

6 Inhoudelijke bevindingen van de pilots

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de hoofdlijnen van de inhoudelijke bevindingen, oftewel observaties, uit de zes monitorpilots. De bevindingen zijn geclusterd in enkele hoofdthema's, gebaseerd op de thema's waarop werd gemonitord uit het logboek (zie Bijlage II). Bij elk thema zijn ter illustratie en verduidelijking enkele voorbeelden uitgelicht uit de pilots en actiegroepbijeenkomsten.²⁵

Communicatie & Sfeer op de afdeling

Er worden door de monitors veel observaties gedaan rondom relationele zaken op de afdeling. Dit ligt in lijn met de bevindingen uit het eerste onderzoek naar het monitoren, namelijk dat het zogeheten 'softe signalen' oplevert. De sfeer op de afdelingen is sterk wisselend onder invloed van snel wisselende (en doorstromende) cliënten, een wisselend verpleegkundig team, én bejegening. Cliënten en het verpleegkundig team zijn hier erg met elkaar verbonden; spanning en onrust van de kant van het team straalt af op cliënten en vice versa (: wisselwerking). Dit heeft directe gevolgen voor de algehele interactie en het voorkomen van incidenten. Op sommige afdelingen observeren de monitors hoe het team hier door middel van het bieden van persoonlijke aandacht en informeel contact aan cliënten (tijdig/ op de juiste momenten en aan de 'juiste' cliënten) tegenwicht aan probeert te bieden/ dit probeert te ondervangen. Sommige teams hanteren een 'losse' stijl van omgang met onrustige cliënten; hiermee kan enerzijds separatie en noodzakelijk ingrijpen voorkomen worden maar anderzijds een gevoel van onveiligheid bij andere cliënten doen toenemen. Onderstaande observaties onder het kopje 'veiligheid' zijn hiervan een voorbeeld:

- Meerdere patiënten vertellen dat zij bang zijn voor een bepaalde patiënt, een man die mensen strak aankijkt en mompelend soms dreigende gebaren maakt. Patiënten lopen met een boogje om hem heen, een verpleegkundige spreekt hem aan en hij loopt weg. Aanspreken helpt niet. De pvp vraagt of ze hierover al met de verpleging hebben gesproken, dat blijkt niet het geval te zijn.
- Op meerdere momenten geven mensen aan dat zij last hebben van de "drukke" mensen die ook op de afdeling verblijven, soms wel drie of vier. Zij vinden dat 17 mensen op de afdeling wel erg veel is.
- Een patiënt die onder dwang naar de separeer is geweest wordt steeds 'losjes' in de gaten gehouden: er is altijd een verpleegkundige in zijn buurt. Tegen etenstijd wordt hij uitgenodigd om aan tafel mee te eten maar hij blijft heen en weer lopen in de tuin. Het avondeten wordt hierdoor wel enigszins beïnvloed, veel mensen zijn op hun hoede.

In lijn hiermee wordt in Pilot 5 gebruikt gemaakt van verschillende vormen (en 'niveaus') van afzonderings- en rustruimtes en worden cliënten gestimuleerd hier zoveel mogelijk zelf de keuze voor te maken; door de deuren open te houden, zouden zij zelf moment en duur kunnen bepalen. Bij Pilot 2 wordt aangegeven dat zij bewust niet (te) vroeg willen ingrijpen in geval van onrust en oplopende spanning. Zij willen zo min mogelijk separeren en de cliënt zoveel en lang mogelijk op afdeling laten zijn. Dit kan zorgen voor een vrij open, ontspannen en persoonlijke cultuur maar lijkt soms ook de consequentie te hebben dat sfeer op de afdeling wisselend is of snel kan omslaan. Het is niet overal duidelijk in hoeverre het hier gaat om een bewust ontwikkelde aanpak en cultuur. Bij Pilot 1 observeert de monitor dat in plaats van relatieve vrijheid en nadruk op eigen initiatief van cliënten, deze 'eerder aan hun lot worden overgelaten'. Een 'losse' cultuur van bejegening kan 'voordelen' opleveren met het oog op dwangtoepassingen maar tegelijk risico's met zich meebrengen.

²⁵ Deze voorbeelden zijn citaten uit de verschillende eindrapportages van de PVP bij de zes pilots.

Duidelijk is dat de sfeer op de afdelingen samen hangt met de ervaren kwaliteit van zorg door cliënten en ook kan verband houden met zaken als veiligheid, dwangtoepassing en de rechtspositie van cliënten. Het contact en de samenwerking tussen de verschillende medewerkers op de afdeling en tussen medewerkers en cliënten oefent op hun beurt veel invloed hierop uit. Op een afdeling waar cliënten aangeven tevreden te zijn over bejegening en zorg, worden de volgende observaties gedaan:

- De sfeer is over het algemeen gemoedelijk. Medewerkers zijn vriendelijk en behulpzaam.
- Er wordt heel veel gezeten en heel veel gerookt. Verpleegkundigen komen regelmatig in groepjes de tuin in om mee te roken.
- De maaltijden verlopen prettig. Er eten ten minste twee medewerkers mee.

Bejegening

Een terugkerende observatie op enkele afdelingen omtrent de verpleging, is dat het team doorgaans weinig 'op de vloer' is, dat wil zeggen onvoldoende zichtbaar en aanspreekbaar voor cliënten. Anders dan in geval van bovenstaande observaties, werd geobserveerd dat er soms weinig informeel contact is tussen verpleegkundigen en cliënten. Verschillende afdelingen waren zich hier al van bewust en experimenteren zodoende bijvoorbeeld met het werken met laptops, zodat verpleegkundigen administratie ook in de woonkamer in plaats van enkel op de verpleegpost kunnen doen. Sommigen geven aan hierin afhankelijk te zijn van de bredere organisatie; zij hebben aanvragen uitstaan voor aanpassing of verhuizing van de verpleegpost, zodat meer zicht op de afdeling wordt verkregen en aanspreekbaarheid naar cliënten toe toeneemt (meer ramen in plaats van dichte wanden bijvoorbeeld). Op dit punt is ook ontoereikend budget en (ervaren) personeel een terugkerend thema, zoals ook in de volgende observatie naar voren komt:

- Er werd vaak gebruik gemaakt van wisselende invalkrachten, soms zelfs van invalkrachten die weinig ervaring hebben in de psychiatrie. Patiënten stoorden zich daar regelmatig aan; het weerhield hen ervan om in gesprek te gaan en sommigen gaven aan dat het hen een gevoel van onveiligheid gaf.

Afgezien van praktische bezwaren en 'obstakels', kan uit het feit dat er duidelijk meer verpleging op de afdeling aanwezig was, nadat dit als observatie was teruggekoppeld door de monitor, ook geconcludeerd worden dat ingesleten routines hier een rol spelen (en dat monitoring kan ondersteunen deze 'blinde vlekken' tegen te gaan). Verschillende afdelingen vielen echter juist op door de persoonlijke aandacht die verpleegkundigen op de meeste momenten geven aan cliënten - ondanks krappe personele bezetting, slechte voorzieningen en 'zware' doelgroep. Over het geheel genomen wordt de (bejegening door) verpleging door cliënten dan ook als goed ervaren; 'de verpleegkundigen zijn zeer betrokken en nemen je serieus, terwijl behandelaars weinig persoonlijke aandacht hebben' (citaat uit een monitorrapportage).

Behandelaars

Een terugkerende observatie tijdens het monitoren is onduidelijkheid die cliënten ervaren in communicatie en afspraken met behandelaars. Cliënten geven aan dat het veel moeite kost om een behandelaar te spreken te krijgen en dat zij in het algehele contact ervaren dat artsen niet naar hen luisteren en weinig aandacht besteden aan hun 'verhaal' en wensen. De volgende observaties uit een pilot hebben hierop betrekking:

- over de inzet van artsen en psychiaters zijn cliënten minder te spreken: het is moeilijk om een afspraak te maken, het is onduidelijk of en wanneer de arts komt, je moet er vaak lang op wachten en dan komen ze toch niet

- verschillende cliënten vinden het vervelend als de arts komt op het moment dat ze naar activiteiten of sport gaan: het gesprek met de arts gaat dan vóór, maar gaat ten koste van de (als schaars beleefde) activiteitentijd
- ook is de reactie van verpleegkundigen op vragen niet altijd duidelijk: “ze zeggen dan dat je er straks iets van hoort. Maar wanneer is straks? En vaak vergeten ze het en dan moet je het in de volgende dienst wéér vragen”
- “de enige behandeling die je hier krijgt bestaat uit medicatie. Verder kun je met een arts of psychiater nergens over parten. Daar is trouwens ook geen tijd voor. Terwijl medicatie echt geen antwoord op alles is. En dat weten ze ook.” (dit geven meerdere cliënten aan)
- voor cliënten is de invulling van de behandeling niet altijd duidelijk, cliënten geven aan het op prijs te stellen als medewerkers actief op hen af zouden stappen om een praatje te maken of om te vragen hoe het nu met hen gaat: “ik wil dat ze met mij over de gewone dingen van het leven praten, niet alleen over mijn ziekte”... “als ze me echt zouden willen helpen komen ze regelmatig naar me toe om met me te praten.

De observaties omtrent de interactie tussen behandelaars en cliënten wordt herkend door het verpleegkundig team en management van de meeste afdelingen en ook erkend door verschillende artsen. Er bestaat onzekerheid over of dit kan worden opgelost; tijdsplanning op acute afdelingen zo geven behandelaars maar ook de andere medewerkers aan, is moeilijk. Daarnaast wordt geconstateerd in verschillende actiegroepen dat beeldvorming van de kant van cliënten hier ook van invloed is (artsen nemen ongewilde beslissingen omtrent behandeling van cliënten, ed.). Uit bovenstaande observaties blijkt dat ook verpleegkundigen een rol kunnen hebben in de (on)duidelijkheid omtrent afspraken met behandelaars.

