zijn zeer divers.

Uiteenlopend van een patiënt die zich onheus bejegend voelt, tot het vertrouwen kwijt zijn in de zorgverlener/behandeling. Partijen zijn in dit onderzoek de patiënt en de zorgverlener, die als doel hebben om in een zo optimaal mogelijk behandelklimaat, de patiënt te stabiliseren.

#### 5.2.1 Het ontstaan van geschillen

Elk geschil heeft een oorzaak. Geschillen ontstaan wanneer partijen wederzijds van elkaar afhankelijk zijn, en er op datzelfde moment tegenstrijdige belangen<sup>45</sup> zijn. Wanneer deze wederzijdse afhankelijkheid niet bestaat, kan ieder in principe zijn of haar eigen belangen nastreven, omdat bij een geschil men toch niet afhankelijk is van elkaar. Deze wederzijdse

---

<sup>43</sup> Vreugdenhil 2012, p. 39.

<sup>44</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 41.

<sup>45</sup> Vreugdenhil 2012, p. 135.

afhankelijkheid ziet men wel terug in het therapeutisch milieu van de psychiatrische patiënt. De patiënt is afhankelijk van de behandelaar omdat deze een behandeling opstart om de patiënt weer te stabiliseren. De behandelaar op zijn beurt gaat een behandelovereenkomst aan met de patiënt. Hij zal dus de behandeling in een zo'n optimaal mogelijk behandelklimaat willen voeren.

Een geschil ontstaat wanneer één van de partijen de situatie niet langer accepteert. Deze partij zal gaan reageren, dit gaat middels een proces van drie stappen. Namelijk, *namings*, *blaming* en *claiming*<sup>46</sup>.

Bij de eerste stap gaat de partij het probleem benoemen. Lange tijd heeft diegene zijn irritaties voor zich weten te houden. Wanneer het punt aangebroken is dat de ene partij het genoeg vindt, en zo niet langer door wil gaan, spreekt men van *namings*. De partij spreekt de andere partij aan.

Bij de tweede stap in het proces zal de partij de ander de schuld geven van het probleem, *blaming*. De ander heeft het gedaan, "het is niet mijn schuld". Kenmerkend is dat de partij zo overtuigd is van zijn gelijk, dat hij niet in ziet dat hij mede schuldig kan zijn aan het probleem. Verwijten vliegen over en weer en emoties lopen op.

Bij de derde stap worden standpunten ingenomen en worden de hakken in het zand gezet. Waar men denkt recht op te hebben, zal men ook met man en macht proberen te verkrijgen, *claiming*.

## 5.3 Conflictstijlen

Alle mensen ontwikkelen een voorkeursstijl van conflicthantering, die ze in de meeste situaties toepassen. Deze voorkeursstijlen worden bepaald door de zorg voor een vruchtbare relatie met de ander<sup>47</sup> en de zorg voor eigen belangen. De mens heeft behoefte om relaties aan te gaan, omdat het een gevoel van veiligheid geeft. De één wordt lid van een sportclub en de ander zoekt zijn relaties via de social media.

Een andere basisbehoefte van de mens is de behoefte aan zelfontplooiing<sup>48</sup>. Men wil, soms ten koste van alles, strijden voor zaken die men belangrijk vindt.

### 5.3.1 Vijf conflictstijlen

Er zijn in totaal vijf conflictstijlen te onderscheiden. Vermijden, toegeven, doordrukken, compromissen sluiten en samenwerken<sup>49</sup>.

---

<sup>46</sup> Vreugdenhil 2012, p. 38.

<sup>47</sup> Prein 2002, p. 39.

<sup>48</sup> Maslow, 1976.

### *Vermijden*

Deze conflictstijl kenmerkt zich doordat er geen zorg is voor de eigen belangen, of voor de relatie met de ander. Het belangrijkste kenmerk van deze conflictstijl is, neutraliteit. Vaak komt dit voort uit een negatief zelfbeeld, en zijn mensen die vermijden onzichtbaar.

### *Toegeven*

Het belangrijkste kenmerk van deze conflictstijl is, dat de relatie in stand houden boven alles gaat. Ook hier is er vaak sprake van een laag zelfbeeld, dat ten grondslag ligt aan het opkijken tegen de andere partij. Degene die deze conflictstijl hanteert, wil er heel erg graag bijhoren en de angst om verlaten te worden overheerst.

### *Doordrukken*

Bij deze conflictstijl staan de eigen belangen voorop. De zorg voor de ander en de relatie is klein. Een geschil wordt, door een persoon die deze conflictstijl hanteert, gezien als een wedstrijd. En wedstrijden moeten gewonnen worden. De kenmerken van doordrukken zijn het dominant willen zijn en het agressief handelen.

### *Compromissen sluiten*

Evenwicht en gelijkwaardigheid staan centraal bij deze conflictstijl. Het eigen belang is belangrijk, maar ook het belang van de andere partij. Men gaat voor de gulden middenweg, waarmee beide partijen tevreden zijn.

### *Samenwerken*

Twee kenmerken staan hier centraal, een open communicatie en op zoek gaan naar oplossingen die voor beide partijen te accepteren zijn. Geschillen worden gezien als win-win situatie, en daarbij moet het maximale uit het geschil gehaald worden. Goed luisteren is van groot belang bij samenwerken.

Wanneer men deze vijf conflictstijlen tegen het licht houdt in het kader van mediation, dan past samenwerken het beste bij mediation. Bij mediation wordt een geschil besproken en onderzocht. Daarna volgt de onderhandeling en gaan partijen samen zoeken naar de best haalbare oplossing. Hierbij worden elkaars belangen niet uit het oog verloren.

---

<sup>49</sup> Prein 2002, p. 41.

Tabel 3. Vijf verschillende conflictstijlen<sup>50</sup>



## 5.4 Voordelen van een geschil

Er zitten bepaalde voordelen aan geschillen. Vaak komen geschillen voort uit de wens tot verandering. Omdat er een beroep wordt gedaan op het oplossingsvermogen van de partijen, vormen geschillen een bron van inspiratie<sup>51</sup>. Wanneer er goed gekeken wordt naar de oorzaken van een geschil, dan vergroot dit het inzicht in zichzelf en in de andere partij. Dit kan weer leiden tot het boven water komen van gezamenlijke belangen. Als laatste kan het een voordeel zijn, dat wanneer men op zoek gaat naar een oplossing, de communicatieve vaardigheden positief worden gestimuleerd. Het is namelijk van belang dat men op een zorgvuldige manier, met elkaar gaat communiceren om een geschil op te lossen.

## 5.5 Nadelen van een geschil

De nadelen van een geschil zijn dat het veelal emoties oproept bij partijen, het veel tijd kost en veel energie kost. Emoties zorgen er dikwijls voor dat geschillen nog verder verharderen. Het gevolg is dat de boel escaleert, zie hiervoor de ladder van Glasl<sup>52</sup>. Naast deze nadelen is het ook een nadeel, dat het veel geld kost om een geschil met behulp van een advocaat of een mediator op te lossen.

<sup>50</sup> <https://vaneckstaat.nl/pages/test/test-intro/1-onderhandelingsstijlen.asp>>Geraadpleegd d.d. 5 mei 2013.

<sup>51</sup> Prein 2002.

<sup>52</sup> [http://www.bosga-mediation.com/pag\\_ned/escalatieladder.html](http://www.bosga-mediation.com/pag_ned/escalatieladder.html)>Geraadpleegd d.d. 8 mei 2013.

## Samenvatting

Een geschil betreft twee of meer partijen die doelen of aspiraties nastreven, belangen hebben of waarden voorstaan die niet met elkaar te verenigen zijn<sup>53</sup>. De geschillen die in dit onderzoek centraal staan zijn zeer divers. Elk geschil heeft een oorzaak. Geschillen ontstaan wanneer partijen wederzijds van elkaar afhankelijk zijn en er op datzelfde moment tegenstrijdige belangen<sup>54</sup> zijn. Een geschil ontstaat wanneer één van de partijen de situatie niet langer accepteert. Deze partij zal gaan reageren, dit gaat middels een proces van drie stappen. Namelijk, naming, blaming en claiming<sup>55</sup>. Er zijn in totaal vijf conflictstijlen te onderscheiden. Vermijden, toegeven, doordrukken, compromissen sluiten en samenwerken<sup>56</sup>.

---

<sup>53</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 41.

<sup>54</sup> Vreugdenhil 2012, p. 135.

<sup>55</sup> Vreugdenhil 2012, p. 38.

<sup>56</sup> Prein 2002, p. 41.



## Hoofdstuk 6 Andere mogelijkheden om geschillen op te lossen

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen andere mogelijkheden besproken worden dan mediation, om geschillen op te lossen. In paragraaf 6.2 zal de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon besproken worden. Paragraaf 6.3 zal de verpleegkundige interventies behandelen. In paragraaf 6.4 komt de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector aan bod. Paragraaf 6.5 zal de Wet Klachtrecht cliënten zorginstellingen behandelen. Tot slot zal in paragraaf 6.6 de geschillencommissie zorginstellingen besproken worden met in paragraaf 6.1 de cijfers.

### 6.2 Patiëntenvertrouwenspersoon

De patiënt kan bij de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) terecht met alle klachten over het verblijf, de behandeling en het behandelend team of de arts. De pvp weet welke rechten en plichten de patiënt heeft. Vaak worden klachten opgelost, door een gesprek te voeren met de zorgverleners. De pvp is er nadrukkelijk voor de patiënt, met andere woorden hij of zij kiest partij voor de patiënt. Bij een geschil tussen een zorgverlener en patiënt, zal de pvp dus geen neutrale rol hebben.

De stichting pvp heeft 55 pvp-en in dienst en bedient 108 instellingen<sup>57</sup>.

<b>Totaal aantal werknemers Stichting PVP</b>	70
<b>Pvp'en</b>	55
<b>Overige medewerkers</b>	15
<b>Instellingen die de Stichting PVP bedient</b>	108
<b>Cliënten die contact hadden met de Stichting PVP</b>	9.259
<b>Telefoontjes naar de Helpdesk PVP per jaar (schatting)</b>	ca. 10.000
<b>Aantal vragen en klachten afgehandeld via de helpdesk</b>	3.068
<b>Aantal vragen en klachten op locatie in de instelling</b>	20.402

<sup>57</sup> <http://www.pvp.nl/cijfers/93-563.aspx>>Geraadpleegd d.d. 9 mei 2013.



Uit de cijfers van de stichting pvp blijkt dat er ruim 23.000 vragen en klachten van patiënten binnengekomen zijn in 2012. De belangrijkste onderwerpen van deze vragen/klachten hadden betrekking op de behandeling en zorg, overige klachten en de rechtspositie. Bij behandeling en zorg moet men denken aan de uitvoering van het behandelplan, de zorg en begeleiding in het algemeen, de dagbesteding en medicatie.

Bij overige klachten moet men denken aan persoonlijke problemen, klachten over de advocaat, klachtencommissie en de wachtlijst.

Bij de externe rechtspositie moet men denken aan het verlengen of opheffen van een maatregel of een machtiging. Dit betreft dus, met name, de gedwongen opname.

Voor een uitgebreide lijst van het totaal aantal vragen en klachten in 2012 zie bijlage<sup>58</sup>.

### 6.3 Verpleegkundige interventies

De verpleegkundige kan een belangrijke rol spelen, bij het oplossen van geschillen tussen patiënten en zorgverleners. De verpleegkundige is goed op de hoogte van de achtergronden, en ziektebeelden van de patiëntenpopulatie. Ook weet hij of zij, tot op zekere hoogte, in welke gemoedstoestand de patiënt zich bevindt. Met zijn kennis en vaardigheden, met betrekking tot psychiatrische ziektebeelden, kan de verpleegkundige geschillen voorkomen. Door op juiste momenten bepaalde verpleegkundige interventies toe te passen, kan er al erger voorkomen worden. Zie de escalatieladder van Glasl in paragraaf 3.5. Bij interventies kan men denken aan even een time-out bieden aan de patiënt, wanneer de situatie dreigt te escaleren of zo nodig medicatie aanbieden.

### 6.4 Wet Medezeggenschap cliënten zorgsector (WMCZ)

Patiënten kunnen invloed uitoefenen op het beleid van een zorginstelling, via de cliëntenraad van die zorginstelling. Dit is geregeld in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)<sup>59</sup>. Het bestuur van een zorginstelling moet bij bepaalde beslissingen het advies van de cliëntenraad meewegen. De zorgaanbieder bepaalt niet hoe de samenstelling van de cliëntenraad is. De wet gaat ervan uit dat cliënten van de instelling het beste kunnen opkomen voor hun eigen belangen. Zij zijn de ervaringsdeskundigen op het gebied van zorg, behandeling en begeleiding. Als dit niet mogelijk is kunnen ook familieleden en andere niet-clieënten lid worden van de cliëntenraad.

---

<sup>58</sup> Bijlage VIII

<sup>59</sup> Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen art. 2

De Wmcz zegt wel dat de cliëntenraad representatief moet zijn: alle groepen cliënten moeten vertegenwoordigd zijn<sup>60</sup>. Een cliëntenraad behartigt de belangen van de cliënten van de instelling. Ook houdt de cliëntenraad de kwaliteit van de dienstverlening in de gaten. De cliëntenraad bewaakt de rechten van de cliënten. Ook behartigt de cliëntenraad de gemeenschappelijke belangen en adviseert gevraagd en ongevraagd aan de aanbieder. Dit alles met het doel de kwaliteit van zorg- en dienstverlening te verbeteren.

Een cliënt aan het woord:

*"Onze cliëntenraad houdt elke twee maanden afdelingsvergadering. Ook houden we huiskamergesprekken met de andere bewoners. Dat is een vaste groep van mensen aan wie we vragen welke problemen er spelen en hoe het gaat met de dagelijkse gang van zaken. Bijvoorbeeld de omgang met de cliënten. We hebben dus contacten met de achterban: we kijken of de zaken gaan zoals ze moeten gaan en bewaken de kwaliteit van de zorg. Zo hebben we onlangs de instelling geadviseerd om medewerkers op omgangstraining te sturen."*

## 6.5 Wet Klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ)

Het uitgangspunt van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) is, dat een klachtenregeling in een instelling een versterking is van de rechtspositie van patiënten. Een goede klachtenregeling kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. Het doel van de wet is de totstandkoming van klachten behandelende instanties bij de zorgaanbieders, de klachtencommissie.

De wet stelt een aantal regels<sup>61</sup>, verder is de zorgaanbieder vrij te bepalen hoe hij de klachtenbehandeling inricht. De Wkcz is van toepassing op alle klachten van vrijwillige patiënten en op algemene klachten van onvrijwillig opgenomen patiënten. Klachten kunnen betrekking hebben op besluiten die door of namens de zorgaanbieder jegens de cliënt zijn genomen.

---

<sup>60</sup> <http://www.loc.nl/clientenraden>>Geraadpleegd d.d. 8 mei 2013.

<sup>61</sup> Wet klachtrecht cliënten zorgsector art. 2 en art. 2a

## 6.6 Geschillencommissie Zorginstellingen

Als er tijdens het verblijf van de patiënt in een zorginstelling iets mis gaat, kan dit vaak opgelost worden samen met de zorginstelling. Wanneer de patiënt de geleden schade vergoed wil hebben, en hij wordt het niet eens met de zorginstelling, dan kan hij besluiten om het geschil voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorginstellingen. De klacht kan alleen aan de Commissie worden voorgelegd als de klacht op geld waardeerbaar is. De Commissie behandelt geschillen over schadeclaims tot en met € 5.000,--<sup>62</sup>.

### 6.6.1 Cijfers

Hieronder volgt een weergave van het verslagjaar 2012. Het aantal klachten, alsmede het soort klachten, wordt hier kort besproken zodat men zich een beeld kan vormen.