In het geheel lijkt communicatie en samenwerking tussen behandelaars en verpleegkundigen op de afdeling een belangrijke factor. Er wordt geobserveerd dat er soms ‘afstand’ bestaat tussen werkwijze, visie en beleving van behandelaars en verpleegkundigen maar ook wel het management. In de actiegroepbijeenkomsten komen deze verschillen tijdens het bespreken van observaties soms duidelijk naar voren. Op het vlak van interne organisatie en verantwoordelijkheid wordt geobserveerd dat “medewerkers niet altijd weten wie waarvoor verantwoordelijk is”. Omtrent afstemming van beleid en zorgpraktijk binnen de afdeling observeert een monitor dat ‘behandelaars en verpleegkundigen bijvoorbeeld anders denken over het vrijhedenbeleid maar dit geen relevant onderwerp vonden om over in gesprek te gaan’. Soms bleek dat het open bespreken in de actiegroepbijeenkomsten miscommunicatie tussen de verschillende medewerkers bloot legde en gemakkelijk kon verhelderen, waarna gezamenlijk naar ‘oplossingen’ kon worden gezocht. Op afdelingen waar een nauwere samenwerking en meer gevoel van gemeenschappelijkheid tussen verpleging, artsen en afdelingsmanagement lijkt te bestaan, werd werden actiepunten voor observaties gemakkelijker geformuleerd.

Comfort & Voorzieningen

Een herhaalde observatie op dit terrein betreft verveling en ontevredenheid over mogelijkheden voor dagbesteding bij cliënten, zoals ook onderstaande observaties laten zien:

- Cliënten geven vooral en bij voortduring aan dat zij zich vervelen. Ze vinden dat er op de afdeling weinig geboden wordt en pleiten voor meer activiteiten op de afdeling: workshops, gezamenlijke gesprekken over middelengebruik, groepssporten. De mogelijkheden die er wel zijn worden minder benut omdat, geeft men aan, men er niet naar toe mag (geen vrijheden), omdat het aanbod niet aansluit bij hun wensen of omdat men het confronterend vindt om cliënten uit andere groepen te ontmoeten. Voor anderen geldt dat ze meer gestimuleerd zouden willen worden om mee te doen.

- Cliënten zouden vooral graag meer naar buiten willen, wandelen. Dat gebeurt niet elke dag. Soms wordt het zelfs afgezegd omdat de begeleiding er geen tijd voor heeft.
- Sommigen vragen zich af wat de meerwaarde van een opname is als ze alleen maar wat rondhangen.
- Een enkele cliënt lost het vervelingsprobleem op door veel corvee te doen en één cliënt repareert alles wat er te maken is, ook op verzoek van de afdeling, zoals kapotte fietsen, het terras, het hek waar mensen onderdoor kunnen en hij houdt de tuin bij.

Er wordt veel geobserveerd omtrent de fysieke opmaak van de afdeling (hygiëne, kleuren, staat, overzichtelijkheid, (beleving van de) ruimte, voorzieningen). Dit heeft veel invloed op de ervaren sfeer, veiligheid, comfort en de kwaliteit van zorg op de afdeling. In de actiegroepbijeenkomsten zijn deze punten dan ook veel onderwerp van gesprek. De ontvangst van deze observaties gaat wisselend twee kanten op. Veel observaties en aanbevelingen worden herkend door de actiegroep, 'opgepikt' en tot actiepunt gemaakt. Soms lijkt echter de prioriteit die er vervolgens aan gegeven wordt niet hoog. In verschillende gevallen maakt een context van bezuinigingen of aanstaande verhuizing dat de observaties als niet haalbaar of relevant beschouwd worden. (Hier kan ervaren 'machteloosheid' van de afdeling meespelen, en breder draagvlak in de organisatie en betrokkenheid en urgentiebesef bij 'hogere' organisatiestructuren uitkomst kunnen bieden.) Een voorbeeld van een observatie die werd erkend en waar een actiepunt op geformuleerd werd maar vervolgens geen prioriteit kreeg, is de volgende:

- Er staan twee pc's met internetverbinding in de huiskamer waarvan er slechts een te gebruiken is. Ook in de activiteitenruimte staat een pc met internetverbinding, daar kunnen cliënten gebruik van maken op tijden dat de at-ruimte open is.
- Opeens zijn de pc's in de huiskamer weggehaald, ze worden 'geschoond'. Er is dus geen mogelijkheid meer voor patiënten om gebruik te maken van internet, behalve tijdens therapie-uren als de activiteitenbegeleidster aanwezig is. Na een week worden de pc's teruggebracht en opgeslagen in een kast in de verpleegpost. Een week later staan ze daar nog omdat de activiteitenbegeleidster op vakantie is. Meerdere patiënten geven aan dat ze het gebruik van internet missen, twee mensen hebben internet echt nodig voor hun financiële zaken. Een van hen leent de laptop van een medepatiënte. Er is draadloos internet in één hoek van de huiskamer, niet in de slaapkamers.

Op het gebied van privacy van cliënten werden onderstaande twee observaties gedaan. Deze werden als echte 'eye-openers' ervaren door de actiegroep en direct tot actiepunten gemaakt (respectievelijk een optrekkoordje in deur vpk-post en het plaatsen van bamboeschermen totdat eerder gepootte planten volgroeid zijn);

- Hoewel bloedafname normaliter op het verpleegkundig kantoor gebeurt, werd toch een keer waargenomen dat het in de huiskamer in het bijzijn van medecliënten gebeurde. Ook het afnemen van bloed, blaastest, verbinden van wonden of andere verpleegkundige handelingen op de verpleegpost kan door mede cliënten waargenomen worden door het grote raam naar de afdeling.
- Er is de mogelijkheid om separeerbehoefte cliënten naar buiten te laten, maar dit is in een kooiachtige constructie van ongeveer 6 m. bij 6 m. pontificaal in het zicht van een openbare parkeerplaats.

Wanneer praktische observaties (veelal omtrent hygiëne, eten en dagbesteding) wel tot actiepunten en daadwerkelijke ontwikkeling op de afdeling leiden, lijkt dit vaak mede voort te komen uit een opbouwende wijze van terugkoppeling en bespreking in de actiegroep. Een nadrukkelijke afwisseling en combinatie van positieve én verbeterpunten, én van meer feitelijke, eventueel kleinschaliger,

observaties (zoals vuile handdoeken in de douches, kapotte gordijnen en afbladderende verf) met meer relationele en breed omvattende observaties (omtrent bejegening en communicatie met behandelaars, of juridische en behandeltechnische zaken), leidt in de actiegroepbijeenkomsten doorgaans tot het meeste resultaat.

Dwangtoepassing & Patiëntenrechten

Alle afdelingen werken in principe aan het verminderen van dwangtoepassingen. Hoewel er op het vlak van dwangtoepassing niet veel directe observaties werden gedaan, noteerden de monitors op een aantal afdelingen wel concrete observaties omtrent incidentie en duur van separatie en de situatie van de separeercellen, waarvan echter vooral omtrent de laatste werd teruggekoppeld in de actiegroepbijeenkomsten. Zo werd er geobserveerd dat er vuilniszakken (in plaats van gordijnen of afschermfolie) voor de bovenlichten van de separeerdeuren hingen en dat bekertjes water voor de cliënt in de (schone) kartonnen pot worden aangeboden, -door cliënten als vies en vernederend ervaren.

De monitors hebben zich over het algemeen niet aangesloten bij individuele gesprekken tussen verpleging en/of artsen met cliënten (behalve één keer toen de monitor dit vroeg aan de cliënt en deze instemde met diens aanwezigheid bij een overleg met verpleging, waarover de monitor observeerde dat het gesprek prettig verliep en er veel aandacht was voor de beleving en wensen van de cliënt). De meeste observaties hadden dus betrekking op situaties direct op de afdeling, die alle cliënten konden volgen. Verschillende keren worden er observaties gedaan omtrent situaties van oplopende spanning, en daarbij deëscalerend vermogen en teamwerk van verpleegkundigen, communicatie en ondersteuning van cliënten onderling, of juist ervaren onveiligheid onder hen ten gevolge van een (bijna-)incident (zie bijvoorbeeld observaties bij sfeer in eerste paragraaf van dit hoofdstuk). Met deze observaties, die veelal werden ingebracht in de actiegroepbijeenkomsten, werd een beeld gegeven van wat er mogelijk vooraf kan gaan én na afloop van 'crisis' kan gebeuren op afdelingen en op welke manieren fysieke context, sfeer, interactie tussen verschillende partijen, bejegening van cliënten door team, en cultuur van een afdeling bij dit proces verbonden kunnen zijn, en ze werden door de actiegroep vaak als erg inzichtgevend ervaren. Het volgende citaat gaat wel om een observatie die het concrete separeren betreft. De monitor beschrijft vervolgens hoe beeldvorming en communicatie in dergelijke gevallen van invloed kan zijn;

- Cliënten denken dat separeren ingezet wordt als straf. In een situatie waarbij een cliënt zonder toestemming op oneigenlijke manier was vertrokken, werd de cliënt bij terugkeer gesepareerd. Gezien de korte duur van separatie vonden medecliënten de straf op vluchten mild. Het besluit voor separatie bij terugkeer van de cliënt was door behandelaars weloverwogen, in het kader van veiligheid en diende zo kort mogelijk te duren.
- In de actiegroepbijeenkomsten is uitvoerig gesproken over het verschil in beleving en beelden tussen cliënten en medewerkers. Meer en anders informeren kan de beeldvorming van cliënten positief beïnvloeden. Er zijn afdelingen waarin het verschil tussen team en cliënten minder groot is dan op deze afdeling.