#### *Aantal klachten en uitspraken*

Er waren 50 klachten in behandeling, waarvan 35 ingediend in het verslagjaar. Er werden 25 uitspraken verzonden. Een deel van de klachten kon niet verder in behandeling worden genomen, omdat partijen alsnog een schikking hadden bereikt of omdat de consument niet aan de formele inname voorwaarden voldeed.

#### *Soort klachten*

Bijna alle zaken die inhoudelijk werden behandeld gingen over personenschade. De klachten betroffen onder meer been- en voetletsel, oog- en oorletsel, letsel aan geslachtsorganen, psychisch letsel en beschadiging aan inwendige organen. De aansprakelijkstellingen vloeiden onder andere voort uit onzorgvuldig handelen.

#### *Financieel belang*

Er was sprake van een gemiddeld financieel belang van € 3.615,-.

---

<sup>62</sup> <http://www.degeschillencommissie.nl/over-ons/de-commissies/2301/zorginstellingen>>Geraadpleegd d.d. 6 mei 2013.

### *Mondelinge toelichting*

De consument kwam in 79% van de zaken zelf bij de zitting of liet zich door een familielid vertegenwoordigen. In 63% van de zaken was de zorginstelling bij de zitting vertegenwoordigd.

### *Rechtshulp*

De consument maakte in 25% van de gevallen gebruik van rechtsbijstand. De zorginstellingen maakten geen gebruik van rechtsbijstand.

### *Aard van de beslissingen*

Van de 25 uitspraken die in het verslagjaar werden verzonden, werden 10 zaken gegrond verklaard, 3 zaken ten dele gegrond en 10 ongegrond. De commissie kwam bij 2 zaken niet toe aan een inhoudelijke behandeling, omdat ze de consument in 1 geval niet ontvankelijk achtte in de klacht en in 1 geval tijdens de zitting alsnog een schikking werd bereikt. In 11 gevallen waarin de klacht geheel of ten dele gegrond is verklaard, werd aan de consument een schadevergoeding toegekend van gemiddeld € 2.282,-<sup>63</sup>.

## **Samenvatting**

In dit hoofdstuk zijn een aantal andere mogelijkheden dan mediation besproken, om geschillen op te lossen. De patiënt kan bij de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) terecht met alle klachten over het verblijf, de behandeling en het behandelend team of de arts. De pvp is er nadrukkelijk voor de patiënt, met andere woorden hij of zij kiest partij voor de patiënt. De verpleegkundige kan een belangrijke rol spelen bij het oplossen van geschillen tussen patiënten en zorgverleners. De verpleegkundige is goed op de hoogte van de achtergronden en ziektebeelden van de patiëntenpopulatie.

Het uitgangspunt van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) is dat een klachtenregeling in een instelling een versterking is van de rechtspositie van patiënten. Een goede klachtenregeling kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. Het doel van de wet is de totstandkoming van klachten behandelende instanties bij de zorgaanbieders, de klachtencommissie. Wanneer de patiënt geleden schade vergoed wil hebben die ontstaan is tijdens het verblijf in de zorginstelling, en hij wordt het niet eens met de zorginstelling, dan kan hij besluiten om het geschil voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorginstellingen. Patiënten kunnen invloed uitoefenen op het beleid van een zorginstelling via de cliëntenraad van die zorginstelling. Dit is geregeld in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen

---

<sup>63</sup> <http://www.degeschillencommissie.nl/userfiles/file/Jaarverslag%202012%20SGC.pdf>>Geraadpleegd d.d. 5 mei 2013.

(Wmcz)<sup>64</sup>. De cliëntenraad behartigt de gemeenschappelijke belangen van patiënten van een zorginstelling.

---

<sup>64</sup> Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen art. 2



## Hoofdstuk 7 Onderzoeksresultaten

### 7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten besproken. In paragraaf 7.2 wordt eerder onderzoek beschreven. In paragraaf 7.3 komen cijfers met betrekking tot instellingen en ziektebeelden ter sprake. Paragraaf 7.4 beschrijft kort de resultaten uit het literatuuronderzoek. In paragraaf 7.5 wordt het praktijkonderzoek besproken. Paragraaf 7.6 zal de resultaten van de enquête, afgenomen onder patiënten, bespreken. Paragraaf 7.7 zal de resultaten van de enquête, afgenomen onder zorgverleners, bespreken. Paragraaf 7.8 zal de belangrijkste citaten uit het interview met de behandelaar bespreken. En tot slot zal paragraaf 7.9 de belangrijkste citaten uit het interview met de mediator bespreken.

### 7.2 Eerder onderzoek

Voor dit onderzoek is er gezocht naar onderzoeken die relevant zijn. Er zijn inderdaad onderzoeken gedaan naar het gebruik van mediation binnen de psychiatrie. Echter deze onderzoeken zijn gericht op de wilsonbekwame patiënt<sup>65</sup>. Dit onderzoek richt zich op het gebruik van mediation bij wilsbekwame patiënten. Een conclusie die uit eerdere onderzoeken naar voren kwam, was onder andere dat wilsonbekwame patiënten niet in aanmerking komen voor mediation en wilsbekwame patiënten dus automatisch wel.

### 7.3 Rapporten

Uit het sectorrapport van de GGZ (2010)<sup>66</sup> blijkt dat er een enorme kwantitatieve stijging van het aantal patiënten en behandelingen opvalt. Er zijn in Nederland 82 instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, 34 Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen en 7 Psychiatrische Universiteitsklinieken. Er zijn in Nederland per jaar zo'n 750.000 mensen met een depressie en ruim 1.700.000 personen met een angststoornis<sup>67</sup>. Het is niet vreemd dat deze cijfers tot een enorm ziekteverzuim en uitval van arbeidsproductiviteit leiden. Deze cijfers geven aan welke potentie mediation kan hebben voor de GGZ. Wanneer er een stijging te zien is in het aantal patiënten en behandelingen, zullen er ook meer geschillen ontstaan.

---

<sup>65</sup> Khakhyna, O. (2011) De mogelijkheid om mediation in te zetten door of namens de gedwongen opgenomen psychiatrische patiënt. Scriptie Rotterdam Erasmus Universiteit.

<sup>66</sup> Sectorrapport ggz 2010, Amersfoort: drukkerij HooibergHaasbeek, Meppel.

<sup>67</sup> Ippel 2012, p. 30.

## 7.4 Literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat een geschil twee of meer partijen betreft, die doelen of aspiraties nastreven, belangen hebben of waarden voorstaan die niet met elkaar te verenigen zijn<sup>68</sup>. De geschillen die in dit onderzoek centraal staan zijn zeer divers. Elk geschil heeft een oorzaak. Geschillen ontstaan wanneer partijen wederzijds van elkaar afhankelijk zijn, en er op datzelfde moment tegenstrijdige belangen<sup>69</sup> zijn. Wanneer één van de partijen de situatie niet langer accepteert, zal deze partij gaan reageren. Dit gaat middels een proces van drie stappen. Namelijk, naming, blaming en claiming<sup>70</sup>.

Er zijn een aantal vaardigheden nodig om te kunnen deelnemen aan mediation<sup>71</sup>. De partij moet vrijwillig kiezen voor mediation, de uitgangspunten van mediation aanvaarden (commitment), zich empathisch kunnen opstellen, onderhandelingsbereid zijn en fysiek en psychisch in staat zijn tot een eigen oordeelsvorming.

Hierbij komt al snel de term wilsbekwaamheid om de hoek kijken. Om te weten wat de term wilsbekwaamheid inhoudt, moeten we kijken naar wat wilsonbekwaamheid inhoudt. Volgens artikel 465 lid 3 WGBO houdt wilsonbekwaamheid het volgende in. “Indien een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, niet onder curatele staat of ten behoeve van hem niet het mentorschap is ingesteld, worden de verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeien, door de hulpverlener nagekomen jegens de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden. Ontbreekt zodanige persoon, of treedt deze niet op, dan worden de verplichtingen nagekomen jegens de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst, dan wel, indien ook zodanige persoon ontbreekt, jegens een ouder, kind, broer of zus van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst”<sup>72</sup>. Belangrijk is dus dat de patiënt tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake wordt geacht.

Emoties kunnen hoog oplopen tijdens een mediation. Vooral bij de psychiatrische patiënt, bekend met een stemmingsstoornis dan wel persoonlijkheidsproblematiek, is er sprake van fluctuerende emoties. Het is voor de mediator lastig om emoties te hanteren tijdens een mediation. Laat staan wanneer de deelnemende partijen bekend zijn, met klachten die in relatie staan tot de hierboven beschreven stoornissen. Wanneer emoties de mediation dreigen te overheersen, moet de mediator ingrijpen. Door even de deelnemende partij uit de situatie te halen, kan er al aan emotieregulering gedaan worden. Hierbij kan men denken aan een korte pauze van tien minuten, waarbij de geëmotioneerde partij even stoom af kan blazen. Bij de psychiatrische patiënt kan men denken aan ontspanningsoefeningen in de vorm van

---

<sup>68</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 41.

<sup>69</sup> Vreugdenhil 2012, p. 135.

<sup>70</sup> Vreugdenhil 2012, p. 38.

<sup>71</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 138.

<sup>72</sup> Art. 465 lid 3 WGBO



ademhalingstechnieken. Een andere techniek die emoties kan reguleren, is het tonen van begrip.

Dit onderzoek is gericht op mediation in een setting, de psychiatrische instelling, waarin het therapeutisch milieu centraal staat. Het is dus van belang, dat de mediator bekend is met de achtergronden van de wilsbekwame psychiatrische patiënt. In dit therapeutisch milieu is authenticiteit een belangrijke attitude voor de zorgverlener. Om vertrouwen te krijgen bij deze kwetsbare groep, is het van belang dat de zorgverlener zichzelf is.

Er zijn een aantal andere mogelijkheden dan mediation, om geschillen op te lossen. De patiënt kan bij de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) terecht met alle klachten over het verblijf, de behandeling en het behandelend team of de arts. De pvp is er nadrukkelijk voor de patiënt, met andere woorden hij of zij kiest partij voor de patiënt. De verpleegkundige kan een belangrijke rol spelen bij het oplossen van geschillen tussen patiënten en zorgverleners. De verpleegkundige is goed op de hoogte van de achtergronden en ziektebeelden van de patiëntenpopulatie.

Het uitgangspunt van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) is dat een klachtenregeling in een instelling een versterking is van de rechtspositie van patiënten. Een goede klachtenregeling kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. Het doel van de wet is de totstandkoming van klachten behandelende instanties bij de zorgaanbieders, de klachtencommissie. Wanneer de patiënt geleden schade vergoed wil hebben die ontstaan is tijdens het verblijf in de zorginstelling, en hij wordt het niet eens met de zorginstelling, dan kan hij besluiten om het geschil voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorginstellingen. Patiënten kunnen invloed uitoefenen op het beleid van een zorginstelling via de cliëntenraad van die zorginstelling. Dit is geregeld in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)<sup>73</sup>. De cliëntenraad behartigt de gemeenschappelijke belangen van patiënten van een zorginstelling.

## 7.5 Praktijkonderzoek

De schriftelijke enquêtes zijn ingezet, om op een gestructureerde wijze de meningen te achterhalen van de respondenten. De respondenten hebben de enquête ingevuld op een zelf gekozen tijdstip en zijn bij de antwoordkeuze niet beïnvloed door de onderzoeker.

De schriftelijke enquête is in de ochtend onder de patiëntenpopulatie van de open afdeling van MFC Spijkenisse uitgedeeld. De respondenten hebben tot aan de avond de tijd gehad om deze in te vullen. Aangezien er op de dag therapieën gegeven worden en de geestelijke gesteldheid een rol kan spelen, krijgen de respondenten de gehele dag om de enquête in te vullen. Een korte instructie is bijgevoegd.

---

<sup>73</sup> Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen art. 2

Voor het verpleegkundig team heeft, in verband met wisselende diensten, de gehele week de tijd gekregen om de enquête in te vullen. Een korte instructie is bijgevoegd.

Het half gestructureerde interview is gebruikt, om de respondenten ruimte te geven voor een eigen inbreng. Dit heeft het interview meer diepte gegeven.

Het half gestructureerde interview is afgenomen met een behandelaar. Het interview is in een ruimte binnen de instelling afgenomen. Men moet hierbij denken aan de behandelkamer van de behandelaar. De behandelaar is van te voren via een email gevraagd, om deel te nemen. Ook is in deze email een korte uitleg gegeven, over de achtergrond van dit onderzoek. Het interview duurde 30 minuten.

Het half gestructureerde interview met de mediator is telefonisch afgenomen en naderhand nog per email. Het telefonisch gesprek duurde 45 minuten, en daarna is er nog tot drie maal toe contact geweest via email. Dit om het één en ander nader toe te lichten.

Het is van belang om te weten wat de achtergronden en meningen zijn, van het verpleegkundig team en de behandelaren, om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen onderzoeken. Deze disciplines hebben de nodige expertise en werkervaring opgebouwd in de loop der jaren, zodat zij een goed beeld kunnen schetsen van de patiëntenpopulatie.

Wat betreft de kenmerken van de patiëntenpopulatie, is het onder andere van groot belang om te weten wat de (voorlopige) diagnose is omdat dit mede duidelijk zal maken voor welke doelgroep mediation te gebruiken is.

## 7.6 Resultaten enquête patiënten

Hieronder volgen de belangrijkste resultaten van de afgenomen enquêtes onder de patiëntenpopulatie van MFC Spijkenisse. Voor een uitgebreide uitwerking zie bijlage III.

Er zijn in totaal 39 enquêtes onder de respondenten uitgedeeld. De respons daarvan was 35% .

- Van de ondervraagden gaf 42% aan een persoonlijkheidsstoornis te hebben. 15% gaf aan een stemmingsstoornis te hebben.
- Onder een geschil verstaat men, een meningsverschil (33%), onenigheid (23%).
- 65% van de ondervraagden geeft aan, wel eens een geschil met een zorgverlener te hebben gehad.
- Hiervan was 35% met een behandelaar en 15% met een verpleegkundige.
- De inhoud van dit geschil betrof voornamelijk een andere mening met betrekking tot de behandeling (43%) en alles met betrekking tot medicatie (38%).
- Van deze geschillen werd uiteindelijk 35% niet opgelost, en wanneer een geschil wel werd opgelost, dan was men er zelf met de betreffende partij uitgekomen.

- Van de ondervraagden gaf 35% aan nog nooit te hebben gehoord van mediation, 30% gaf aan wel eens te hebben gehoord van mediation, maar niet precies te weten wat het nu inhoudt. En 35% was volledig op de hoogte.
- Na een korte schriftelijke uitleg gaf 70% aan dat mediation gebruikt kan worden in de psychiatrie.
- De voorwaarden zijn volgens de ondervraagden, dat het geschil zich moet lenen voor mediation (31%). De andere partij moet mee willen werken (31%) en de patiënt moet er zelf achter staan (20%).
- Op de vraag of de patiënt voor de pvp of de mediator zou kiezen (wanneer geïmplementeerd) gaf 50% aan het nog niet te weten en 50% gaf aan voor de mediator te kiezen.

## 7.7 Resultaten enquête zorgverleners

Hieronder volgen de belangrijkste resultaten van de afgenomen enquêtes onder de zorgverleners van MFC Spijkenisse. Voor een uitgebreide uitwerking zie bijlage IV.

Er zijn in totaal 22 enquêtes onder de respondenten uitgedeeld. De respons daarvan was 95%.

- Van de ondervraagden gaf 60% aan een meningsverschil als geschil te zien.
- 75% van de zorgverleners gaf aan soms een geschil te hebben met een patiënt, 10% zegt dit regelmatig te hebben.
- 62% van de zorgverleners geeft aan het geschil te hebben opgelost, door er samen te zijn uitgekomen.
- 87% geeft aan wel eens te hebben gehoord van mediation, waarvan 50% aangeeft volledig op de hoogte te zijn.
- Na een korte schriftelijke uitleg over wat mediation inhoudt, denkt 95% dat mediation te gebruiken is in de psychiatrie.
- 55% vindt dat het gebruik van mediation afhankelijk is, van het toestandbeeld van de patiënt. 10% geeft aan dat wanneer de patiënt wilsonbekwaam is, mediation niet geschikt is, en nog eens 10% vindt dat het afhankelijk is van het ziektebeeld.
- Bij de vraag welke ziektebeelden zich dan kunnen lenen voor mediation geeft 50% aan dat stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsproblematiek hier geschikt voor zijn. Volgens 30% van de ondervraagden lenen alle ziektebeelden zich voor mediation.
- 95% geeft aan dat mediation een meerwaarde kan zijn voor de psychiatrie.

## 7.8 Interview behandelaar

Voor een volledige uitwerking van het interview zie bijlage V.

De belangrijkste uitkomsten van dit interview zullen hieronder beschreven worden.

De geïnterviewde behandelaar gaf aan dat ze niet veel geschillen heeft meegemaakt met betrekking tot patiënten. Tenminste niet direct, omdat via andere kanalen wel signalen binnen komen bij de behandelaar. Deze signalen komen dan binnen via de rapportages van bijvoorbeeld verpleegkundigen. De behandelaar leest dan bijvoorbeeld dat de patiënt in kwestie niet tevreden is over de behandeling. Echter de patiënt kaart dit niet aan, wanneer hij of zij op spreekuur is bij de behandelaar. Misschien heeft dit te maken met de al eerder beschreven arts-patiënt verhouding. De patiënt durft dan niet direct tegen de arts te zeggen wat hem dwarszit. Wat opvalt, is dat de behandelaar ook niet terugkomt op wat de patiënt als niet prettig ervaart. De verklaring van de behandelaar is dat de patiënt zelf moet aangeven waar hij of zij moeite mee heeft.

De behandelaar gaf aan dat een geschil op twee manieren de behandeling in de weg kan staan. Het kan de behandeling verlengen, omdat het geschil de verlichting van de psychische klachten in de weg staat. De patiënt is minder open in zijn communicatie, de vertrouwensband is geschaad, en daardoor is de patiënt minder goed te behandelen. Aan de andere kant, kan het de behandeling verkorten, omdat het geschil dusdanig op de voorgrond staat dat de patiënt niet langer in behandeling wil zijn en daardoor (tegen advies in) met ontslag gaat.

Mediation kan volgens de behandelaar, een meerwaarde zijn voor de wilsbekwame psychiatrische patiënt, omdat het de vertrouwensband ten goede komt. Met name voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en of een stemmingsstoornis, is mediation volgens de behandelaar toepasbaar. Eerder in dit onderzoek is aangegeven, dat een vertrouwensband tussen behandelaar en patiënt vooral in de psychiatrie een belangrijke rol speelt.

## 7.9 Interview mediator

Voor een volledige uitwerking van het interview zie bijlage VIII.

De belangrijkste uitkomsten van dit interview zullen hieronder beschreven worden.

Wanneer ik J. Defoer vertel over mijn onderzoek en mijn hoofdvraag benoem, geeft ze aan dat die niet zomaar te beantwoorden is. Bij de (formele) mediation wordt bedoeld een mediation uitgevoerd door een NMI-mediator. Een NMI-mediator is gehouden aan bepaalde regels t.a.v. de mediation, waaronder het ondertekenen van een mediationovereenkomst voorafgaand aan de mediation. In de mediationovereenkomst staan namelijk de voorwaarden waaronder mediation gedaan dient te worden o.a. geheimhouding van zowel deelnemers als mediator, de neutraliteit van de mediator, de vrijwilligheid van deelnemers en mediator. Er kan mee gestopt worden als men dit wenselijk vindt<sup>74</sup>.

En dat is dan ook de reden, dat zij haar werkzaamheden als mediator tussen hulpgever en hulpverlener zelf persoonlijk liever ‘klachtbemiddeling’ noemt, waarbij zij uiteraard wel de tools van mediation gebruikt. Met name de geheimhouding vindt zij een lastige kwestie in deze, want patiënten/familie hoeven niet te tekenen voor geheimhouding als hun klacht wordt bemiddeld. Dat willen ze meestal ook niet, en het zou haaks staan op de transparantie die de huidige gezondheidszorg predikt. Ook wordt een overeenkomst ondertekenen, vaak als ‘zwaar’ ervaren voor iemand die zijn klacht wil bespreken.

Afrondend geeft J. Defoer de volgende conclusie: “Mediation is te gebruiken bij wilsbekwame psychiatrische patiënten, maar ik als NMI-mediator noem het geen mediation, maar bemiddeling omdat ik in kwesties tussen hulpgever en hulpverlener, en dan met name bij klachten, geen mediationovereenkomst van tevoren laat tekenen. En daar ben ik wel aan gehouden als NMI-mediator”.

---

<sup>74</sup> [www.nmi-mediation.nl](http://www.nmi-mediation.nl)>Geraadpleegd 6 mei 2013.



## Hoofdstuk 8 Conclusies

### 8.1 Inleiding

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

“In hoeverre is mediation te gebruiken bij wilsbekwame psychiatrische patiënten, binnen een open afdeling van een psychiatrische instelling, wanneer zij een geschil hebben met een zorgverlener?”.

Dit hoofdstuk geeft antwoord op deze onderzoeksvraag.

Door antwoorden te geven op de deelvragen van dit onderzoek worden er conclusies gevormd. Vanuit deze conclusies worden aanbevelingen gedaan in hoofdstuk 9.

In paragraaf 8.2 wordt uitleg gegeven wat er onder mediation wordt verstaan. In paragraaf 8.3 wordt gekeken over welke doelgroep we spreken bij wilsbekwame psychiatrische patiënten. Paragraaf 8.4 bespreekt welke geschillen zich voor doen tussen wilsbekwame psychiatrische patiënten en zorgverleners. Tenslotte zal paragraaf 8.5 bespreken welke andere mogelijkheden er zijn om geschillen op te lossen.

### 8.2 Mediation

*Deelvraag 1: Wat wordt er verstaan onder mediation?*

Mediation is een vorm van bemiddeling in conflicten, waarbij een neutrale bemiddelingsdeskundige, de mediator, de communicatie en onderhandelingen tussen partijen begeleidt om vanuit hun werkelijke belangen tot een gezamenlijk gedragen en voor ieder van hen optimale besluit te komen. Het is een zeer nuttig instrument om partijen weer “on speaking terms” te krijgen. Is het ook bruikbaar bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt? Uit hoofdstuk 3 blijkt dat de mediator een aantal vaardigheden optimaal moet benutten, dan wel moet bezitten om met psychiatrische patiënten het mediationproces in te gaan. Echtheid, oftewel authenticiteit, is een belangrijke attitude voor de zorgverlener in het therapeutisch milieu. Om vertrouwen te krijgen bij de psychiatrische patiënt, is het van belang dat de mediator zichzelf is. In het beroepsprofiel van de NMI registermediator is deze attitude niet opgenomen als zijnde één van de competenties. Verder is het van belang dat de mediator goed let op de gevoelstoestand van de patiënt. Hij moet zeer bekwaam zijn in het reguleren van emoties aangezien het mediationproces plaatsvindt in een therapeutisch milieu. Dit onderzoek richt zich niet op mediation volgens het NMI. Met name de geheimhouding is een lastige kwestie in deze, want patiënten/familie willen meestal ook niet tekenen voor geheimhouding als hun klacht wordt bemiddeld. En het zou haaks staan op de transparantie die de huidige gezondheidszorg predikt. Ook wordt een overeenkomst ondertekenen vaak als ‘zwaar’

ervaren voor iemand die zijn klacht wil bespreken. De geheimhouding kan zich wel lenen voor de mediator.

## **Conclusie**

*Geconcludeerd kan worden dat mediation een prima instrument is om geschillen op te lossen, zo ook bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt. Een ruime meerderheid van de respondenten geeft aan dat mediation gebruikt kan worden in de psychiatrie. Wanneer mediation bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt gebruikt gaat worden, zal de mediator authentiek moeten zijn. Dit om het vertrouwen te winnen van de kwetsbare psychiatrische patiënt die veel waarde hecht aan de vertrouwensband. Verder dient de mediator de emoties van de patiënt goed te monitoren en te reguleren. Naar aanleiding van het interview gehouden met J. Defoer, mediator, is duidelijk geworden dat mediation niet volgens de NMI-richtlijnen gebruikt kan worden. Wel kan mediation gebruikt worden bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt, zonder het ondertekenen van een overeenkomst.*

## **8.3 Doelgroep**

*Deelvraag 2: Over welke doelgroep spreken we bij wilsbekwame psychiatrische patiënten?*

Welke psychiatrische ziektebeelden lenen zich voor mediation? Met andere woorden, bij welke doelgroep kan mediation ingezet worden? Na literatuuronderzoek en praktijkonderzoek, door middel van het afnemen van enquêtes en een interview, blijkt dat mediation ingezet kan worden bij patiënten met een stemmingsstoornis en of een persoonlijkheidsstoornis. Van belang is dat de patiënt zijn keuze kenbaar kan maken, logisch kan redeneren, dat hij relevante informatie kan begrijpen en beseft wat dit voor zijn eigen situatie inhoudt. Deze criteria, die dus nodig zijn om mediation te kunnen gebruiken bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt, vinden we terug in de hierboven beschreven stoornissen. Natuurlijk ligt het aan de situatie van dat moment, of de patiënt in staat is om tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake te komen. Een depressie verloopt niet via een vast patroon, er zijn goede dagen en slechte dagen. Dat geldt voor elke stoornis en voor iedere patiënt.

## **Conclusie**

*Geconcludeerd kan worden dat mediation gebruikt kan worden bij wilsbekwame psychiatrische patiënten, die bekend zijn met, dan wel een stemmingsstoornis, dan wel een persoonlijkheidsstoornis. Ruim een kwart van de respondenten (zorgverleners) geeft aan dat alle ziektebeelden zich lenen voor mediation. Ruim de helft van de respondenten (zorgverleners) geeft aan dat mediation afhankelijk is van het toestandsbeeld van de patiënt.*



## 8.4 Geschillen

*Deelvraag 3: Welke geschillen doen zich voor tussen wilsbekwame psychiatrische patiënten en zorgverleners?*

De belangrijkste geschillen die in dit onderzoek naar voren kwamen waren, meningsverschillen en onenigheid. Geschillen zijn natuurlijk zeer divers en een meningsverschil kan ook overal over gaan. Dit geeft al aan dat geschillen voor iedereen verschillend zijn en daarom ook als een smeulend vuurtje aanwezig zijn. De meningsverschillen zijn qua inhoud zeer divers, te denken valt aan bejegening, de behandeling, medicatie, huisregels, en verlof. Uit de resultaten van beide enquêtes blijkt dat geschillen regelmatig voorkomen. Opvallend is dat er vooral geschillen zijn met de behandelaar volgens de respondenten.

### Conclusie

*Geconcludeerd kan worden dat de meeste geschillen gezien worden als meningsverschil. Inhoudelijk zijn deze meningsverschillen zeer divers. De helft van de respondenten (patiënten) geeft aan voor een mediator te kiezen, in plaats van de pvp, wanneer mediation geïmplementeerd zou worden.*

## 8.5 Andere mogelijkheden voor geschiloplossing

*Deelvraag 4: Welke andere mogelijkheden zijn er om geschillen op te lossen?*

Er zijn meerdere mogelijkheden om geschillen op te lossen. Echter mediation is een manier van geschiloplossing, die voor geschillen op microniveau uitermate geschikt is. Wanneer er zoals in een therapeutisch behandelklimaat een zorgrelatie bestaat, die direct schade ondervindt door het geschil, dan is mediation het meest geschikte instrument om geschillen op te lossen. De behandeling mag geen vertraging oplopen vanwege een geschil.

De klachtencommissie is een instrument bij uitstek om klachten op een adequate manier op te lossen. Echter wanneer een geschil een klacht is geworden, dan is de partij die een klacht indient al standvastiger in zijn standpunt geworden. Met andere woorden, we zijn een station verder. Een klacht indienen is een zwaarder middel, dan wanneer men probeert tot een oplossing te komen met behulp van een neutrale bemiddelaar.

De Wmcz is een vorm van geschiloplossing op beleidsniveau. Maar wanneer er geschillen ontstaan op een niveau van patiënt-zorgverlener, door toedoen van het gevoerde beleid, is dit wellicht een instrument om verandering in dit beleid aan te brengen.

Wanneer een geschil is ontstaan, lijkt de verpleegkundige geen objectieve rol te kunnen spelen in het bemiddelingsproces. Dit omdat de verpleegkundige al een vertrouwensrelatie heeft opgebouwd met de patiënt. Hierdoor kan de objectiviteit, die nodig is bij een bemiddeling, niet gewaarborgd worden. Ook mist de verpleegkundige de nodige competenties die de mediator wel bezit<sup>75</sup>. Vooral op het gebied van de communicatie met betrekking tot bemiddeling lijkt de verpleegkundige te kort te schieten. Bemiddeling is een gebied waar de mediator in gespecialiseerd is<sup>76</sup> en de verpleegkundige mist deze ‘mediationtools’ in de opleiding.

## **Conclusie**

*Geconcludeerd kan worden dat er meerdere manieren zijn om geschillen op te lossen. Van de verschillende vormen van geschiloplossing is mediation het meest geschikt, aangezien de zorgrelatie op het spel staat. De verpleegkundige kan geen neutrale rol bekleden, en mist bovendien de specifieke ‘mediationtools’.*

---

<sup>75</sup> Liefhebber 2007

<sup>76</sup> Bijlage I



## Hoofdstuk 9 Aanbevelingen

Hieronder volgen beknopt een aantal belangrijke aanbevelingen die invulling kunnen geven op de manier waarop mediation structureel ingezet kan worden in de psychiatrie.

- Kijkende naar de doelgroep is het een aanbeveling om authenticiteit als basisattitude op te nemen in het beroepsprofiel van de NMI registermediator. Echtheid is belangrijk in het therapeutisch milieu, hierdoor wordt de vertrouwensband gesterkt en de behandeling bespoedigd.
- Het betreft hier een wilsbekwame doelgroep met dan wel een stemmingsstoornis dan wel een persoonlijkheidsstoornis. Het is van belang om de gemoedstoestand van de patiënt goed te monitoren. Met deze stoornissen is het zeer goed mogelijk dat een stemming vrij onverwacht om kan slaan. De verpleegkundige speelt een belangrijke rol in het monitoren.
- Maak zorgverleners binnen de instelling bewust van het belang van goede communicatie en het belang van het behoud van kostbare zorgrelaties.
- Probeer geschillen eerder te (h)erkennen, waardoor er ook sneller gehandeld kan worden.
- Zorg dat klachten van patiënten niet escaleren.
- Het is tevens van belang om personen die binnen de instelling veel met geschillen te maken hebben, een cursus mediation te laten volgen, zodat zij collega's het belang van een goede communicatie kunnen laten inzien. Ook draagt achtergrondkennis van deelnemende partijen bij aan de inlevingsvaardigheden van de mediator.
- Zorg dat de bekendheid met mediation binnen de psychiatrische instellingen groter wordt. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door het organiseren van informatiebijeenkomsten, waar mediation vergeleken wordt met andere vormen van geschiloplossing.
- Dit onderzoek richt zich niet op mediation volgens het NMI. Met name de geheimhouding is een lastige kwestie in deze, want patiënten/familie willen meestal ook niet tekenen voor geheimhouding als hun klacht wordt bemiddeld. En het zou haaks staan op de transparantie die de huidige gezondheidszorg predikt. Ook wordt een overeenkomst ondertekenen vaak als 'zwaar' ervaren voor iemand die zijn klacht wil bespreken. De geheimhouding kan zich wel lenen voor de mediator. De resultaten van de mediation, zouden wel mondeling vastgelegd worden, met de commitment in het achterhoofd houdend.