Er zijn veel observaties gedaan en ook teruggekoppeld in de actiegroepen omtrent vrijhedenbeleid, patiëntenrechten en behandelprocedures. Onder het kopje 'beperkingen van vrijheden' werden op een afdeling de volgende observaties gedaan:

- Medewerkers zijn zich bewust van de gesloten deur. Ze proberen te voorkomen dat de aandacht wordt gevestigd op de dichte deur. Als cliënten bij de deur gaan hangen, worden ze afgeleid en meegenomen naar één van de andere ruimtes. Geprobeerd wordt te voorkomen de deuren met een klap dicht te laten slaan.

- Veel cliënten hebben beperkingen van vrijheden, zonder dat ze schriftelijk op de hoogte zijn gesteld van de redenen waarom en hun klachtrecht hierover (art 40a BOPZ). Dit is in de actiegroep besproken. De werkwijze is dat cliënten mondeling uitgelegd krijgen wat de redenen voor de beperking zijn. Ook krijgen cliënten een beperkingsformulier uitgereikt bij het begin van de opname. Het uitreiken van het formulier is ingesteld nadat een gesprek hierover heeft plaatsgevonden met de patiëntenvertrouwenspersoon van de instelling. Met het uitreiken van het formulier en een mondelinge toelichting wordt niet de wet uitgevoerd zoals deze is bedoeld. Bij iedere nieuwe cliënt moet beoordeeld worden of er in het kader van gevaar reden is om bewegingsvrijheid te beperken. Zo ja, dan moet de cliënt hierover schriftelijk worden ingelicht met de motivatie voor de vrijheidsbeperking en de mogelijkheid gebruik te maken van het klachtrecht. In de toekomst zal hierover doorgepraat worden.

Bij bovenstaande afdeling beschrijven de twee observaties een opmerkelijk verschil in werkwijze bejegening en rechtspositie van cliënten; er lijkt onvoldoende kennis te bestaan over de verplichte juridische procedures maar ook weinig prioriteit te worden gegeven aan formeel-juridische patiëntenrechten, in vergelijking met persoonlijke communicatie met cliënten hierover. Ook op andere afdelingen wordt geobserveerd dat er op punten onvoldoende aan patiëntenrechten tegemoet wordt gekomen. Enkele observaties zijn:

- Nieuwe cliënten zeggen dat ze geen schriftelijke informatie (over huisregels, klachtencommissie, pvp enz.) ontvangen bij binnenkomst. Verpleegkundigen zeggen dat iedereen wel zo'n setje ontvangt, maar niet altijd meteen. Als iemand onder invloed binnengebracht wordt, wacht men soms 1 à 2 dagen.
- Er is bij cliënten onduidelijkheid over dossierinzage. Verpleegkundigen verwijzen naar de verantwoordelijk behandelaar (op afstand) en vertellen de pvp dat zij ook niet precies weten hoe dit gaat. Het gevolg is dat cliënten soms lang wachten op inzage.
- Cliënten krijgen bij het toepassen van middelen of maatregelen een 'melding toepassing middelen en maatregelen aan cliënt', die niet voldoet aan de eisen die de Wet Bopz daaraan stelt. Van vrijheidsbeperkingen krijgen cliënten geen schriftelijke mededeling en een cliënt met een kamerprogramma kreeg er evenmin één. Eén van de gevolgen is dat cliënten dan mogelijk niet weten dat (en waar) ze bezwaar kunnen maken tegen deze maatregel.

Wanneer op een afdeling de observatie wordt ingebracht in de actiegroep dat er te weinig en te laat behandelplanoverleggen (bpo's) plaats vinden, geeft deze aan dat hierbij de complexe samenwerking en communicatie met de verschillende betrokken partijen en onduidelijkheid omtrent behandelverantwoordelijkheid bij cliënten, geregeld een beïnvloedende factor is, en een (potentiële) belemmering bij het formuleren van actiepunten hierop.

Cultuur van de afdeling

In de actiegroepbijeenkomsten wordt door de PVP-leden én afdelingsbetrokkenen vaak gesproken over de cultuur van een afdeling en/of team. Dit wordt gezien als het overkoepelende en verbindende karakter van een afdeling, waarin sfeer, fysieke opmaak, algehele interactie, bejegening, en de situatie omtrent dwang en drang (omgang, manier en mate ingrijpen) samen komen. Terwijl deze thema's afzonderlijk als (in theorie) veranderlijk en aan te passen, worden gezien, wordt er doorgaans over de cultuur gesproken als definitief en onveranderbaar, en ook als een zekere fundamentele identiteit te worden ervaren. Observaties omtrent cultuur stuiten dan ook snel op gevoeligheid en soms ook een zekere weerstand bij de actiegroep (onder andere Pilot 4 en Pilot 1).

Tegelijkertijd werd het thema cultuur tijdens de bijeenkomsten vaak gekoppeld aan de routines en 'blinde vlekken' waar het monitoren nu juist op gericht zou zijn en de afdeling feedback op wilde. In

Pilot 3 werd in de terugkoppeling in de actiegroep een verband gelegd tussen de cultuur en concrete observaties omtrent comfort, hygiëne en gastvrijheid. De actiegroep concludeerde hier gezamenlijk dat juist de succesvolle en zichtbare acties op deze praktische zaken, een breder soort 'beweging' had gegenereerd op de afdeling en afdelingscultuur. Deze 'frisse wind' zorgde ervoor dat alertheid van het team ten opzichte van gebrek aan hygiëne en verwaarlozing toenam, dat team en cliënten zich gezamenlijk gingen inzetten om dit tegen te gaan, en hierdoor nieuwe gemeenschappelijkheid werd ervaren. Mits op een 'prettige' manier teruggekoppeld (doelmatigheid en passendheid in het oog houden) en gekoppeld aan concrete (voorbeelden uit de) zorgpraktijk, kunnen observaties omtrent cultuur bijdragen aan het doorbreken van bepaalde ongewilde of hinderende routines op afdelingen en zo uiteindelijk bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

Ten slotte nog een illustrerend citaat van observaties en aanbevelingen op het vlak van cultuur, waarbij ook weer de verbondenheid met en afhankelijkheid van de bredere organisatie wordt aangehaald:

Personeel zegt dat ze zich erbij neerleggen omdat:

- het binnen de huidige situatie voelt als dweilen met de kraan open; *"Ik heb het geprobeerd om consequent schoon te maken wat ik aan vuil zag. Na een maand dreigde ik overspannen te worden en heb ik me voorgenomen te stoppen en me nog alleen te richten op contact met de cliënten."*
- ze zich niet ondersteund voelen door het hogere management bij hun pogingen verbeteringen aan te brengen (*alles moet voor een dubbeltje, kapotte t.v. zelf vervangen door zoeken op marktplaats*);
- verzoeken/ideeën voor verbetering veelal stranden (*idee voor zitje in eetkamer is al een jaar geleden ingediend*);
- ze denken dat maatregelen die zijn genomen bij incidenten (*geen stang in hangkast, geen kleevers, materiaal verwijderd uit creatieve kast*) blijvende afdelingsregels voor veiligheid zijn geworden. *"Daarmee verschaft de omgeving voor iedere opgenomen cliënt."*
- In de actiegroep is de verwaarlozing en vervuiling besproken. Over een aantal praktische punten zijn afspraken gemaakt zoals de natte handdoeken in de doucheruimtes en het verstrekken van kleevers. Dit is verbeterd.
- In de laatste periode van monitoring is een nieuw schoonmaakbedrijf gestart en zijn wc's en een aantal muren grondig gereinigd. De basis lijkt schoner.
- Gedurende de periode van monitoring was merkbaar dat er iets aan het achterstallig onderhoud werd gedaan. Het gat in de vloer is hersteld, er is geveerd in gangen en in een rookruimte. Samen met cliënten werd een schoonmaakactie op touw gezet.
- Bij de laatste actiegroepvergadering was zichtbaar dat er op de afdeling iets was veranderd. Er was meer kleur en het leek *"lichter"*.
- In de laatste actiegroepbijeenkomst vertelt een deelnemer dat hij cynischer is geworden in de laatste maanden. Het nieuwe schoonmaakbedrijf heeft volgens de medewerker niet de gehoopte verbetering gebracht. Nog steeds zijn er muizen en meer vliegen dan ooit bij de lift waar het vuil staat. Nog steeds schaamt hij zich voor de vervuiling en verwaarlozing als hij bezoek en nieuwe cliënten ontvangt.
- De teammanager beaamt dat er gewerkt wordt in een overlevingscultuur. De vraag blijft of, en zo ja, hoe het verantwoord is om dit nog een jaar vol te houden.

Verbeterpunten bij afdelingen monitoring

In de zes Monitoreindrapporten van de PVP per pilotafdeling zijn alle observaties en terugkoppelingen in de actiegroepbijeenkomsten volledig beschreven; voor verdere inhoudelijke bevindingen van de monitorpilots verwijzen we dan ook hier naartoe. Hieronder is wel nog een overzicht opgenomen met voorbeelden van verbeterpunten, dat wil zeggen de door de PVP geconstateerde resultaten van de pilots.