## 9.1 Rol van de HBO-jurist

In deze paragraaf wordt er aandacht besteed aan de rol van de Hbo-jurist in relatie tot de onderzochte problematiek. Hierbij wordt kort de bijdrage van het werken aan het afstudeeronderzoek aan de ontwikkeling van de beroepscompetenties beschreven:

1. De hbo-jurist is in staat feiten te selecteren op juridische relevantie en één of meerdere rechtsvragen te formuleren op basis van de juridisch relevante feiten.  
(handelingswerkwoord: *diagnosticeren*)

In de hoofdvraag zijn een aantal juridische elementen verwerkt. De hoofdvraag luidt als volgt: **“In hoeverre is mediation te gebruiken bij wilsbekwame psychiatrische patiënten, binnen een open afdeling van een psychiatrische instelling, wanneer zij een geschil hebben met een zorgverlener?”** De hoofdvraag van dit onderzoeksvoorstel heeft onder andere betrekking op boek 7 van het BW, het verbintenissenrecht, het sluiten van overeenkomsten (algemene bepalingen in boek 6). Verder zijn van belang de Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet Klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ), de Wet Medezeggenschap cliënten zorgsector (WMCZ) en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).

2. De hbo-jurist is in staat tot het afwegen van juridische argumenten en maatschappelijke factoren en het concipiëren van een (bindende) beslissing inzake rechtsvragen, op basis van feitenmateriaal en het recht zoals dat in de rechtsbronnen ligt besloten en met behulp van gangbare instructies of standaarden.  
(handelingswerkwoord: *beslissen*)

Zie de conclusies van dit onderzoek:

*Geconcludeerd kan worden dat mediation een prima instrument is om geschillen op te lossen, zo ook bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt. Een ruime meerderheid van de respondenten geeft aan dat mediation gebruikt kan worden in de psychiatrie. Wanneer mediation bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt gebruikt gaat worden, dan zal de mediator authentiek moeten zijn. Dit om het vertrouwen te winnen van de kwetsbare psychiatrische patiënt die veel waarde hecht aan de vertrouwensband. Verder dient de mediator de emoties van de patiënt goed te monitoren en te reguleren. Naar aanleiding van het interview gehouden met J. Defoer, mediator, is duidelijk geworden dat mediation niet volgens de NMI-richtlijnen gebruikt kan worden. Wel kan mediation gebruikt worden bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt, zonder het ondertekenen van een overeenkomst.*

*Geconcludeerd kan worden dat mediation gebruikt kan worden bij wilsbekwame psychiatrische patiënten, die, dan wel een stemmingsstoornis, dan wel een*

*persoonlijkheidsstoornis hebben. Ruim een kwart van de respondenten (zorgverleners) geeft aan dat alle ziektebeelden zich lenen voor mediation. Ruim de helft van de respondenten (zorgverleners) geeft aan dat mediation afhankelijk is van het toestandsbeeld van de patiënt.*

*Geconcludeerd kan worden dat de meeste geschillen gezien worden als meningsverschil. Inhoudelijk zijn deze meningsverschillen zeer divers. De helft van de respondenten (patiënten) geeft aan voor een mediator te kiezen, in plaats van de pvp, wanneer mediation geïmplementeerd zou zijn.*

*Geconcludeerd kan worden dat er meerdere manieren zijn om geschillen op te lossen. Van de verschillende vormen van geschiloplossing is mediation het meest geschikt, aangezien de zorgrelatie op het spel staat. De verpleegkundige kan geen neutrale rol spelen en mist bovendien de specifieke 'mediationtools'.*

- 3.** De hbo-jurist is in staat tot het geven van zowel juridisch als niet-juridisch advies op basis van een diagnose en een (voorlopige) beslissing. (handelingswerkwoord: *adviseren*)

De volgende aanbevelingen worden gedaan:

*Kijkende naar de doelgroep is het een aanbeveling om authenticiteit als basisattitude op te nemen in het beroepsprofiel van de NMI registermediator. Echtheid is belangrijk in het therapeutisch milieu, hierdoor wordt de vertrouwensband gesterkt en de behandeling bespoedigd.*

*Ook al betreft het hier een wilsbekwame doelgroep met dan wel een stemmingsstoornis dan wel een persoonlijkheidsstoornis, dan nog is het van belang om de gemoedstoestand van de patiënt goed te monitoren. Met deze stoornissen is het zeer goed mogelijk dat een stemming vrij onverwacht en onaangekondigd om kan slaan. De verpleegkundige kan hier een belangrijke rol in spelen.*

*Maak zorgverleners binnen de instelling bewust van het belang van goede communicatie en het belang van het behoud van kostbare zorgrelaties.*

*Probeer geschillen eerder te (h)erkennen, waardoor er ook sneller gehandeld kan worden.*

*Zorg dat klachten van patiënten niet escaleren.*

*Het is tevens van belang om personen die binnen de instelling veel met geschillen te maken hebben, een cursus mediation te laten volgen, zodat zij collega's het belang van een goede communicatie kunnen laten inzien. Ook draagt achtergrondkennis van deelnemende partijen bij aan de inlevingsvaardigheden van de mediator.*

*Zorg dat de bekendheid met mediation binnen de psychiatrische instellingen groter wordt. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door het organiseren van informatiebijeenkomsten, waar mediation vergeleken wordt met andere vormen van geschiloplossing.*

*Dit onderzoek richt zich niet op mediation volgens het NMI. Met name de geheimhouding is een lastige kwestie in deze, want patiënten/familie willen meestal ook niet tekenen voor geheimhouding als hun klacht wordt bemiddeld. En het zou haaks staan op de transparantie die de huidige gezondheidszorg predikt. Ook wordt een overeenkomst ondertekenen vaak als 'zwaar' ervaren voor iemand die zijn klacht wil bespreken. De geheimhouding kan zich wel lenen voor de mediator. De resultaten van de mediation, zouden wel mondeling vastgelegd worden, met de commitment in het achterhoofd houdend.*

4. De hbo-jurist is in staat om de juridische belangen van anderen te behartigen en rechtsbijstand te verlenen. (handelingswerkwoord: *belangen behartigen*)

Door geschillen op te lossen voor wilsbekwame psychiatrische patiënten kan het ervoor zorgen dat de behandeling voortgezet wordt in een optimaal behandelklimaat. Zodoende worden belangen van patiënt en naasten behartigd. De patiënt kan sneller herstellen en zijn naasten worden ontlast in de thuissituatie.

5. De hbo-jurist is in staat om te onderhandelen en te bemiddelen in een juridisch geschil en kan een geschil afdoen buiten rechte met gebruikmaking van technieken uit mediation (handelingswerkwoord: *bemiddelen*)

Het antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek is, dat mediation toegepast kan worden bij de wilsbekwame psychiatrische patiënt. Er zijn echter wel voorwaarden waaronder dit kan gebeuren. De mediator dient bij voorkeur een achtergrond te hebben in de GGZ, en is het van belang dat de mediator authentiek is. Verder zijn niet alle ziektebeelden geschikt voor mediation. Ook moet men goed kijken naar het toestandsbeeld van de betreffende patiënt. Mediation kan ingezet worden zonder de NMI-gedragsregels. Dit omdat dan partijen geen overeenkomst hoeven te tekenen, waarin ze zich onder andere aan hun geheimhoudingsplicht moeten houden.

6. De hbo-jurist is in staat om nadere regelingen op te stellen in de context van de bestaande regelstructuur. (handelingswerkwoord: *reguleren*)

Bestaande wetgeving, omschreven in beroepscompetentie 1, sluit aan op de inhoud van het onderzoek. De volgende wetgeving is gebruikt voor dit onderzoek:

- Burgerlijk Wetboek (BW)
- Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)
- Wet Klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ)
- Wet Medezeggenschap cliënten zorgsector (WMCZ)
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)

7. De hbo-jurist is in staat om na onderzoek de juridische situatie alsmede de juridische risico's in te schatten bij organisaties op basis van het ter beschikking staande materiaal. (handelingswerkwoord: *Juridische Audit uitvoeren*)

Na een scan van de organisatie zijn er risico's geconstateerd in de manier van geschiloplossing. Wanneer er geen adequate manier van geschiloplossing plaatsvindt, zijn er mogelijk gevolgen voor de behandeling van de patiënt. Deze zal of langer kunnen duren aangezien het geschil het behandelen van de psychische klachten in de weg staat. Anderzijds kan een geschil de behandeling verkorten wanneer de patiënt het vertrouwen kwijt is in de behandeling en besluit tot het stoppen met de behandeling. Wanneer de patiënt besluit een klacht in te dienen kan dit grote gevolgen hebben voor bijvoorbeeld de zorgverlener tegen wie de klacht is ingediend. De gang naar het tuchtcollege<sup>77</sup> kan voorkomen worden door een adequate manier van bemiddelen, mediaton.

8. De hbo-jurist is in staat een juridisch dossier aan te leggen en te beheren, de doorloop en de samenhang te bewaken en het af te sluiten en over te dragen.  
(handelingswerkwoord: *juridisch dossier beheren*)

Zie de scriptie als het dossier, dan is dit dossier aangelegd en beheerd. De doorloop en samenhang heb ik bewaakt, en de scriptie is uiteindelijk afgesloten met conclusies en aanbevelingen.

9. De hbo-jurist is in staat om het recht te raadplegen en te selecteren via juridische databanken, alsmede bij te dragen aan de totstandkoming en optimalisering van een juridisch informatiesysteem in de eigen organisatie. (handelingswerkwoord: *omgaan met informatie*)

Door gebruik te maken van verschillende juridische bronnen zoals websites (vb. <http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/>), kamerstukken, wetsartikelen en rapporten, is er juridische informatie verzameld voor dit onderzoek.

10. De hbo-jurist is in staat om toe te zien op de kwaliteit van de rechtstoepassing alsmede op de facilitering hiervan; een analyse te maken van de kwaliteitsaspecten en adviezen op te stellen voor de verbetering ervan; het vertalen naar de juridisch gebruikers en het meewerken aan de invoering en uitvoering ervan. (handelingswerkwoord: *kwaliteit bewaken*)

Zie beroepscompetentie 3 voor aanbevelingen/adviezen voor het verbeteren van het oplossen van geschillen in de psychiatrie tussen wilsbekwame patiënten en zorgverleners.

---

<sup>77</sup> <http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/ikhebeenklacht/>>Geraadpleegd d.d. 13 mei 2013.



## 9.2 Tot slot

Dit onderzoek heeft, mijns inziens, een goed beeld geschetst, van de geschiktheid en de mogelijkheden van mediation voor de wilsbekwame psychiatrische patiënt.

Op basis van dit onderzoek kan de conclusie getrokken worden, dat mediation binnen de psychiatrie een duidelijke meerwaarde heeft, ten opzichte van de andere vormen van geschiloplossing, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan.

Wanneer mediation meer bekendheid krijgt binnen de GGZ, zal mediation ook hier een vaste voet aan de grond krijgen.

Ik wil afsluiten met het volgende citaat:

“An eye for an eye only ends up making the whole world blind.”

(Mahatma Gandhi)



## Bijlagen

A. Bijlage	I	Beroepsprofiel van de NMI registermediator
B. Bijlage	II	Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid
C. Bijlage	III	Enquête voor patiënten
D. Bijlage	IV	Grafische uitwerking enquête voor patiënten
E. Bijlage	V	Enquête zorgverleners
F. Bijlage	VI	Grafische uitwerking enquête zorgverleners
G. Bijlage	VII	Interview behandelaar
H. Bijlage	VIII	Interview mediator
I. Bijlage	VIII	Vragen en klachten van cliënten bij de pvp

## Bibliografie

### Boeken

- Berg, A.A. van den. (2005) *Mediation in de zorg*. Den Haag: Uitgeverij Sdu uitgevers.
- Berg, H. van den, B. Meijer. (2001) *Zakwoordenboek van de Psychiatrie*. Arnhem: Uitgeverij Elsevier.
- Beumer, F.J.A., R.M. den Hartog-van ter Tholen. (2005) *Recht voor verpleegkundigen*. Uitgeverij Noordhoff Uitgevers B.V.
- Brenninkmeijer, A.F.M. e.a. (2009) *Handboek mediation*. Den Haag: Uitgeverij Sdu uitgevers.
- Emanuel, E.J., & Emanuel, L.L. (1992). *Four models of the physician-patient relationship*. JAMA, 267(16), 2221-2226.
- Fisher, R., W. Ury en B. Patton (2000) *Excellent onderhandelen, The Harvard Negotiation Project*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij contact.
- Frijda, N. (2005) *De emoties. Een overzicht van onderzoek en theorie*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Heuvel-Stoop, B. van den. (2012) *Mediation in de gezondheidszorg (verhalen uit de praktijk)*. Uitgegeven door: VvAA mediation.
- Ippel, P. (2012) *De praktijk van recht en ethiek in de psychiatrie*. Den Haag: Uitgeverij Boom Lemma uitgevers.
- Maslow, A.H. (1976) *Motivatie en persoonlijkheid*. Rotterdam: Uitgeverij Lemniscaat.
- Prein, H. (2002) *Trainingsboek conflicthantering en mediation*. Houten/Diegem: Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum.
- Raes, B.C.M., F.A.M. Bakker. (2007) *De psychiatrie in het Nederlands recht*. Deventer: Uitgeverij Kluwer.
- Schonewille, M.A. (2007) *Toolkit Mediation. Resultaat bereiken als manager, mediator en onderhandelaar*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

- Rogers, C.R. (1957) *Training individuals to engage in the therapeutic process*. Washington, DC: APA.
- Vreugdenhil, M.D. (2012) *Mediation in de praktijk*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

### **Overige publicaties**

- Khakhyna, O, *De mogelijkheid om mediation in te zetten door of namens de gedwongen opgenomen psychiatrische patiënt* (scriptie Rotterdam Erasmus Universiteit), 2011.
- Hassel, A.M.J.I. van, *Onderzoek naar de rechtspositie van de meerderjarige wilsonbekwame patiënt in de gezondheidszorg* (scriptie Universiteit van Tilburg), 2009.
- Liefhebber, S. e.a. (2007) *Beroepscompetentieprofiel mbo-verpleegkundige*. Uitgegeven door: OVDB, kenniscentrum voor leren in de praktijk.
- *Sectorrapport ggz*, Amersfoort: drukkerij HooibergHaasbeek 2010.
- Witmer, J.M., R.P. de Roode. (2004) *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming*. Den Haag: Rooduijn, bureau voor communicatie & design.
- *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*, Utrecht: Trimbos-instituut 2010.

### **Kamerstukken en wetsartikelen**

- *Kamerstukken II* 2011/12, 29 528, nr.7
- *Kamerstukken II* 2011/12, 33 172, nr. 1
- Art. 465 lid 3 WGBO

## Websites

- *BIG-register,*  
<https://www.bigregister.nl>>Geraadpleegd d.d. 22 maart 2013.
  
- *Beroepsprofiel,*  
[http://www.nmimmediation.nl/nmi\\_registermediator\\_worden/onderhoudseisen\\_nmi\\_registermediator/beroepsprofiel\\_nmi\\_registermediator.php](http://www.nmimmediation.nl/nmi_registermediator_worden/onderhoudseisen_nmi_registermediator/beroepsprofiel_nmi_registermediator.php)>Geraadpleegd d.d. 26 april 2013.
  
- *Borderline,*  
<http://www.stichtingborderline.nl/site/Voorlichting/Ziektebeeld>>Geraadpleegd d.d. 9 mei 2013.
  
- *Cliënt,*  
<http://www.loc.nl/clientenraden>>Geraadpleegd d.d. 8 mei 2013.
  
- *Conflictstijlen,*  
<https://vaneckstaat.nl/pages/test/test-intro/1-onderhandelingsstijlen.asp>>Geraadpleegd d.d. 5 mei 2013.
  
- *DSM-V,*  
<http://www.dsm5.org>>Geraadpleegd d.d. 9 mei 2013.
  
- *Depressie,*  
<http://www.depressief.nl/content/depressiviteit/depressief.asp>>Geraadpleegd d.d. 9 mei 2013.
  
- *Escalatieladder,*  
<http://www.gitp.nl/artikelen/e-zine-gitp-medezeggenschap/31-ruzie-met-de-bestuurder.aspx>>Geraadpleegd d.d. 19 april 2013.
  
- *Geschillencommissie,*  
<http://www.degeschillencommissie.nl/over-ons/de-commissies/2301/zorginstellingen>>Geraadpleegd d.d. 6 mei 2013.
  
- *Glasl,*  
[http://www.bosga-mediation.com/pag\\_ned/escalatieladder.html](http://www.bosga-mediation.com/pag_ned/escalatieladder.html)>Geraadpleegd d.d. 8 mei 2013.
  
- *KNMG,*  
<http://knmg.artsennet.nl/home.htm>>Geraadpleegd d.d. 26 april 2013.
  
- *Mediator,*  
<http://www.mediationindegezondheidszorg.nl/>>Geraadpleegd d.d. 8 mei 2013.
  
- *Patiëntenvertrouwenspersoon,*  
<http://www.pvp.nl/wat-is-een-pvp/93-446.aspx>>Geraadpleegd d.d. 23 maart 2013.
  
- *Pvp,*  
<http://www.pvp.nl/cijfers/93-563.aspx>>Geraadpleegd d.d. 9 mei 2013.

*Reglement,*

- [http://www.nmi-mediation.nl/over\\_mediation/nmi\\_reglementen\\_en\\_modellen/nmi\\_mediation\\_reglement\\_2008.php](http://www.nmi-mediation.nl/over_mediation/nmi_reglementen_en_modellen/nmi_mediation_reglement_2008.php) geraadpleegd d.d. 22 april 2013.

➤ *Schizofrenie,*

- <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/schizofrenie?gclid=CPj13a2VILcCFfQZtAod9T0Asg>> Geraadpleegd d.d. 13 mei 2013.

*Status,*

- <http://www.nrc.nl/nieuws/2011/12/02/vvd-wil-wettelijke-status-mediation>> Geraadpleegd d.d. 16 mei 2012.





**Bijlagen**

## Bijlage I Beroepsprofiel NMI registermediator<sup>78</sup>

### **De werkzaamheden van de NMI registermediator**

De mediator begeleidt als onafhankelijk bemiddelingsdeskundige Dit gebeurt op basis van het NMI Mediation Reglement en de NMI Gedragsregels voor Mediators.

#### *Werkzaamheden als Mediator*

- De werkzaamheden betreffen het begeleiden van een proces dat erop gericht is dat twee of meer partijen een gezamenlijke oplossing bereiken via onderhandelingen.
- De mediator heeft van tevoren kenbaar gemaakt dat hij/zij deze begeleiding verricht als mediator; Het referentiekader voor het proces wordt gevormd door de NMI Model Mediationovereenkomst, het NMI Mediation Reglement en de NMI Gedragsregels, daaronder begrepen klacht- en tuchtrecht, dan wel een daaraan tenminste gelijkwaardig kader.

### **De kwaliteiten van de NMI registermediator**

Een mediator dient in staat te zijn zelfstandig mediations te leiden. Daartoe dient de mediator in voldoende mate te beschikken over de hierna omschreven ervaring, persoonlijke kwaliteiten, kennis, vaardigheden, omgangsvormen en beroepshouding.

#### *Ervaring*

De mediator dient over voldoende levenservaring, maatschappelijke ervaring en werkervaring te beschikken om zich adequaat te kunnen inleven in de aard van het conflict dat partijen verdeeld houdt.

#### *Persoonlijke kwaliteiten*

- Evenwichtigheid
- Flexibiliteit
- Creativiteit
- Positieve instelling
- Het kunnen omgaan met spanningen en conflicten en deze beheersbaar kunnen maken

#### *Kennis*

- Wetmatigheden in de communicatie tussen mensen die een conflict met elkaar hebben
- Het concept van conflictbemiddeling
- Verschillende methoden van onderhandelen, zoals de Harvard-methode<sup>79</sup>
- De voorwaarden (zowel met betrekking tot de partijen als de mediator zelf) waaraan moet zijn voldaan, wil een mediation van start kunnen gaan

---

<sup>78</sup>[http://www.nmimmediation.nl/nmi\\_registermediator\\_worden/onderhoudseisen\\_nmi\\_registermediator/beroepsprofiel\\_nmi\\_registermediator.php](http://www.nmimmediation.nl/nmi_registermediator_worden/onderhoudseisen_nmi_registermediator/beroepsprofiel_nmi_registermediator.php)>Geraadpleegd d.d. 26 april 2013.

<sup>79</sup> Fisher 2000.

## ***Vaardigheden***

### *Algemene vaardigheden*

- Het voor partijen inzichtelijk maken van de gebieden van hun gemeenschappelijke belangen c.q. verantwoordelijkheden en het duidelijk maken van de verschillen in hun zienswijze
- De agenda en de "verborgen agenda" vaststellen, c.q. onderkennen
- De partijen effectief laten onderhandelen en impasses hanteerbaar maken
- Misbruik van de bemiddeling kunnen onderkennen
- Het onderkennen van informatie die als vertrouwelijk behandeld moet worden, ook al wordt dat er niet expliciet bij gezegd
- Het evenwichtig behandelen van het geschil, zodat iedere partij op gelijkwaardige wijze aan bod komt
- Het onderkennen wanneer al dan niet in te grijpen in het onderhandelingsproces tussen de partijen
- Het vaart brengen en houden in het mediationproces

### *Technische vaardigheden*

- Toelichten, bespreken en afsluiten van een mediationovereenkomst
- Verslaglegging van het tijdens de mediationbijeenkomsten besprokene
- Het (laten) opstellen van een vaststellingsovereenkomst

### *Zakelijk inzicht, kennis, analytisch vermogen*

- Het bewaken van de uitgangspunten van de mediation
- Zakelijk inzicht en zakelijke kennis, voor zover van belang ook branchekennis
- Het hanteerbaar maken van complexe problemen en het identificeren en zichtbaar maken van deelproblemen

## ***Omgangsvormen***

- Het tonen van respect voor de partijen en er op toezien dat de partijen respectvol met elkaar omgaan
- Het er op toezien dat de gangbare beleefdheidsregels in acht worden genomen
- Het met alle partijen op gelijkwaardige wijze omgaan

## ***Beroepshouding***

- Zich bewust beperken tot het begeleiden van het proces van mediation
- Zich bewust zijn van de grenzen van mediation
- Niet bereid zijn mee te werken aan het misbruiken van de mediationprocedure
- Bereid zijn zich uit de mediation terug te trekken als de grenzen van de beroepsethiek worden overschreden
- Neutraal zijn
- De juiste grens trekken tussen 'betrokken zijn bij de mediation' en 'niet betrokken raken bij het conflict'

- Openstaan voor "feedback" ten aanzien van het functioneren als mediator, bijvoorbeeld door toetsing tijdens de praktijkuitoefening door (tijdelijke) aanwezigheid van een andere mediator of enige andere daartoe aangewezen persoon
- Zich ervoor inzetten de kosten van de mediationprocedure voor de cliënten zoveel mogelijk te beperken
- Zich nimmer zo gedragen, dat mediation daardoor in diskrediet gebracht zou(den) kunnen worden

## Bijlage II Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid

*Dit Stappenplan<sup>80</sup> biedt een toetsingskader aan hulpverleners die zich een oordeel moeten vormen over de wilsbekwaamheid van een patiënt.*

1. Wilsbekwaamheid is een contextafhankelijk begrip. De patiënt moet namelijk in staat zijn tot een redelijke waardering terzake. Het waarderen van een complexe situatie stelt hogere eisen aan het vermogen om informatie te begrijpen en (logisch) te beredeneren dan een relatief eenvoudige situatie. De aard van de situatie heeft echter niet alleen invloed op de mate waarin een bepaalde vaardigheid, zoals begripsvermogen, nodig is. De context heeft ook invloed op het type vaardigheid dat nodig is. Zo kan de informatie niet complex zijn, maar een beslissing wel ernstige gevolgen hebben. Wilsbekwaamheid zal dan vooral afhangen van het besef en de waardering van de informatie en minder van het begripsvermogen.

2. Wat kan de aanleiding zijn voor de (nadere) beoordeling van wilsbekwaamheid?

3. Neem een besluit om wel of niet de wilsbekwaamheid formeel te beoordelen.

4. Bereid de patiënt voor op de (nadere) beoordeling van wilsbekwaamheid.

5. Verstrek adequaat informatie.

6. Evalueer vervolgens de beslisvaardigheid.

Het gaat daarbij om de volgende vaardigheden (of criteria):

- Het vermogen een keuze uit te drukken
- Het begrijpen van informatie die relevant is voor de beslissing over het onderzoek en/of de behandeling.
- Het beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie.
- Logisch redeneren en het betrekken van informatie in het overwegen van behandelopties.

7. Als de hulpverlener (comorbide) psychiatrische problematiek vermoedt, dan moet bij belangrijke beslissingen ook een algemeen psychiatrisch onderzoek plaatsvinden. Voor de beoordeling van wilsbekwaamheid is relevant of die psychiatrische problematiek interfereert met bovengenoemde vaardigheden. Bovendien is het relevant te onderzoeken of een eventuele wilsonbekwaamheid tijdelijk is en of er mogelijkheden zijn om die wilsonbekwaamheid te verbeteren met psychofarmaca of andere interventies. Bij neuropsychiatrische cognitieve stoornissen kan een neuropsychologisch onderzoek indicaties geven voor wilsonbekwaamheid. En met name handvatten geven voor een aangepaste wijze van voorlichting.

8. Verpleegkundigen of verzorgenden die dagelijks omgang hebben met de patiënt kunnen relevante informatie of inzichten aanreiken.

9. Overleg met de vertegenwoordiger van de patiënt voor aanvullende informatie over eventuele beperkingen van de beslisvaardigheid en over de relevante context.

10. Beoordeel aan de hand van de criteria ad. 4 of de patiënt als wilsbekwaam of wilsonbekwaam moet worden beschouwd.

11. Bespreek dit oordeel zo goed als mogelijk met de betrokken patiënt.

---

<sup>80</sup> Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

## Bijlage III Enquête voor patiënten

Ik zal me eerst nog even kort voorstellen. Mijn naam is Marcel en ik ben werkzaam als vaste nachtdienst op unit 2. Op dit moment ben ik mijn studie Rechten aan het afronden. Voor het afstuderen moet ik een onderzoek doen. Mijn onderzoek heeft als onderwerp, het gebruik van mediation in de psychiatrie. Deze enquête is een belangrijk onderdeel van mijn onderzoek. Mijn vraag aan u is, of u mee zou willen werken aan dit onderzoek. Dit kunt u doen door de enquête in te vullen.

Wanneer alle informatie verwerkt is zult u een samenvatting krijgen van de uitkomsten van deze enquête. Ik waardeer het ten zeerste wanneer u mee wilt werken aan dit onderzoek. Hieronder volgen een aantal vragen, kruist u de mogelijkheid aan die het best bij u past. Bij de open vragen bent u vrij om een antwoord in te vullen. U kunt de enquête ingevuld inleveren bij het kantoor van de verpleegkundigen.

De gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden, u vult de enquête **anoniem** in.

Bij **10** of **meer** ingevulde enquêtes, zal ik zorgen voor taart!

Bedankt voor uw medewerking.

**i. Geslacht**

- Man**
- Vrouw**

**ii. Leeftijd**

- 18-25**
- 26-35**
- 36-50**
- 51-65**

**iii. Is er bij u een diagnose gesteld?**

- Nee (nog niet)**
- Ja, namelijk.....**

**iv. Wat verstaat u onder een geschil/conflict? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Onenigheid**
- Meningsverschil**
- Felle discussie**
- Ruzie**
- Klacht**
- Anders, namelijk.....**

**v. Heeft u wel eens een geschil met een zorgverlener (verpleegkundige/behandelaar etc.) gehad? (bij nee, ga door naar vraag ix)**

- Nee, nog nooit**
- Soms**
- Regelmatig**
- Vaak**

**vi. Met welke zorgverlener had u een geschil? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Verzorgende
- Verpleegkundige
- Sociotherapeut
- Teamcoördinator
- Behandelaar
- Zorgmanager

**vii. Wat was de inhoud van het geschil? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Onheuse bejegening
- Andere mening over de behandeling
- Medicatie
- Huisregels
- Verlof
- Anders,  
namelijk.....

**viii. Hoe is dit opgelost?**

- Niet
- Door er samen uit te komen
- Met behulp van een andere zorgverlener
- Met behulp van de pvp (patiëntenvertrouwenspersoon)
- Anders, namelijk.....

**ix. Heeft u weleens gehoord van mediation?**

- Nee nog nooit
- Ja, maar ik weet niet precies wat het inhoudt
- Ja, ik ben volledig op de hoogte



*(Mediation is een vorm van geschiloplossing, met behulp van een neutraal persoon, de mediator. Deze werkt anders dan de patiëntenvertrouwenspersoon die wel partij kiest, namelijk voor de patiënt).*

x. Bent u het eens met de volgende stelling: “mediation kan gebruikt worden binnen de psychiatrie”.

- Nee
- Ja
- Weet ik niet

xi. Waarom wel of waarom niet?