Pilot 1	Er moet altijd een verpleegkundige op de afdeling aanwezig zijn
	De po wordt niet meer als dienblad gebruikt om bekers naar de separeerruimte te brengen
	Er moet altijd voldoende scheurkleding aanwezig zijn op de afdeling, ook in verschillende maten.
	De informatiefolders moeten leesbaarder gemaakt worden. Makkelijker te begrijpen taal.
	Verbeter de communicatie met cliënten en met medewerkers onderling
Pilot 2	Ruimer van te voren plannen van afspraken met behandelaars en uitleggen aan cliënten waarom een afspraak eventueel niet door kan gaan.
	Materiaal uit de therapieruimte komt beschikbaar voor cliënten buiten therapietijden om.
	Afdelingsregels opnieuw bekijken en waar nodig aangepast
	Weer beschikbaar maken van informatiemap voor cliënten
	Gordijnen voor de ramen van de separeer in plaats van doeken en vuilniszakken
Pilot 3	Aandacht voor de accommodatie (schoonmaak, schilderwerk, technische dienst loopt wekelijks met een daarvoor aangewezen verpleegkundige afdeling door om reparaties uit te voeren)
	Binnen de beperkingen van de crisisafdeling afspraken maken en nakomen door artsen/psychiaters.
	Ervoor zorgen dat cliënten tijdig geïnformeerd worden als afspraken verzet worden of niet doorgaan.
	Voldoende informatie geven aan cliënten bij opname en bij vrijheidsbeperkende maatregelen (art. 40a Bopz). Ook behandelplannen en signaleringsplannen structureel opstellen en uitreiken.
Pilot 4	Aanpassen dagprogramma
	Uitvoeren van afgesproken dagprogramma

	Meer aandacht besteden aan het ervoor zorgen dat cliënten weten wie hun begeleiders zijn
	Meer inzetten van de comfortroom
	Aandacht voor accommodatie (weghalen van peuken, veranderen openen deur naar tuin)
	Het vaker voeren van individuele gesprekken met cliënten
Pilot 5	Medewerkers zijn vaker aanwezig in de huiskamer van de afdeling
	Er zal een draadloze internetverbinding komen en een draadloze telefoon waardoor verpleegkundigen minder op kantoor aanwezig hoeven te zijn.
	Inhoud behandelplannen is verbeterd (inhoudelijke eisen bpo WGBO en Bopz)
	Cliënten worden schriftelijke geïnformeerd over de inhoud van de behandelplan
	Wanneer vrijheidsbeperkingen worden opgelegd worden cliënten hierover schriftelijke geïnformeerd
Pilot 6	Duidelijkheid wie wat doet bij het opstellen van een behandelingsovereenkomst
	Het tijdig laten plaatsvinden van behandelplanoverleggen
	Meer aandacht voor verveling in de vorm van aandacht voor dagbesteding
	Organiseren van meer kennis bij medewerkers over rechten/plichten/mogelijkheden
	Verandering vrijhedenbeleid. Aanpassing van het via zes stappen verlenen van vrijheden en duidelijk wie verantwoordelijk is voor het beperken van vrijheden.
	Meer duidelijkheid voor cliënten en medewerkers over de doorstroming. Meer aandacht voor de doorstroming
	Op termijn aanpassing van het camerasysteem
	Nieuw artikel 40 a formulier
	Uitreiken van schriftelijke informatie over rechten
	Aanpassing procedure dossierinzage
	Besluit dat cliënten elke dag de mogelijkheid krijgen naar buiten te gaan

7 Evaluatie van de monitorpilots door betrokkenen

Ter validering en verdieping van de conclusies van het onderzoek, zijn bevindingen in de laatste fase van het onderzoek en na afronding van de zes pilots, voorgelegd aan en besproken met respectievelijk alle pilotafdelingen, de PVP-projectgroep en het Cliëntenpanel van de PVP. In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens een overzicht gegeven van de resultaten van deze drie evaluaties. De drie delen worden allen afgesloten met een tekstbox waarin de belangrijkste uitkomsten (puntsgewijs) zijn samengevat.

Evaluatie per pilotafdeling²⁶

Nadat alle monitorpilots zijn afgerond, vindt op iedere deelnemende afdeling een evaluatiebijeenkomst plaats in de vorm van een focusgroep van ongeveer een uur (zie voor de opzet en vragen van deze focusgroep Bijlage IV). De evaluatie is ter afronding van de pilot en ter verdieping, validering en evaluatie van de tijdens de dataverzameling opgedane inzichten. Deelnemers zijn de actiegroepleden van de afdeling, soms uitgebreid met een extra afdelingsbetrokkene (zoals verpleegkundigen om uitgevallen leden te vervangen), en bewust zónder de monitor en projectleider van de PVP. Hoewel samenwerking het uitgangspunt vormt van het monitoren, kunnen de afdelingsbetrokkenen als aparte groep 'stakeholders' gezien worden met eigen en deels andere belangen dan de PVP-betrokkenen. In homogene samenstelling kan beter en 'veilig' worden gereflecteerd hierop en dit specifieke perspectief worden uitgelicht. Hieronder volgt een beschrijving van de belangrijkste punten die tijdens deze evaluatiebijeenkomsten naar voren zijn gekomen.

Uitvoering monitoring

De meeste actiegroepen kijken positief teug op de pilot. Ze geven aan de manier waarop de monitors (en andere PVP- betrokkenen) de pilots uitvoerden als erg aangenaam hebben ervaren. Hierbij werd vaak verwezen naar de manier waarop de monitor zich introduceerde en zijn of haar rol bewaakte. Zo wordt in de evaluatie bij Pilot 5 aangegeven dat het verschil met de reguliere pvp in sommige gevallen voor (verwarde) cliënten (eerst) niet duidelijk was. Doordat de monitor hier adequaat op reageerde en bij gerichte pvp-vragen direct doorverwees, werd verwarring en onrust voorkomen. Een andere reden waarom de uitvoering van het monitoren als positief werd ervaren, was dat de monitors doorgaans 'op de achtergrond aanwezig waren' en vooral een open houding en opstelling naar zowel cliënten, als naar medewerkers hadden. De afdelingen geven aan het monitoren door de PVP als 'objectief' te ervaren; zo geeft een verpleegkundige aan dat het van belang is dat de monitor 'neutraal' en op de achtergrond observeert en dat feedback open en opbouwend is. De teamleider van Pilot 6 geeft aan dat hoewel medewerkers vooraf wel geïnformeerd waren, het voor veel van hen in eerste instantie onwennig was dat er iemand op de afdeling was om mee te kijken. Ook een verpleegkundige vertelt dat het in het begin 'een beetje voelde alsof er op je gelet werd of iemand je op de vingers keek'. Doordat de monitor vaker in korte tijd naar de afdeling kwam, kon ze deze beter te leren kennen, kon het vertrouwen groeien en werd diens aanwezigheid steeds meer gewaardeerd. Een verpleegkundige: *"En naderhand werd dat wel vertrouwd, zeg maar, toen leerden we haar ook beter kennen en dan is het toch anders."*

Bij verschillende pilots geven medewerkers (veelal verpleegkundigen) aan het prettig te vinden om gerichte feedback te krijgen van de monitor over interacties en bejegening (direct op de werkvloer, vaak één op één); zij voelden zich hierdoor gewaardeerd en serieus genomen. Een verpleegkundige

²⁶ Bij dit onderdeel vond uitbreiding van het onderzoeksteam plaats met collega-onderzoeker Wieke van der Borg; zij deed de uitvoering en verslaglegging van de evaluatie per afdeling.

bij Pilot 6 vertelt dat de monitor haar een keer teruggaf dat ze goed contact legde met een cliënt en dat de cliënt zich gehoord voelde. Echter ook als dat niet het geval was, gaf de monitor dit terug. Daarnaast stelde deze regelmatig vragen over de dingen die gedaan werden en was erg betrokken bij zowel cliënt als medewerkers; *"Die openheid is gewoon fijn, of het nou iets minder is of positief is, dat je daarin open bent is gewoon fijn."*

Over de duur van de hele monitorperiode en het aantal monitorbezoeken zijn de meeste actiegroepen tevreden. Er wordt aangegeven dat het goed is dat de monitor op veel verschillende momenten aanwezig is op een afdeling. Er wordt tijdens de evaluaties verder geconstateerd dat er in de twee maanden veel observaties kunnen worden gedaan en voldoende tijd is om aan (eerste) ontwikkelingen te werken. Bij één pilot wordt wel aangegeven dat het moment van aanvang van monitoring wat ongelukkig was. De voorbereiding viel voorafgaand aan de vakantieperiode, terwijl de pilot ná de vakantie van start ging; zij hadden het beter gevonden wanneer dit op elkaar aan had gesloten.

Op sommige afdelingen geeft men aan dat het bij monitoring en de observaties die (kunnen) worden gedaan, deels ook uitmaakt of dit (toevallig) een rustige, dan wel periode was met meer spanning en mogelijk dwangtoepassingen. Zo is een psychiater van mening dat gedurende de pilot er een vrij rustige groep cliënten op de afdeling verbleef (later wordt bij dezelfde pilot en actiegroep in ander verband echter verwezen naar hectiek op de afdeling ten tijde van de monitoring). De psychiater geeft aan dat er gedurende de monitorperiode weinig acute psychotische en manische cliënten binnenkwamen voor opname, waardoor de monitor niet veel gezien heeft van het toepassen van dwangmaatregelen, -observaties en terugkoppeling over dit soort gebeurtenissen had de actiegroep wel nuttig gevonden. De psychiater: *"De echte hectiek heeft hij niet veel meegemaakt. Dat vond hij ook. Geen enkele separaties en dat soort dingen, geen gedwongen medicatie, dat is een belangrijk onderdeel van ons behandelingspakket maar... je kan van te voren niet zeggen wanneer dat kan gaan gebeuren."* Anderen brengen hier tegenin dat het contact met een (relatief) vaste cliëntengroep kan bijdragen aan verdieping van (observaties omtrent) cliëntenervaringen maar een meer wisselende cliëntengroep ook wel weer een bredere, mogelijk meer diverse kijk zou kunnen opleveren.