.....  
.....  
.....  
.....

xii. Wat zijn volgens u de voorwaarden om mediation toe te passen in de psychiatrie? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Het geschil moet wel geschikt zijn voor mediation
- Alle geschillen zijn geschikt voor mediation
- Ik moet er zelf achterstaan
- Degene met wie ik een geschil heb moet mee willen werken aan mediation
- Ik moet goed in mijn vel zitten
- Ik kan in elke gevoelssituatie meedoen aan mediation

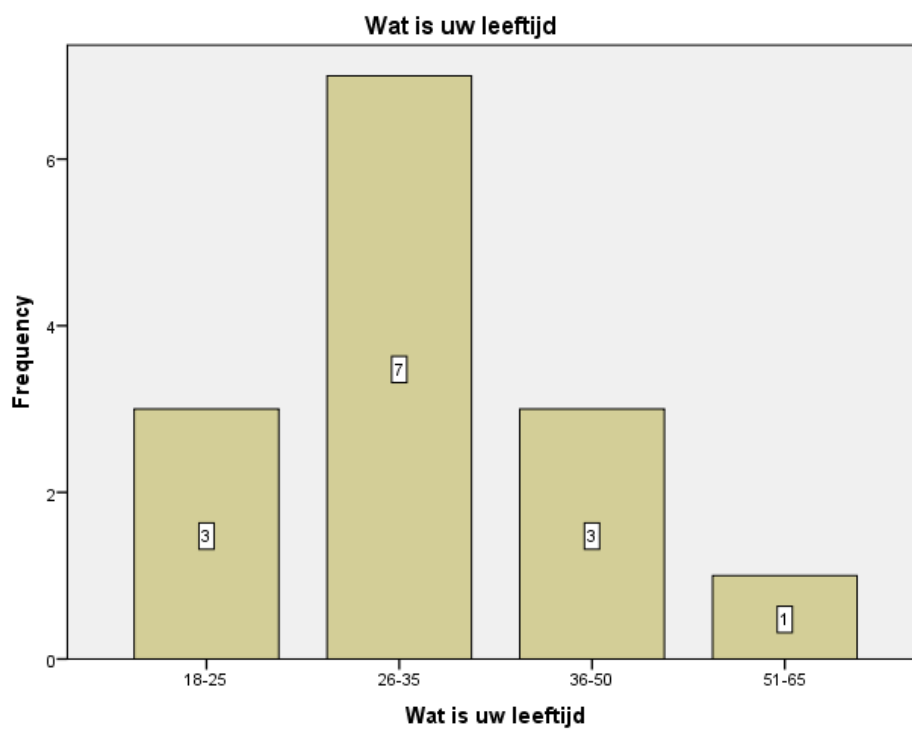
**xiii. Zou u eerder voor de pvp kiezen (die partij voor u kiest), of zou u voor een mediator kiezen (die beide partijen tot elkaar brengt en geen partij kiest)?**

- Ik kies voor de pvp**
- Ik weet het nog niet**
- Ik kies voor de mediator**

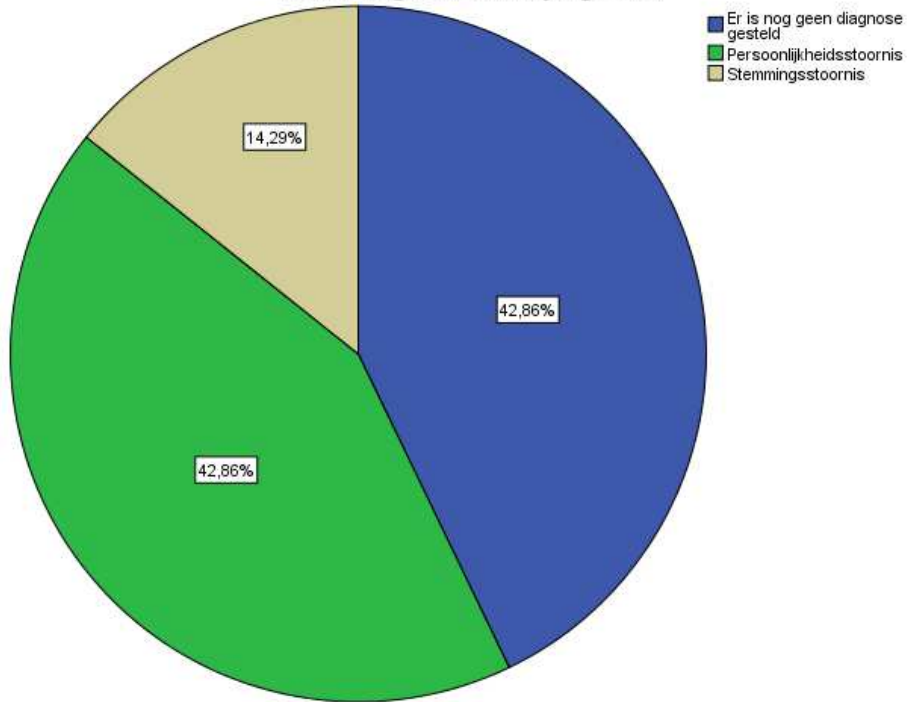
## Bijlage IV Grafische uitwerking enquête patiënten

Er zijn in totaal 39 enquêtes onder de respondenten uitgedeeld. De respons daarvan was 35% .

Wat is uw geslacht					
Valid		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Man	4	28,6	28,6	28,6
	Vrouw	10	71,4	71,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	



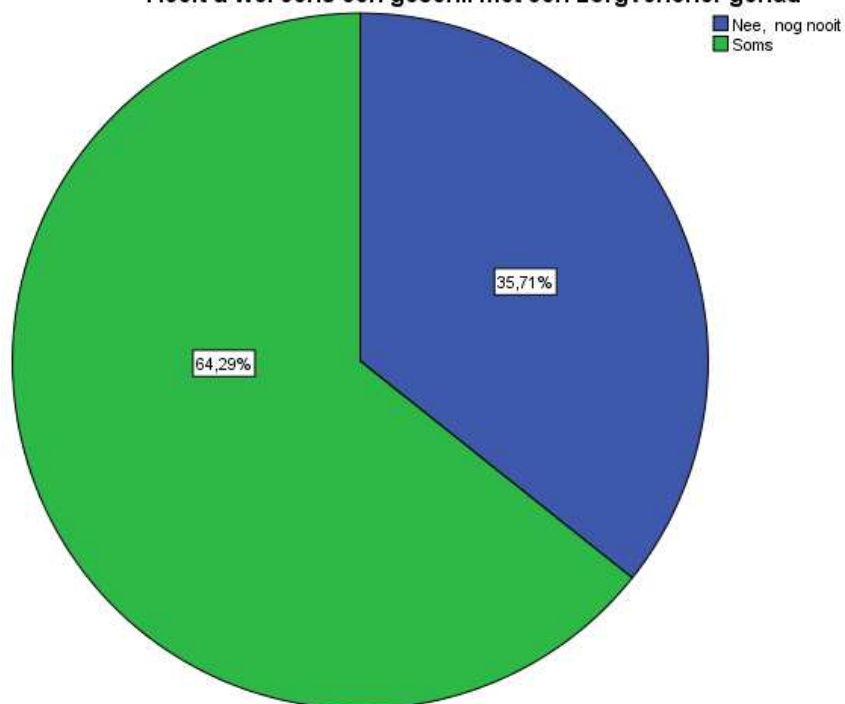
**Welke diagnose is er bij u gesteld**



**Wat verstaat u onder een geschil?**

<b>Meningsverschil</b>	33%
<b>Onenigheid</b>	23%
<b>Felle discussie</b>	20%
<b>Ruzie</b>	16%
<b>Klacht</b>	6%

### Heeft u wel eens een geschil met een zorgverlener gehad

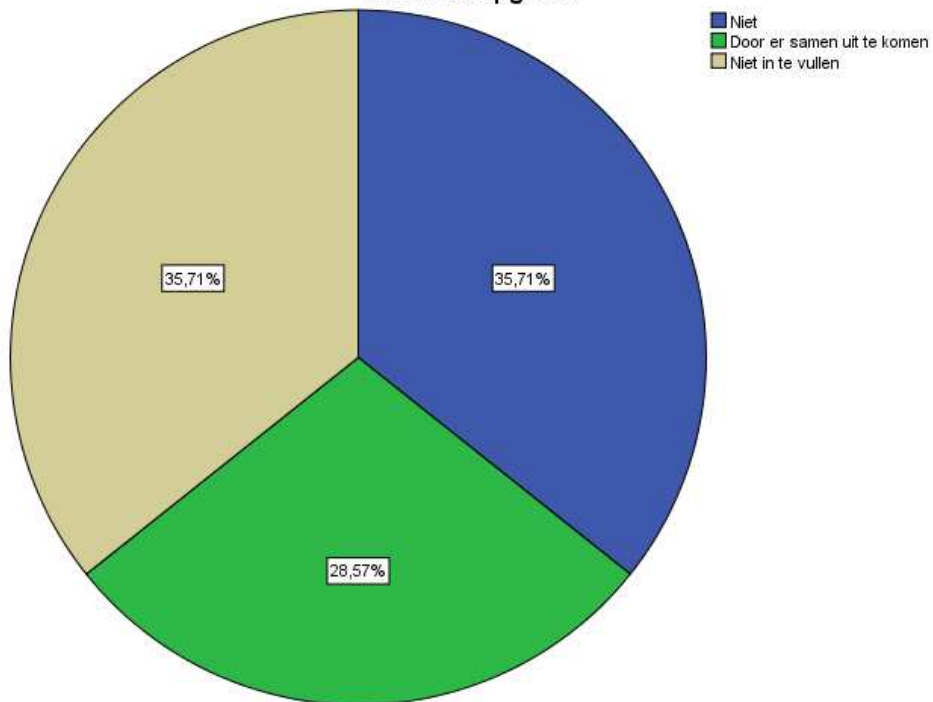


Met welke zorgverlener had u een geschil					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Verpleegkundige	2	14,3	14,3	14,3
	Sociotherapeut	1	7,1	7,1	21,4
	Teamcoördinator	1	7,1	7,1	28,6
	Behandelaar	5	35,7	35,7	64,3
	Niet in te vullen	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

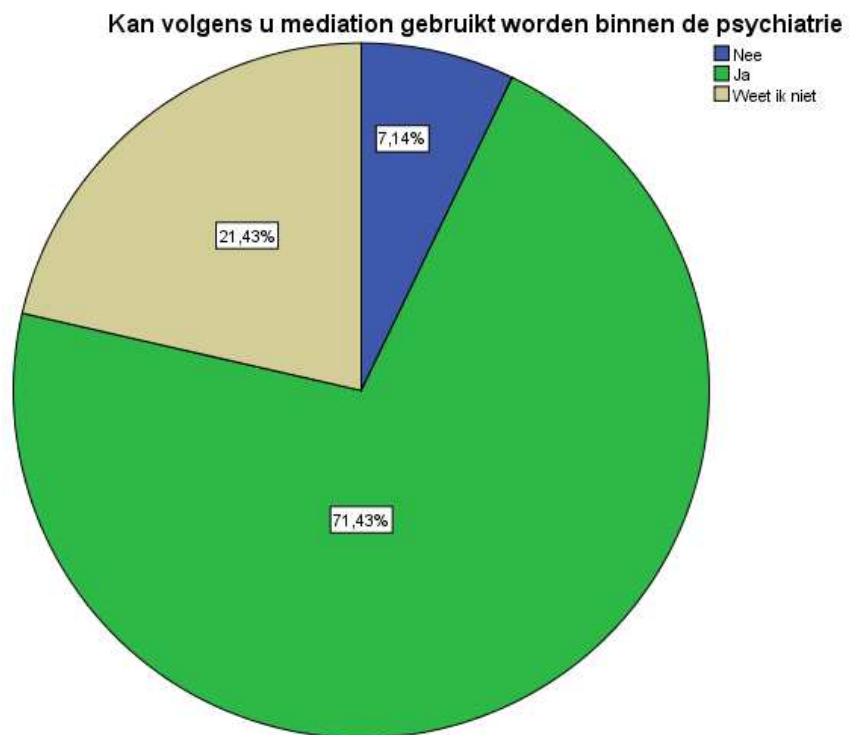
### Wat was de inhoud van het geschil?

<b>Andere mening over de behandeling</b>	43%
<b>Medicatie</b>	38%
<b>Huisregels</b>	6%
<b>Verlof</b>	6%
<b>Onheuse bejegening</b>	6%

### Hoe is dit opgelost



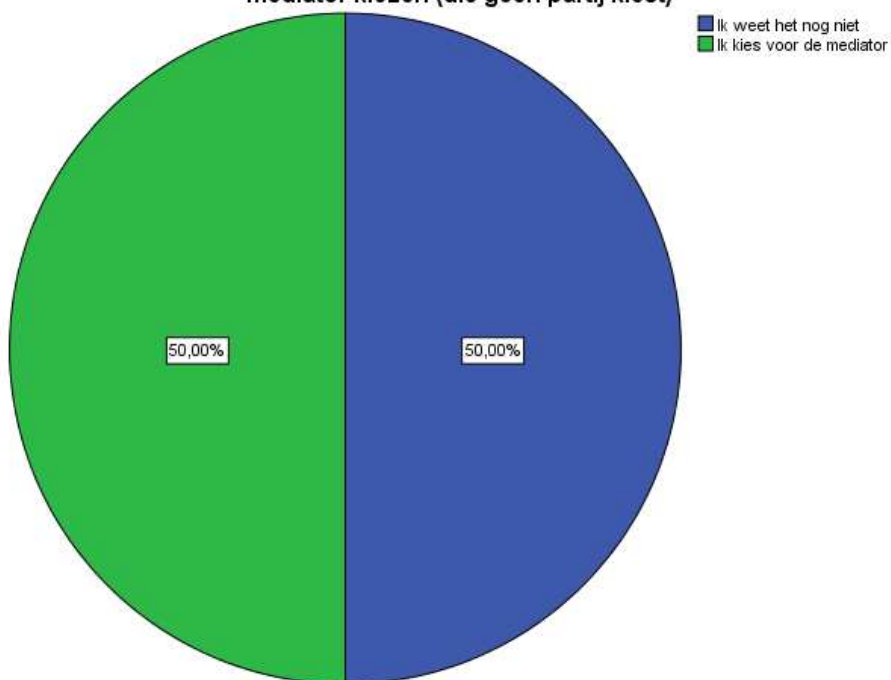
Heeft u wel eens gehoord van mediation					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Nee, nog nooit	5	35,7	35,7	35,7
	Ja, maar ik weet niet precies wat het inhoudt	4	28,6	28,6	64,3
	Ja, ik ben volledig op de hoogte	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	



### Wat zijn volgens u de voorwaarden om mediation toe te passen in de psychiatrie?

<b>Geschil moet geschikt zijn</b>	31%
<b>Ander moet mee willen werken</b>	31%
<b>Ik moet er zelf achterstaan</b>	20%
<b>Ik moet goed in mijn vel zitten</b>	7%
<b>Ik kan in elke gevoelssituatie meedoen aan mediation</b>	7%
<b>Alle geschillen zijn geschikt voor mediation</b>	3%

Zou u eerder voor de pvp kiezen (die partij voor u kiest), of zou u voor de mediator kiezen (die geen partij kiest)





## Bijlage V Enquête zorgverleners

### **Introductie**

In het kader van mijn afstuderen, wil ik een onderzoek doen naar het gebruik van mediation, in de psychiatrie. Dit onderzoek zal zich richten op de wilsbekwame patiënt. Wanneer alle informatie verwerkt is, zult u een samenvatting krijgen van de uitkomsten van deze enquête. Ik waardeer het ten zeerste, wanneer u mee wilt werken aan dit onderzoek.

Hieronder volgen een aantal vragen, kruist u de mogelijkheid aan die het best bij u past. Bij de open vragen bent u vrij om een antwoord in te vullen.

De gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden.

Bedankt voor uw medewerking.

**i. Geslacht**

- Man**
- Vrouw**

**ii. Leeftijd**

- 18-25**
- 26-35**
- 36-50**
- 51-65**

**iii. Wat is uw functie?**

- Verzorgende**
- Verpleegkundige**
- Sociotherapeut**
- Teamcoördinator**
- Zorgmanager**

**iv. Hoe lang bent u al werkzaam in de zorgsector?**

- 0-2 jaar**
- 3-5 jaar**
- 6-11 jaar**
- 12> jaar**

**v. Hoe lang bent u al werkzaam op MFC Spijkenisse?**

- 0-2 jaar**
- 3-5 jaar**
- 6-10 jaar**

**vi. Wat verstaat u onder een geschil?**

- Onenigheid
- Meningsverschil
- Felle discussie
- Ruzie
- Klacht van een patiënt
- Anders, namelijk.....

**vii. Heeft u wel eens een geschil gehad met een patiënt? (bij nee, ga door naar vraag x)**

- Nee, nog nooit
- Soms
- Regelmatig
- Vaak

**viii. Wat was de inhoud van het geschil? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Onheuse bejegening
- De behandeling
- Medicatie
- Huisregels
- Verlof
- Anders,  
namelijk.....

**ix. Hoe is dit geschil opgelost?**

- Niet
- We zijn er samen uitgekomen
- De patiënt heeft de pvp ingeschakeld
- Met behulp van een collega
- Met behulp van de teamcoördinator/leidinggevende
- Anders namelijk.....

**x. Heeft u weleens gehoord van mediation?**

- Nee nog nooit
- Ja, maar ik weet niet precies wat het inhoudt
- Ja, ik ben volledig op de hoogte

(Mediation is een vorm van geschiloplossing, met behulp van een neutraal persoon, de mediator. Deze werkt anders dan de patiëntenvertrouwenspersoon die wel partij kiest, namelijk voor de patiënt).

xi. Bent u het eens met de volgende stelling: “mediation kan gebruikt worden binnen de psychiatrie”.

- Nee
- Ja

xii. Wat zijn volgens u de voorwaarden om mediation toe te passen in de psychiatrie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Patiënt moet ervoor openstaan
- Patiënt moet wilsbekwaam zijn
- Patiënt moet zijn emoties kunnen beheersen
- Anders, namelijk.....

xiii. Wanneer kan een patiënt niet deelnemen aan mediation volgens u?

.....

.....

.....

.....

xiv. Welke ziektebeelden/stoornissen lenen zich voor mediation volgens u?

- .....
- .....
- .....
- .....

xv. **Denkt u dat mediation een meerwaarde kan zijn voor de psychiatrie?**

- Nee**
- Misschien**
- Ja**
- Weet ik niet**

xvi. **Denkt u dat het gebruik van mediation, ten opzichte van de pvp-er, zou kunnen leiden tot een bevredigender resultaat voor beide partijen?**

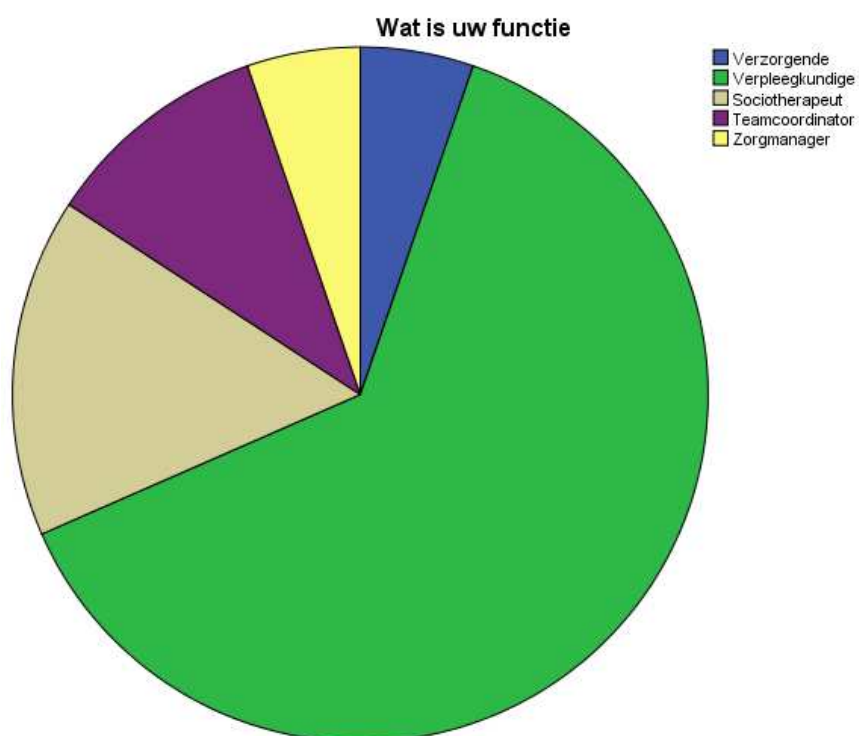
- Nee, de pvp-er bereikt hetzelfde resultaat**
- Weet ik niet**
- Ja, aangezien de mediator probeert partijen tot elkaar te brengen**

**Bedankt voor uw medewerking!**

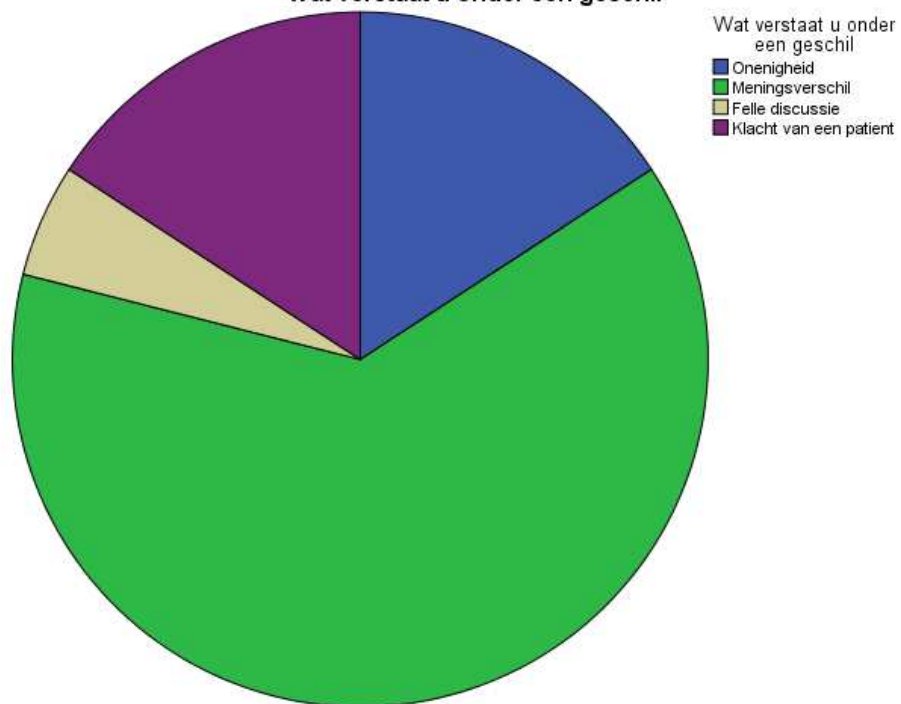
## Bijlage VI Grafische uitwerking enquête zorgverleners

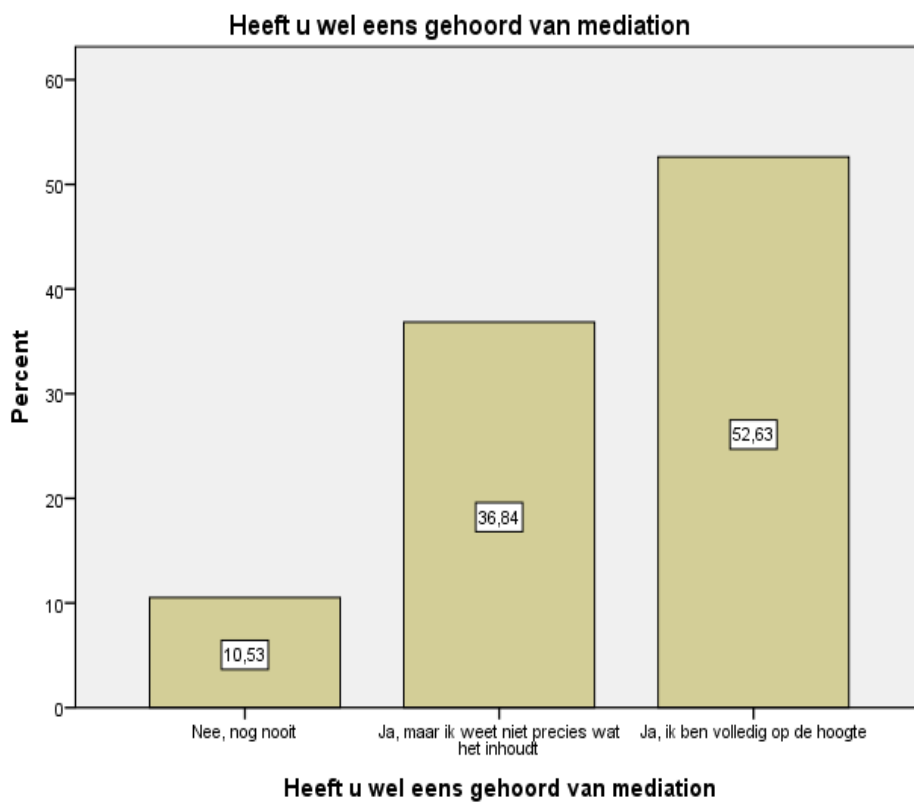
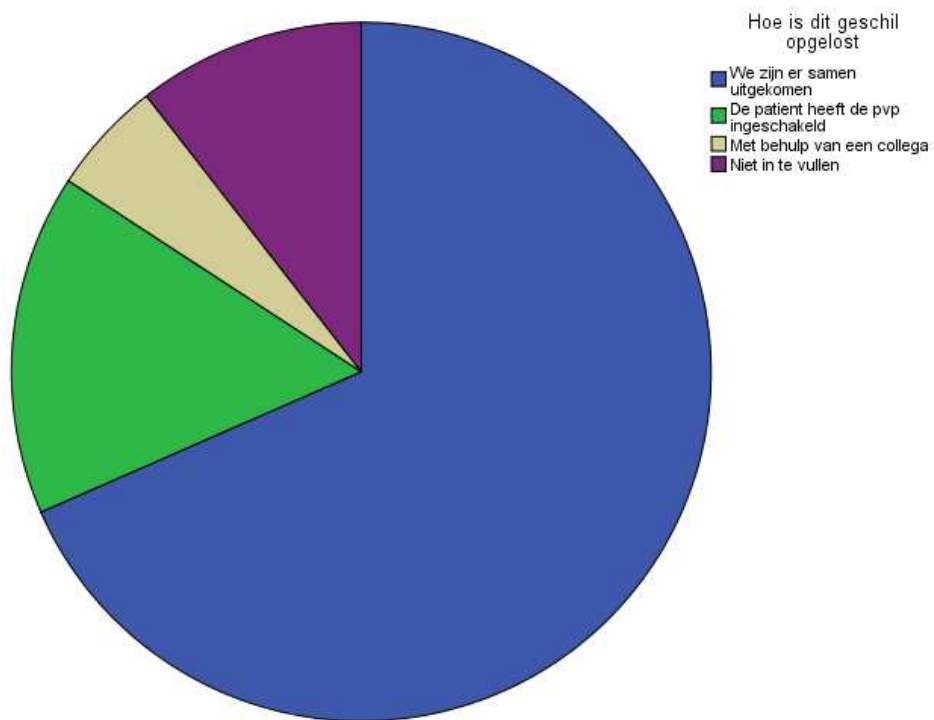
Er zijn in totaal 22 enquêtes onder de respondenten uitgedeeld. De respons daarvan was 95%.

Wat is uw geslacht					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Man	4	20,0	21,1	21,1
	Vrouw	15	75,0	78,9	100,0
	Total	19	95,0	100,0	
<b>Missing</b>	System	1	5,0		
<b>Total</b>		20	100,0		