Actiegroepen

De actiegroepbijeenkomsten werden door de afdelingen en actiegroepen ervaren als een goede manier om observaties terug te koppelen en te bespreken. De psychiater bij Pilot 5 noemt de terugkoppeling 'kritisch' en 'objectief'. De sfeer werd open en prettig gevonden en -zoals een teamleider opmerkt- de actiegroepleden stonden zo ook open voor verbeterpunten: *"Het team stond er voor open, en dat merkte je. En alles wat er werd aangedragen, daar werd over nagedacht en vervolgens ook actie op uitgezet."* Daarnaast verliepen de bijeenkomsten gestructureerd; er de tijd genomen voor bespreking van de rapportages van de monitor en er was iemand aanwezig voor verslaglegging. Zodoende wordt tijdens de evaluatie geconcludeerd dat de organisatie en het voorzitten van de actiegroepen in goede handen is bij de PVP.

Door verschillende actiegroepen wordt genoemd dat het goed is dat een externe partij het voortouw neemt hierin en de verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering; de afdeling had dat zelf niet (beter) gekund. Volgens de teamleider van Pilot 6 'was het er, als de verantwoordelijkheid bij henzelf had gelegen, vanwege de hectiek op de afdeling waarschijnlijk niet van gekomen'. De psychiater van een andere pilot geeft aan: *"Ik vond dat heel professioneel hoe zij dat gedaan hebben, ik denk niet dat wij het zouden kunnen overnemen, dus als het weer zou moeten gebeuren denk ik dat er op diezelfde manier zou moeten gebeuren."* Bij de meeste actiegroepen waren er ten minste één of twee vaste leden die steeds aan de bijeenkomsten deelnamen (veelal de contactpersoon voor de PVP, zoals een afdelingsmanager of teamleider). De afdelingen benadrukken echter dat het door wisselende diensten en 'hectiek op de afdeling' niet haalbaar is om een vaste samenstelling van een

actiegroep te hebben, met name deelname van een vaste groep verpleegkundigen is lastig. Er namen vaak verschillende verpleegkundigen deel aan de bijeenkomsten; wie die dag een dienst had, draaide mee in de actiegroep. Volgens verschillende pilots had deze wisselende samenstelling een meerwaarde, aangezien zo meer perspectieven uit de afdeling naar voren konden komen. Iemand vertelt: *"Ik vond het zelf ook wel prettig die wisselende samenstelling die we dan hadden, ook omdat je nou.., mensen beleven zo'n monitor toch anders, dan is het wel mooi om verschillende ervaringen dan mee te kunnen nemen in die groep."*

De verslagen die aan de hand van de notulen van elke actiegroepbijeenkomst werden gemaakt, en die in de meeste pilots verspreid werden onder de medewerkers, vonden de actiegroepen erg nuttig. Doordat in de volgende actiegroepbijeenkomst op de eerder geformuleerde actiepunten teruggekomen werd en besproken of er iets mee gebeurd was, werden ontwikkelingen (of het uitblijven ervan) door de monitoring goed in beeld gebracht en zichtbaar. Verschillende teamleiders en afdelingsmanagers geven aan dat dit hen stimuleerde daadwerkelijk iets met de actiepunten te doen: *"Het was niet verplicht, maar je deed het dus wel."* Wat betreft de duur en frequentie van de actiegroepbijeenkomsten zijn de afdelingen in de evaluatie (positief) neutraal. In een enkel geval wordt genoemd dat de bijeenkomsten langer hadden mogen duren (1,5 à 2 uur in plaats van 1 of soms 1,5 uur). Een actiegroep oppert dat er wat hen betreft minder -maar wel langere- bijeenkomsten zouden mogen zijn, bijvoorbeeld één halverwege de monitorperiode en één bij de afronding. Deze groepen zijn van mening dat er meer dan voldoende observaties en aanbevelingen uit twee bijeenkomsten naar voren komen. De meeste groepen sluiten zich aan bij het aanhouden van de drie bijeenkomsten, waarbij de laatste actiegroepbijeenkomst in het teken van evaluatie kan komen te staan. Om de afdeling voldoende tijd te geven met de actiepunten aan de slag te gaan, zou er meer tijd tussen actiegroep twee en drie moeten zitten dan tussen de eerste twee.

Observaties en resultaten

Omtrent inhoud van de monitoring stellen alle actiegroepen dat het prettig is om, naast de verbeterpunten, ook te horen wat er goed gaat en wat door de cliënten gewaardeerd wordt. Het is volgens hen fijn om een stukje bevestiging te krijgen. Zo kwam bij een pilot bijvoorbeeld naar voren dat de afdeling als schoon en licht wordt ervaren en dat cliënten de bejegening door medewerkers zeer positief beoordelen. Cliënten gaven aan dat er geluisterd wordt en dat zij zich ondersteund voelen; een verpleegkundige reageert hierop: *"Dat dat dan ook vaak zo overkomt en dat dat dan ook gewaardeerd kan worden, dat is mooi, ja, daar doen we het voor."* Bovendien, zo geven verschillende actiegroepleden aan, zijn dit erg actuele thema's. Een teamleider vertelt: *"Dat is ook iets van de laatste jaren, binnen de ggz is die bejegening steeds belangrijker geworden, je merkt ook gewoon dat je daar heel wat separaties ook mee kunt voorkomen. Ik vond het heel mooi om te horen, dat die feedback dan terugkomt, dat je denkt 'hee, dat doen we toch met elkaar.'"*

Zoals in de vorige paragraaf al even werd genoemd, bestempelen verschillende actiegroepleden de terugkoppeling door de PVP en de monitoring in het geheel als 'kritisch' en 'objectief'. Dit achten zij van belang voor de kwaliteit van monitoring en de samenwerking hierbij tussen PVP en de afdeling. De monitors gaven helder aan hoe zij tot observaties kwamen en waarom zij een bepaalde aanbeveling deden. Wanneer zich een verschil van inzicht in de interpretatie/ beoordeling van observaties voordeed, kon dit open worden besproken en 'onderzocht'. Een voorbeeld is observatie van een monitor dat verpleegkundigen soms weinig aanwezig waren op de huiskamer en daarentegen veel tijd op kantoor doorbrachten voor rapportage/administratie (verhouding kantoor/afdeling, 70%-30%). Deze observatie werd genuanceerd in de actiegroepbijeenkomst, toen samen werd vastgesteld dat de monitor zelf vooral op de huiskamer aanwezig was en zodoende minder zicht had op wat zich buiten de huiskamer, op de rest van de afdeling afspeelde. In sommige gevallen bracht de monitor iets in waarvan niet direct duidelijk was of dit een uitspraak was van een individu, of dat meerdere cliënten zich hierover hadden uitgelaten: *"Af en toe hadden wij wel het*

idee dat hij het bracht als zijnde van 'de mensen vinden', terwijl ik dan het idee had van nou, volgens mij kan ik zo die persoon die dat verteld heeft eruit halen want dat is typisch een opmerking van die persoon die hier niet wil zijn en juist alle dingen buiten zichzelf neerlegt." De afdeling vond het erg goed en prettig dat de monitor de suggestie oppakte om dit in de volgende bezoeken specifiek te monitoren (gericht op te observeren en naar te informeren); op deze manier werden observaties en aanbevelingen zorgvuldig en in samenspraak met elkaar 'gestaafd' en beargumenteerd, waardoor de actiegroepleden van de afdeling zich er vervolgens meer achter konden staan.

Volgens de verschillende actiegroepen heeft de terugkoppeling en discussie in de actiegroepbijeenkomsten de bewustwording over werkwijzen en bepaalde thema's onder medewerkers van de afdeling duidelijk op gang gebracht. Monitoring ondersteunt ook een 'frisse blik' onder medewerkers van een afdeling. Pilot 6 geeft aan dat ze als relatief jonge afdeling (3,5 jaar) volop in ontwikkeling zijn en het daarom erg fijn is om van de monitor terug te krijgen dat ze goed op weg zijn, met name op het gebied van bejegening. Er zijn in alle pilots verbeterpunten naar voren gekomen waar eerder niet bij stil gestaan werd (voorbeelden zijn punten op gebied van privacy/camerabeleid, omtrent behandelbesprekingen (zie verder hoofdstuk 6 en verderop in dit hoofdstuk overzicht met observaties). Dat deze nu de nodige aandacht krijgen en worden opgepakt, ervaart de afdeling als een verbetering van kwaliteit van zorg.

Rapportage

Zoals eerder genoemd, komt uit de evaluatie naar voren dat de verslagen van de actiegroepen en rapportages door de monitor, de afdeling helpen bij het gevolg geven aan de aanbevelingen en actiepunten te formuleren. Hierbij wordt ook weer aangegeven dat een transparante verslaglegging gewaardeerd wordt; en heldere uitleg hoe observaties tot stand kwamen (informatie van cliënten en/of van medewerkers, observatie van de monitor, ..). Een verpleegkundigen typeert de verslagen als 'adequaat' en 'objectief'. De observaties werden doorgaans herkend en vooral opbouwend van karakter gevonden. Niet bij alle pilots is duidelijk of de verslagen en rapporten steeds door de hele afdeling (kunnen) worden gelezen; bij Pilot 5 geven verpleegkundigen aan dit wel allemaal te doen. In een enkel geval wordt aangegeven dat de terugkoppeling door middel van verslaglegging wat sneller had gekund, zodat er direct aan de slag kan worden gegaan met de actiepunten, en blijkt er enige onduidelijkheid te zijn (geweest) over de afronding, namelijk de afleverdatum van een eindrapport en het plaatsvinden van een eindpresentatie.

Veel actiegroepen geven aan erg nieuwsgierig te zijn naar de uitkomsten van monitoring bij andere afdelingen. Zij zouden veel hechten aan een uitwisseling over-en-weer om van elkaar te kunnen leren en niet alleen 'het wiel te hoeven uitvinden'. Zij uiten vragen als: welke observaties zijn bij andere pilots gedaan? Is het daar heel anders of zijn er dezelfde verbeterpunten naar voren gekomen? Waar liggen sterke punten van teams? Iemand geeft aan: *"Wij hebben nu feedback gekregen op hoe wij werken wat onze positieve punten zijn en wat aan verbetering toe is, maar ik zou dan ook graag willen weten hoe is het dan in Amsterdam, of in Groningen, of in Brabant?"*.