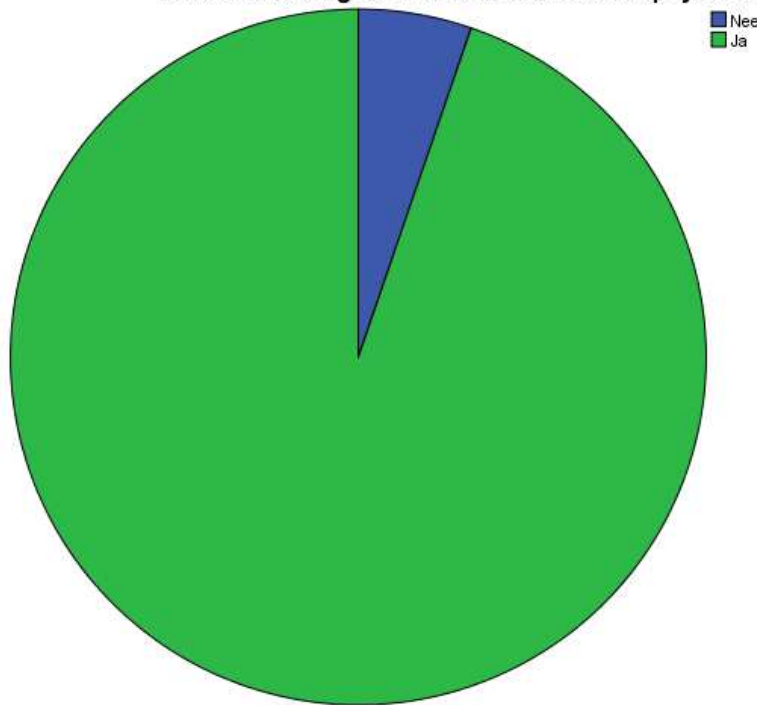
### Wat verstaat u onder een geschil



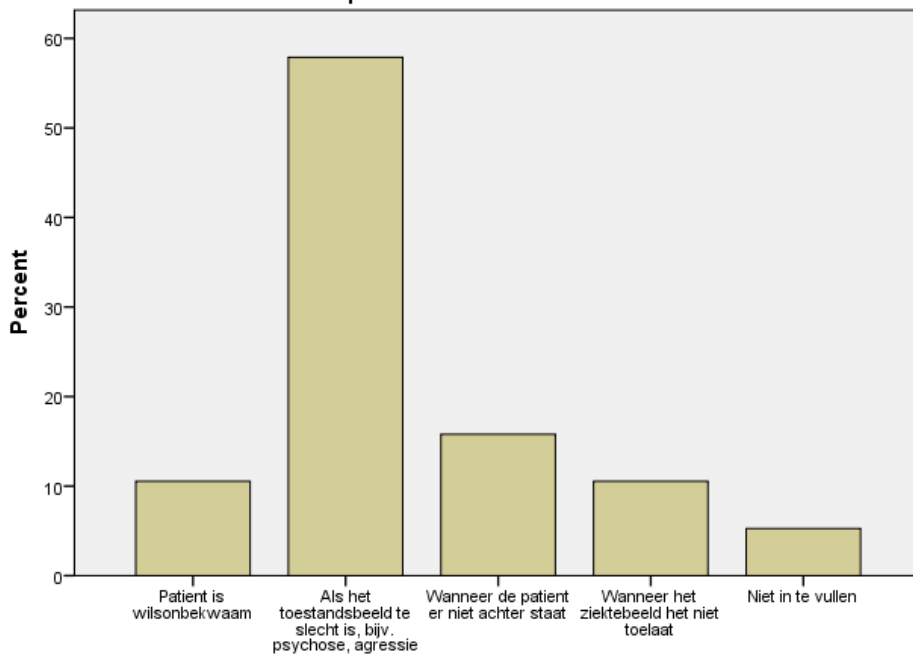




### Kan mediation gebruikt worden binnen de psychiatrie

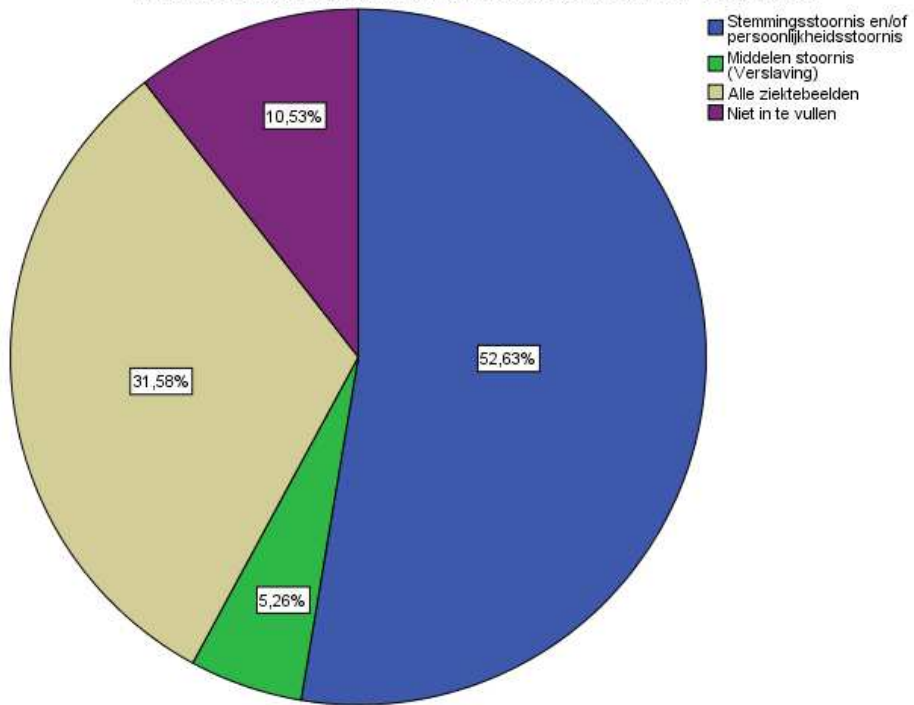


### Wanneer kan een patient niet deelnemen aan mediation

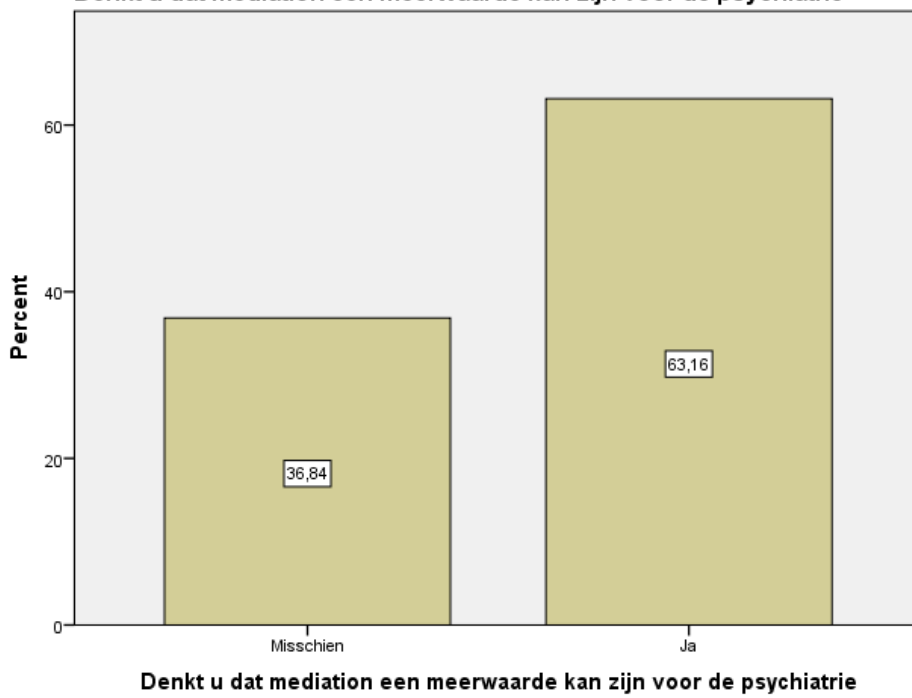


### Wanneer kan een patient niet deelnemen aan mediation

### Welke ziektebeelden/stoornissen lenen zich voor mediation

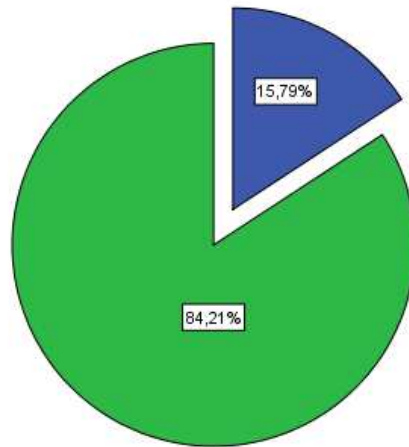


### Denkt u dat mediation een meerwaarde kan zijn voor de psychiatrie



Denkt u dat het gebruik van mediation, ten opzichte van de pvp, zou kunnen leiden tot een bevredigender resultaat voor beide partijen

- Weet ik niet
- Ja, aangezien de mediator probeert partijen tot elkaar te brengen



## Bijlage VII Interview behandelaar

Hieronder volgt een verslag van het interview dat is gehouden met een behandelaar van MFC Spijkenisse. De behandelaar is werkzaam op de open afdeling. Ze is sinds zes maanden werkzaam op de afdeling en heeft daarvoor co-schappen gelopen. Na enig mail contact is het interview afgenomen in haar kantoor op de afdeling. Het interview duurde 30 minuten. Dit verslag is geen letterlijke, maar een gestileerde weergave van het gesprek. Dat wil zeggen dat het gesprek een weergave is in eigen woorden, en alleen daar citaten opgenomen zijn, waar dat echt relevant is.

De geïnterviewde behandelaar gaf aan dat ze niet veel geschillen heeft meegemaakt met betrekking tot patiënten. Tenminste niet direct, omdat via andere kanalen wel signalen binnen komen bij de behandelaar. Deze signalen komen dan binnen via de rapportages van bijvoorbeeld verpleegkundigen. De behandelaar leest dan bijvoorbeeld dat de patiënt in kwestie niet tevreden is over de behandeling. Echter de patiënt kaart dit niet aan wanneer hij of zij op spreekuur is bij de behandelaar. Misschien heeft dit te maken met de al eerder beschreven arts-patiënt verhouding. De patiënt durft dan niet direct tegen de arts te zeggen wat hem dwarszit. Wat opvalt, is dat de behandelaar ook niet terugkomt op wat de patiënt als niet prettig ervaart. De verklaring van de behandelaar is dat de patiënt zelf moet aangeven waar hij of zij moeite mee heeft. Andere geschillen betreffen, het zich niet serieus genomen voelen door de patiënt. En vaak komt daar ook boosheid bij kijken.

De behandelaar gaf aan dat een geschil op twee manieren de behandeling in de weg kan staan. Het kan de behandeling verlengen, omdat het geschil de verlichting van de psychische klachten in de weg staat. De patiënt is minder open in zijn communicatie, de vertrouwensband is geschaad en daardoor is de patiënt minder goed te behandelen. Aan de andere kant kan het de behandeling verkorten omdat het geschil dusdanig op de voorgrond staat dat de patiënt niet langer in behandeling wil zijn en daardoor (tegen advies) met ontslag gaat.

Op de vraag of de behandelaar bekend is met mediation, geeft ze aan dat ze er nog nooit van heeft gehoord. Wanneer de interviewer uitleg geeft de behandelaar aan dat mediation voor bepaalde patiënten wel bruikbaar is.

Mediation kan volgens de behandelaar een meerwaarde zijn voor de wilsbekwame psychiatrische patiënt omdat het de vertrouwensband ten goede komt. Met name voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en of een stemmingsstoornis is volgens de behandelaar mediation toepasbaar. Eerder in dit onderzoek is aangegeven, dat een vertrouwensband tussen behandelaar en patiënt vooral in de psychiatrie een belangrijke rol speelt.

Mw. wordt bedankt voor haar medewerking. Er wordt verteld dat haar informatie vertrouwelijk wordt gebruikt en dat haar naam niet zal worden genoemd op haar verzoek.

## Bijlage VIII Interview mediator

Hieronder volgt een verslag van het interview dat gehouden is met een gecertificeerde NMI-mediator. Dit verslag is geen letterlijke, maar een gestileerde weergave van het gesprek. Dat wil zeggen dat het gesprek een weergave is in eigen woorden, en alleen daar citaten opgenomen zijn, waar dat echt relevant is. Het interview is telefonisch gehouden met Juliette Defoer. J. Defoer heeft na 25 jaar in de gezondheidszorg gewerkt te hebben in 1998 de mediation opleiding gevolgd en daarna de 4-jarige coaching en supervisie-opleiding bij het Nederlands Huisartsen Genootschap. Zij werkt thans sinds 14 jaar als mediator, coach, supervisor en trainer voornamelijk in de gezondheidszorg en heeft veel ervaring met mediation/coaching trajecten van (maatschappen) specialisten, huisartsen, gezondheidscentra en afdelingen van instellingen. Daarnaast is zij ook mediator bij de Rechtbank in Den Haag voor meer algemene geschillen zoals echtscheiding, buurtconflicten. Voor het grootste deel is zij werkzaam als klachtbemiddelaar bij ernstige klachten, zowel in een ziekenhuis als bij huisartsen<sup>81</sup>.

Wanneer ik J. Defoer vertel over mijn onderzoek en mijn hoofdvraag benoem, geeft ze aan dat die niet zomaar te beantwoorden is. Bij de (formele) mediation wordt bedoeld een mediation uitgevoerd door een NMI-mediator. Een NMI-mediator is gehouden aan bepaalde regels t.a.v. de mediation, waaronder het ondertekenen van een mediationovereenkomst voorafgaand aan de mediation. In de mediationovereenkomst staan namelijk de voorwaarden waaronder mediation gedaan dient te worden o.a. geheimhouding van zowel deelnemers als mediator, de neutraliteit van de mediator, de vrijwilligheid van deelnemers en mediator. Er kan mee gestopt worden als men dit wenselijk vindt<sup>82</sup>.

Daarbij komt dat NMI-mediatoren ook zijn gehouden aan het klacht- en tuchtrecht van het NMI, er kan een klacht worden ingediend tegen mediator. Een tuchtrechter beoordeelt of de NMI-mediator zich heeft gehouden aan het NMI-reglement en de NMI-gedragsregels. Waaronder het vooraf aan de mediation tekenen van een mediationovereenkomst. Ook is het zo dat een mediator aansprakelijk gesteld kan worden, vandaar dat praktisch alle NMI-mediatoren een beroepsaansprakelijkheid verzekering hebben.

En dat is dan ook de reden, dat zij haar werkzaamheden als mediator tussen hulpgever en hulpverlener zelf persoonlijk liever ‘klachtbemiddeling’ noemt, waarbij zij uiteraard wel de tools van mediation gebruikt. Met name de geheimhouding vindt zij een lastige kwestie in deze, want patiënten/familie hoeven niet te tekenen voor geheimhouding als hun klacht wordt bemiddeld. Dat willen ze meestal ook niet, en het zou haaks staan op de transparantie die de huidige gezondheidszorg predikt. Ook wordt een overeenkomst ondertekenen vaak als ‘zwaar’ ervaren voor iemand die zijn klacht wil bespreken.

Men kan wel een aangepaste mediationovereenkomst maken als het model van het NMI te

---

<sup>81</sup> [http://www.mediationindegezondheidszorg.nl/mediator\\_zoeken/12](http://www.mediationindegezondheidszorg.nl/mediator_zoeken/12)>Geraadpleegd 8 mei 2013.

<sup>82</sup> [www.nmi-mediation.nl](http://www.nmi-mediation.nl)>Geraadpleegd 6 mei 2013.

zwaar en te juridisch bevonden wordt, maar de ‘geheimhouding’ moet wel genoemd (en ondertekend) worden volgens het NMI. En dat blijft een lastige kwestie bij klachtbemiddelingen.

Zolang mediation geen beschermd beroep is, kun je natuurlijk “mediation” zeggen i.p.v. bemiddeling. In die zin zou je kunnen zeggen dat mediation te gebruiken is bij wilsbekwame psychiatrische patiënten. De NMI-mediator is echter, op het moment dat hij zijn bemiddeling “mediation” noemt gehouden aan de gedragsregels van het NMI.

Wanneer ik de definitie van mediation geef volgens dhr. Brenninkmeijer is J. Defoer het hier in principe wel mee eens ten aanzien van mediation in de ruimste zin van het woord. Als je echter zou spreken over mediation in de zin van NMI-mediation, mist J. Defoer de genoemde voorwaarden in deze definitie. Volgens ombudsman Brenninkmeijer: “Mediation is een vorm van bemiddeling in geschillen, waarbij een neutrale bemiddelingsdeskundige, de mediator, de communicatie en onderhandelingen tussen partijen begeleidt om vanuit hun werkelijke belangen tot een gezamenlijk gedragen en voor ieder van hen optimale besluitvorming te komen”<sup>83</sup>.

Afrondend geeft J. Defoer de volgende conclusie: “Mediation is te gebruiken bij wilsbekwame psychiatrische patiënten, maar ik als NMI-mediator noem het geen mediation, maar bemiddeling omdat ik in kwesties tussen hulpgever en hulpverlener, en dan met name bij klachten, geen mediationovereenkomst van tevoren laat tekenen. En daar ben ik wel aan gehouden als NMI-mediator”.

J. Defoer wordt per mail een uitwerking toegezonden en gevraagd of ze zich kan vinden in de uitwerking. Na enige aanpassingen geeft J. Defoer een akkoord voor verwerking in het onderzoek.

Note: Mw. wil als J. Defoer genoemd worden in de uitwerking.

---

<sup>83</sup> Brenninkmeijer 2009, p. 6.

## Bijlage VIII Vragen en klachten van cliënten bij de pvp<sup>84</sup>

Totaal aantal vragen en klachten [2012]	vragen	klachten
<b>23.470 vragen en klachten</b>	8.663	14.295

Onderwerpen van vragen en klachten in % [2012]	vragen	klachten
<b>Behandeling en zorg</b> (uitvoering van behandelplan, zorg en begeleiding; dagbesteding; medicatie)	23,2 %	26,2 %
<b>Bejegening</b> (aandacht voor cliënt; privacy; verbale en fysieke bejegening; ongewenste intimiteiten)	5,1 %	11,8 %
<b>Dossier en geheimhouding</b> (inzage, correctie en bewaartermijn dossier; geheimhouding cliëntgegevens)	6,8 %	4,9 %
<b>Dwangtoepassing buiten behandelplan</b> (middelen en maatregelen als separatie, medicatie, afzondering, fixatie, vocht- en voedseltoediening)	1,0 %	2,5 %
<b>Dwangtoepassing volgens behandelplan</b> (dwangbehandeling als separatie, medicatie, afzondering, fixatie, vocht- en voedseltoediening)	2,4 %	5,3 %
<b>Externe rechtspositie</b> (verlengen of opheffen maatregel of machtiging)	13,1 %	3,3 %
<b>Gebouw en hotelfunctie</b> (inrichting, schoonmaak, eten, huisregels, sfeer, privacy en recht op eigen leefstijl)	3,9 %	9,6 %
<b>Geldbeheer en algemene rechtsvragen</b> (geldbeheer; eigen bijdrage; sociale verzekering; curator, bewind of mentorschap)	6,8 %	3,4 %
<b>Overig</b> (persoonlijke problemen; advocaat; klachtencommissie; wachtlijst; geen onderwerp geregistreerd)	18,1 %	3,9 %
<b>Overige dwang en drang</b> (zoals fouilleren, inbeslagname van eigendommen, insluiting in de eigen kamer, dreigen met dwangtoepassing)	1,9 %	3,3 %
<b>Tegen overplaatsing, verlof of ontslag</b> (cliënt wil geen overplaatsing, time-out of nazorg; behandelaar dreigt met overplaatsing of ontslag; cliënt wil opname of heropname)	3,9 %	7,7 %
<b>Vrijheidsbeperking</b> (beperking van bewegingsvrijheid, bezoek of telefoon en beperking of controle van post)	3,4 %	9,1 %
<b>Wens tot overplaatsing, verlof of ontslag</b> (cliënt wil naar andere afdeling of instelling, ontslag of voorwaardelijk ontslag, kort of lang verlof)	10,3 %	9,1 %
<b>Zelfbinding</b> (wens tot zelfbinding en verlengen, intrekken of aanpassen zelfbinding)	0,3 %	0,0 %

<sup>84</sup> <http://www.pvp.nl/cijfers/93-563.aspx>>Geraadpleegd d.d. 9 mei 2013.