Over route en verantwoordelijkheid voor de eindrapportage wordt ten slotte nog genoemd dat het belangrijk is, enkele pilots zien dit zelfs als voorwaarde voor monitoring, dat bevindingen ook met het bestuur van de organisatie gedeeld worden. Hoewel verantwoordelijkheid voor het verspreiden van het rapport in de pilots bij de PVP lag, zou hier meer gedeelde verantwoordelijkheid, meer beheer van de kant van de organisatie zinvol zijn. Een teamleider: *"Dat wilde ik dus wel, he toen we startten, ik wist dat er dus een aantal dingen veranderd moesten worden, maar goed dat betekent dus dat een aantal faciliteiten ook geregeld moesten kunnen worden."* De meeste afdelingen wachten nog op reactie op de rapportage vanuit het bestuur.

Toekomst

Uit de evaluaties blijkt dat de actiegroepen monitoring ondersteunend vinden aan verbetering van de kwaliteit van zorg en de rechtspositie van de cliënten op de afdeling. Volgens een psychiater hielp de monitoring bij de toepassing van de herziene wetgeving Bopz en de daadwerkelijke, zorgvuldige en juiste uitvoering van het meer schriftelijk vastleggen en informeren van cliënten. Dit heeft al geleid tot kwaliteitsverbetering. In algemene zin heeft de monitoring bewustwording met betrekking tot verbeterpunten op gang gebracht. De actiegroepen staan dan ook positief tegenover een structurele inzet van de monitorfunctie door de PVP, want, zo geven zij aan, 'je kunt er als instelling je voordeel mee doen en het geeft inzicht en biedt mogelijkheid om op eigen tempo te werken aan verandering en verbetering.

Volgens de actiegroepen is de PVP een geschikte instantie om de monitoring uit te voeren, omdat dit een organisatie is met veel expertise, het belangrijk is dat de monitor onafhankelijk is én goed kan omgaan met privacygevoelige informatie. Een teammanager: *"De pvp vind ik dat wel toevertrouwd."* Volgens een verpleegkundige is het een groot voordeel dat de PVP weet hoe met cliënten om te gaan en dat de monitor hierdoor goed aansluiting kan vinden bij cliënten. Zodoende wordt monitoring niet als rol voor de IGz beschouwd. Wel wordt het belangrijk gevonden dat bevindingen met de Inspectie worden gedeeld; het is zinvol wanneer deze inzage kan krijgen in de rapportage van monitoring. Mogelijk kunnen er, zo redeneren verschillende actiegroepleden, centrale aandachtspunten voor de psychiatrie als geheel geïdentificeerd worden, en kan de Inspectie hier actie op ondernemen.

De meerwaarde van monitoring naast de functie van de reguliere pvp, is dat deze laatste zich meer op de individuele cliënt richt, meer ad hoc is en pas in actie komt als er een klacht is of er iets niet goed gaat. De monitor heeft een andere rol volgens de actiegroepen; hij/ zij is er niet om op korte termijn het belang van de patiënt te behartigen maar voor het cliëntencollectief, voor verbeteringen voor de patiënt als groep. Een verpleegkundige: *"Hij is er voor de hele patiëntengroep, voor nu en in de toekomst. Terwijl de pvp die hier op de afdeling is, die werkt individueel."* Hoewel het verschillende actiegroepen opvalt dat de cliëntenraad op een aantal punten overeenkomstige aanbevelingen doet/ deed, zien ze de monitorperiode als van toegevoegde waarde, aangezien er hierin overstijgende en structurele zaken, die niet direct met de (individuele) cliëntenzorg te maken hebben, worden aangekaart en direct gezamenlijk besproken worden op actiepunten.

Dit laatste sluit ook aan bij de ervaring van veel actiegroepleden dat monitoring een kwalitatief leerproces omvat in plaats van een meetinstrument om 'op af te worden gerekend'. Een teammanager geeft aan dat het bij structurele invoering van belang is op welke wijze de monitorfunctie en de uitkomsten van de observaties worden ingezet. Hij geeft aan dat er in het verleden tal van goede initiatieven zijn geïnitieerd om tot kwaliteitsverbetering te komen maar dat veel methoden uiteindelijk werden ingezet als beoordelingsinstrument, gekoppeld aan financiering. Hij vertelt verder: *"Wat ik jammer zou vinden zeg maar, is dat dit gekoppeld wordt aan iets van een zorgverzekering. Dat de verzekering zegt van nou als de monitoring een algemeen rapportcijfer van zoveel zal gaan geven, dan gaan we wel/niet financieren. Dan gaat het z'n doel voorbij."* Een verpleegkundige ziet dit ook als een belemmering: *"Je zal meer kapot maken denk ik (...) dan heb je niet meer die vrijblijvendheid en open blik. Je hebt een ander doel, dan is het doel je target halen op de een of ander manier."*

Over de precieze opzet en structuur van monitoring als structureel kwaliteitsinstrument, lopen de meningen in de actiegroepen uiteen. Een teamleider is van mening dat monitoring regelmatig zou moeten terugkomen, bijvoorbeeld één keer per jaar gedurende een week of zelfs een paar dagen. Een verpleegkundige denkt dat één keer per jaar te veel is en verwacht dat er op de langere termijn veel parallelle bevindingen zullen worden gedaan (zoals bijvoorbeeld onvrede over dagbesteding): *"Ik denk dat dat ook wel vaak dingen zijn die terug blijven komen. Of gewoon ongenoegen van*

cliënten waar niks aan te doen is zeg maar.”. Bij een andere pilot wordt één monitorronde per vijf jaar gezien als vruchtbaar. Daarmee zou er volgens hen voldoende tijd zijn om met eerste verbeterpunten aan de slag te gaan en kunnen volgende monitorperiodes dienen ter evaluatie en als ‘check-up’; 1 à 2 maanden zou dan voldoende zijn. Inhoudelijke suggesties die voor de toekomst worden gedaan, zijn op de eerste plaats dat de focus ook dan op de cliënt moet liggen. Daarbij zou echter -naast gesprekken met cliënten-, ook geobserveerd kunnen worden bij overleggen waar cliënten niet bij aanwezig zijn (overleg behandelteam, verpleegkundigenoverdracht, etc.) en dat monitors bijvoorbeeld een dag mee zouden kunnen lopen met verschillende medewerkers. Volgens de actiegroepen zouden dit nuttige observaties kunnen opleveren, omdat de monitor objectief kan kijken en dus scherp kan zijn op vormen van ‘beroepsblindheid’.

Evaluatie per pilotafdeling:

-deelnemende afdelingen en actiegroepen zijn over het algemeen positief over de monitoring door de PVP,
-zij noemen hierbij de expertise en professionaliteit van de PVP, het feit dat dit een externe en onafhankelijke partij is, dat de monitor in de uitvoering een prettige en open houding innam ten opzichte van cliënten en medewerkers, en dat de PVP bevindingen en aanbevelingen vervolgens op een ‘objectieve’ en dialogische (positieve én verbeterpunten) manier terugkoppelt en bespreekt in de actiegroep.

Evaluatie projectgroep PVP

Na afronding van alle monitorperiodes, is er ook met de PVP-projectgroep, dat wil zeggen de monitors, schaduwmonitors en de projectleiders een evaluatie gedaan (zie voor het format van deze schriftelijke evaluatie Bijlage V). Onderstaand staan de uitkomsten in enkele paragrafen beschreven.

Inhoudelijke observaties: monitoring als spiegel

De projectgroep is positief over wat het monitoren heeft opgeleverd. Een aantal geeft aan verrast te zijn over de hoeveelheid en diepte van observaties die tijdens de looptijd van twee maanden van de pilot zijn gedaan. Volgens de projectgroep kan met monitoren in relatief korte tijd een gesloten afdeling in beeld worden gebracht op een breed scala aan onderwerpen rondom kwaliteit van zorg en patiëntenrechten. Hierbij worden twee opvallendheden benadrukt. Ten eerste wordt aangegeven dat het monitoren tegelijk zicht geeft ‘zwakke’ én sterke kanten van een afdeling. Op deze manier kan beargumenteert worden dat aanbevelingen vanuit een brede, integrale basis worden gedaan en daarnaast algehele reflectie/zelfinzicht van medewerkers kan vergroten, zodat ook hun mogelijkheden voor ontwikkeling in het geheel kunnen toenemen (in plaats van enkel te worden geconfronteerd en ‘afgerekend’ met kritiekpunten). Ten tweede menen projectgroepleden dat het monitoren behalve zichtbare, concrete issues, ook veel aan het licht brengt over interactie, samenwerking en sfeer, en overkoepelend werkwijzen en cultuur van de afdeling. (Dit sluit aan bij bevindingen uit hoofdstuk 5 en 6). Zo schrijft iemand het volgende:

“[g]ebleken is dat pvp'en heel goed in staat zijn om de structuren en verbanden binnen een afdeling snel te doorgronden. Hierdoor kan een pvp zicht krijgen op werkwijze, communicatie en milieu op een afdeling”.

Dit kan teams dus ondersteunen in het ontwikkelen van hun reflexiviteit en bewustzijn ten aanzien van routines en mogelijke valkuilen of blinde vlekken. Doordat de PVP op verschillende afdelingen monitort, ontstaat bovendien de mogelijkheid inzicht in dagelijkse werkpraktijk, kwaliteit van zorg en rechtspositie van cliënten op gesloten psychiatrische afdelingen (meer structureel en) *in hun context* te vergroten, en deze kennis uit te wisselen en hierbij ‘van elkaar te leren’;

"[i]nteressant om verschillende afdelingen met daarbij behorende culturen met elkaar te vergelijken. Er valt een hoop te leren door werkwijzen en inzichten met elkaar te vergelijken of uit te wisselen..".

Observaties die zijn gedaan, gaan gedeeltelijk over heel praktische, concrete dingen maar hebben deels ook betrekking op relationele zaken, communicatie en interactie tussen verschillende afdelingsbetrokkenen en werkwijze van het team. Voorbeelden zijn nieuwe pc's, herbestudering en – evaluatie van de huisregels en van het dagprogramma, omgang met van camera's in slaapkamers van cliënten, gebruik van de comfortroom, algemeen de situatie op het vlak van hygiëne, voorzieningen en comfort, maar ook het schriftelijk verantwoorden van dwangmaatregelen naar cliënten, procedures rondom het vrijhedenbeleid en het opstellen en evalueren van behandelplannen, en observaties omtrent communicatie en afspraken tussen cliënten en artsen, tussen medewerkers en artsen, contact tussen team en cliënten en aanwezigheid van verzorgenden op de groep/afdeling.

Voorbeelden van in de actiegroepen teruggekoppelde observaties:

Monitorobservaties die door de afdeling..	Een voorbeeld uit de pilots	Actie of vervolg?
..als nieuw werden ervaren (eye-openers, blinde vlekken) (wel/geen actie)	-camera's in slaapkamers: "men had zich niet gerealiseerd dat mensen hier een probleem mee hebben... omdat ze niet kunnen zien of de camera aan of uit is". -verpleegkundige handelingen bij gebrek aan behandelkamer in het zicht van mede-clënten uitgevoerd; door cliënten ervaren als gebrek aan privacy	-onderzocht, wordt aangepast -rolgordijntje opgehangen Vpk: 'bracht stukje bewustwording op gang' Teamman: "Het is mooi dat je dat door de monitor terugkrijgt dat mensen zich daaraan irriteren."
..herkend werden en waar men actie op wilde ondernemen	-hygiëne, verwaarlozing	-acties oa: extra aandacht vpk-team, aansturing schoonmakers; team + cliënten samen schilderen
..herkend werden maar niet of minder relevant werden gevonden en geen actie op werd ondernomen	-afdeling kent verschillende mogelijkheden om weg te lopen voor cliënten -formulier beslissing+uitleg dwangtoepassing aan cliënten	-geen actie omdat cliënten manieren zullen blijven vinden om te ontsnappen en afdeling 'geen gevangenis wil worden' -afdeling zegt meer aandacht toe maar geeft tegelijk aan dit bureaucratisch en van weinig belang te vinden
..niet herkend werden en soms ook weerstand opriepen (geen actie)	-team heeft moeite kritiek, dwz verbeterpunten te ontvangen	-geen actie: observatie wordt door afdeling en actiegroep ontkent

De monitor als 'instrument'

Veel (kwaliteit observaties en resultaten) komt bij monitoring neer op 'de schouders' van de monitor. De projectgroep is opmerkelijk eenduidig in het omschrijven van eigenschappen en vaardigheden van de monitor. Bovenal is het belangrijk een open houding aan te nemen en goed, dat wil zeggen aandachtig én zonder oordeel, te luisteren naar -op de eerste plaats- cliënten, maar ook medewerkers, behandelaars en andere betrokkenen. Nieuwsgierig zijn en je zodanig opstellen wordt als intrinsieke motivatie genoemd om de monitorrol op deze manier in te vullen. Het (tijdelijk) opschorten van de eigen mening en agenda is een centraal onderdeel van participerende observatie. Door verschillende projectgroepleden wordt genoemd dat het bij monitoren uiteindelijk om het treffen van een bepaalde balans gaat, namelijk die tussen een *insiders* en *outsiders*-blik²⁷. Je kunnen inleven in "hun wereld" (de afdeling als geheel, beleving van cliënten én medewerkers) en begrip hiervoor opbrengen, is noodzakelijk om genuanceerde, contextuele en gefundeerde observaties te kunnen doen (die ook tot aanbevelingen kunnen leiden, waar de afdeling vervolgens 'iets mee kan'). Tegelijk is het echter ook essentiële de 'frisse blik' en het kritische bewustzijn te behouden om daadwerkelijk nieuw inzicht te kunnen genereren. Een monitor realiseert zich hierover:

"[d]e snelheid waarmee ikzelf me ging identificeren met de afdeling, het gevoel erbij [te] horen, het idee van 'het is mijn afdeling'."

Er wordt zodoende geadviseerd voortdurend 'in je rol van monitor te blijven', oftewel je nadrukkelijk bewust te zijn van deze specifieke rol en de grenzen hiervan. Hieruit volgt de belangrijke aanbeveling jezelf steeds opnieuw te introduceren als 'monitor', helder uitleg te geven over het doel van jouw aanwezigheid op de afdeling, én het verschil met de functie van pvp. Het direct doorverwijzen van individuele vragen en/of klachten van cliënten naar de regulier pvp is van belang om deze helderheid en begrenzing te bewaren.

Uitvoering en organisatie van monitoring

Om de rol van de monitor goed te kunnen uitvoeren, is volgens de projectgroep ondersteuning essentieel; allen noemen het hebben van een vaste 'sparring-partner' of schaduwmonitor als noodzakelijk onderdeel van monitoring. Regelmatige uitwisseling met en feedback van deze mee-lezer van de logboeken en rapporten tijdens het monitoren, én van een leidinggevende helpt bij de verslaglegging en voorbereiding op de terugkoppeling naar de afdeling maar wordt ook als belangrijk ervaren voor het 'kwijt kunnen van je ei' en het meedenken over duiding en selectie van observaties. Dergelijke ondersteuning maakt het mogelijk een constructieve middenweg tussen volledige buitenstaander en volledige betrokkene vorm te geven, en haakt dus direct aan op kwaliteit van het monitoren.

In lijn hiermee wordt het maken van (schetsmatige) aantekeningen tijdens het monitoren ter plekke ook genoemd als van belang voor de uitvoering; details van observaties of de chronologie van gebeurtenissen worden anders gemakkelijk vergeten en monitoring wint hiermee in z'n geheel aan transparantie. Verdere praktische punten zijn volgens de projectgroep het vooraf maken van een realistische planning en duidelijke afspraken met de schaduwmonitor en projectleider over terugkoppeling/ overleg en (met de laatste) onderlinge verdeling van organisatorische taken en verantwoordelijkheden.

²⁷ In de context van participerende observatie en sociale wetenschappen wederom een bekend thema, ook wel aangeduid als balans en (bewust) inzetten van afwisseling van een *emic* en *etic* perspectief. Het is van belang dat deze thema's en vaardigheden nadrukkelijk aandacht krijgen in de training/ scholing voor monitors en schaduwmonitors.

In het verlengde van de noodzakelijke open blik van de uitvoerende monitor, pleiten de projectgroepleden ook voor een open en heldere communicatie bij monitoring in het geheel. Het belang van het bespreken van verwachtingen, doelen en wensen met de afdeling en specifiek met de actiegroepleden, wordt herhaaldelijk benadrukt. Deze uitwisseling en afspraken over het monitoren moeten vanaf de startbijeenkomst worden ingezet. Zowel naar medewerkers van de afdeling, als naar cliënten is het dus van belang duidelijk te zijn in de communicatie; hierbij wordt niet alleen gedoeld op zaken met betrekking tot bijvoorbeeld de eigen introductie maar ook wat er is teruggekoppeld in de actiegroepen aan cliënten en aan de actiegroep wat er mogelijk al eerder aan (individuele) medewerkers is teruggegeven, het open benoemen en bespreken van ervaren 'weerstand' in de actiegroep, en het delen van kleine 'successen' met cliënten. Waar mogelijk pleit de projectgroep ook voor het zoveel mogelijk en voortdurend actief betrekken en op de hoogte houden van de cliëntenraad en eventueel andere bestaande cliënt- en familievertegenwoordiging. De betrokkenheid en terugkoppeling naar deze partijen maar ook van 'hogere' organisatiestructuren én disseminatie naar externe betrokken partijen, door middel van eindrapportage en eindpresentatie, moeten ook voorafgaand aan het eigenlijke monitoren worden besproken en mogelijk vastgelegd in een 'contract'.

Bij dit alles moeten organisatie en concrete afspraken omtrent enerzijds de monitorbezoeken, en anderzijds de actiegroep en actiegroepbijeenkomsten specifieke aandacht krijgen. Het bieden en creëren van 'veilige' sfeer wordt als centraal punt van focus genoemd voor de gespreksleider van de actiegroepbijeenkomsten (dit zou onderdeel moeten vormen van een aparte, dan wel geïntegreerde training voor de gespreksleiders van de PVP). Bij de voorwaarden voor vormgeving valt op dat de projectgroep aan de ene kant de noodzaak voor planning, duidelijke structuur en steun/begeleiding als ondersteunend kader aangeven, maar tegelijk ook duidelijk maken dat monitoring hierbinnen flexibiliteit en ruimte vereist. Zo noemt een projectlid dat het monitoren een 'ontwikkelmodel zou moeten blijven, waarin dus niet alles is vastgelegd in regels en structuren'. Men is van mening dat is het zinvol is per context, per gemonitorde organisatie en afdeling, tijdens het monitoren zelf, duur, opzet en invulling van de periode (enigszins) te kunnen aanpassen. Afhankelijk van de soort afdeling, van de inhoud van de observaties die het monitoren oplevert en van de resultaten die in de actiegroepbijeenkomsten worden behaald, moeten monitor, schaduwmonitor en projectleider (in samenspraak met de desbetreffende afdeling) kunnen beslissen wanneer monitoring kan worden afgerond (als het ware saturatie is bereikt), en wanneer en voor hoe lang (bijvoorbeeld binnen drie tot zes maanden) een korte monitorronde ter evaluatie volgt.²⁸

Meerwaarde

Concluderend zijn de projectgroepleden allemaal overtuigd van de meerwaarde van monitoring voor de rechtspositie van cliënten en de algehele kwaliteit van zorg op gesloten afdelingen (zie ook inhoudelijke bevindingen hoofdstuk 6). Verschillende geven aan dat monitoring veel over relatief gemakkelijk op te lossen problemen gaat, waar in potentie zowel mogelijkheid als intentie voor ontwikkeling op bestaat, maar dat het overkoepelend betrekking heeft en vraagt om een zekere cultuurverandering van teams en afdelingen als geheel. Er is meer bewustzijn nodig omtrent patiëntenrechten en veiligheid van cliënten, maar ook over het belang van sfeer, communicatie en samenwerking tussen cliënten, verpleegkundigen, behandelaars en andere afdelingsbetrokkenen én factor die beeldvorming hier kan zijn. Ten slotte geeft de projectgroep ook aan dat voor het behalen van (blijvende, structurele) resultaten van monitoring, verdeling van verantwoordelijkheid en besef van afhankelijkheid van beslissingen en beleid (en budget) op hogere organisatieniveaus van groot belang is. Naast vroege afspraken over verantwoordelijkheid (binnen de gemonitorde organisatie en tussen de PVP en de afdeling), is het expliciet concretiseren van (mogelijkheden voor) actiepunten in

²⁸ Bij deze afweging speelt wellicht ook de persoon en werkwijze van de monitor in kwestie een rol, zie hoofdstuk 5.

de actiegroepbijeenkomsten heel wezenlijk, mogelijk ook door het inschakelen van een 'hoger niveau' tijdens het monitoren zelf. Een aantal projectgroepleden wijst op het medeverantwoordelijk maken van de actiegroep. Mogelijkheden zijn naast het bovengenoemde contract, bijvoorbeeld het inschakelen van een notulist en/of gespreksleider van de organisatie om meer 'commitment' te creëren, én vooral ook meer structurele 'zwaarte' voor het instrument van monitoring door de PVP. Zo besluit een projectlid als volgt:

"Het zou fijn zijn als we wat meer mandaat hadden. Bij mij werd belangrijke informatie gegeven door een verpleegkundige die dit zelf belangrijk vond en naar voren durfde te komen. Verder wilde de psychiater niets en is ook niet bevraagd. Het zou fijn zijn als mensen 'moesten'".

Evaluatie projectgroep PVP:

- vaardigheden monitor: open + nieuwsgierige blik, flexibele + bewuste rolbepaling als observator, analyse + verslaglegging, dialogische gesprekstechnieken
- feedbackstructuur (verslaglegging, schaduwmonitor) noodzakelijk voor kwaliteit monitoring
- kader monitoring moet ruimte laten voor toespitsing op context
- voorwaarde = open, veilige en dialogische uitwisseling perspectieven (in actiegroepen)
- monitoring=> bewustwording + cultuurverandering mits gedeelde verantwoordelijkheid (in-/extern)
- officiële status/ erkenning monitoring door PVP als kwaliteitsinstrument

Evaluatie Cliëntenpanel Stichting PVP

In de eindfase van het onderzoek zijn bevindingen uit de pilots en voorlopige conclusies teruggekoppeld aan en besproken met het cliëntenpanel van de PVP. Het panel geeft aan een meerwaarde te zien in monitoring als kwaliteitsinstrument uitgevoerd door de PVP. De leden vinden de observaties die in de pilots zijn gedaan erg herkenbaar; "zo is het inderdaad.. maar zo zou het niet moeten zijn". Volgens het panel is de PVP goed in staat vanuit cliëntenperspectief zaken op gesloten afdelingen aan te kaarten en zijn zij bij uitstek geschikt voor een monitorende rol vanwege hun onafhankelijkheid, omdat ze goed individueel kunnen werken, goed kunnen observeren, en een vertrouwensband kunnen opbouwen met verschillende partijen in de desbetreffende organisaties. Dit achten zij van belang voor de kwaliteit en status of 'objectiviteit' van monitoring (; "het is door een onafhankelijke PVP geobserveerd, het is niet de cliëntenraad die zeurt").

Het panel onderstreept nog eens (zoals naar voren kwam in het eerste monitoring onderzoek), dat de IGz een andere 'blik' heeft, en dat zij té ver af staan van cliënten en zich te weinig kunnen verplaatsen in cliënten (of doen dat in ieder geval niet), om het cliëntenperspectief te kunnen vertegenwoordigen. Ook de vertegenwoordiging van cliëntenperspectief door de PVP kan echter maar *tot op zekere* hoogte plaatsvinden, want, zo menen de panelleden, 'het doorvóelen van de beleving en ervaring van cliënten, dát zal [niet-ervaringsdeskundigen] nooit lukken'. Zodoende concluderen zij dat als vast onderdeel van monitoring, formele structuren van cliëntvertegenwoordiging in de organisatie (cliëntenraad, familierraad), óók cliënten zélf zoveel mogelijk gesprekspartner zouden moeten zijn.

Het panel onderschrijft de constatering van de onderzoekers (en de PVP-projectgroep) dat het cliëntenperspectief in de meeste pilots nog onvoldoende geborgd werd. Volgens het panel heeft monitoring er baat bij wanneer er meer en structureel zou worden samengewerkt met cliëntenvertegenwoordigers. Betrokkenheid van cliëntenraad, ervaringsdeskundigen en vertegenwoordigers van familieperspectief zien zij als van wezenlijk belang voor de kwaliteit en effectiviteit van monitoring door de PVP. Voorafgaand aan monitoring zouden verwachtingen

moeten worden doorgesproken en afspraken over organisatie, voortgang en verantwoordelijkheid voor uitkomsten van het monitoren moeten worden gemaakt tussen beide partijen.

Zij zien hier op de eerste plaats ook een rol voor de desbetreffende cliëntenraad. Hoewel wordt onderschreven dat een goed functionerende, actieve cliëntenraad niet altijd realiteit is (waarbij het 'onvindbaar' zijn van een raad in een gemonitorde organisatie, volgens het panel ook een belangrijke bevinding is), kunnen deze formele zeggenschapsstructuren in de organisatie wezenlijk bijdragen aan het stimuleren en op gang houden van door monitoring beoogde ontwikkeling. Cliëntenraden (lokale en/ of centrale) onderhouden contacten met verschillende en 'hogere' niveaus in organisaties en kunnen zo bijdragen aan interne disseminatie en draagvlakvorming van resultaten van monitoring. Bovendien ziet het panel een nadrukkelijke potentiële rol voor cliëntenraden/ cliëntenvertegenwoordigers (naast de PVP) in ondersteuning en evaluatie van uitkomsten van monitoring op de lange termijn, ten slotte, zo geven ze aan, 'is het de cliëntenraad die blijft'. Een voorwaarde voor monitoring is dan ook (waar mogelijk) deelname van de cliëntenraad aan de actiegroep.

Voor structurele ontwikkeling en verbetering door monitoring, moet je volgens het panel "een luis in de pels" zijn en dus niet na een monitorperiode uit beeld verdwijnen (dit sluit aan bij de visie van de PVP-projectgroep; ook zij gebruikten deze uitdrukking). Hierbij is een eindrapport met actie- of verbeterpunten als product van monitoring belangrijk, én samenwerking hierop tussen de monitorende PVP en de cliëntenraad (en eventuele andere cliëntenvertegenwoordigers). Er zou een protocol moeten worden opgesteld over het vervolgtraject en de communicatie over deze aanbevelingen via de cliëntenraad. Door cliëntenraden standaard inzicht te geven of zelfs mede-eigenaarschap over het eindrapport, kunnen zij na de evaluatie uitvoeren en zo aan proberen te sturen op bestendiging van ingezette 'beweging'. Aandachtspunt is hierbij echter wel dat (eind-) verantwoordelijkheid niet bij de cliëntenraad (noch bij de PVP) komt te liggen. Het cliëntenpanel geeft als verdere voorwaarde dat monitoring van 'bovenaf' in de organisatie wordt geïnitieerd, actief gesteund én beheerd (; er wordt genoemd dat de RvB bijvoorbeeld eindverantwoordelijkheid zou moeten krijgen). Dit betekent dat de RvB, directie en mogelijk ook de RvT niet alleen vooraf geïnformeerd moeten worden over monitoring maar ook standaard een eindrapport met overzichtelijke beschrijving van ondernomen en openstaande acties op observaties moeten krijgen.

Volgens het panel kunnen cliëntenraden op basis van eigen ervaringen en inzichten in de afdeling, monitorobservaties helpen duiden en adviseren over thema's om gericht op te observeren/ informeren. Enkele leden noemt echter ook dat 'ook de cliëntenraad altijd alleen maar *op bezoek* is'. Daarom ziet het panel ook een rol voor ervaringsdeskundigen of vrijwilligers om het cliëntenperspectief te ondersteunen. Zij draaien (in sommige gevallen) voor langere tijd mee op een afdeling, zitten bij overleggen, voeren gesprekken met cliënten (; een panellid geeft aan als vrijwilliger iedere zes weken over een lange periode op de afdeling en de meeste cliënten 'echt te kennen'). De vraag wordt opgeworpen of evaluatie van monitoring met betrokken cliënten niet ook streven zou moeten zijn. Het liefst zouden zij zien dat de monitor aan cliënten teruggekoppeld welke observaties worden ingebracht in de actiegroep en welke actiepunten hier vervolgens (wel of niet) op worden ondernomen. Dergelijke terugkoppeling is in de pilots alleen ad hoc, op initiatief van de monitor gebeurd. Enkele leden van het panel geven echter aan dat dit ook voor onrust onder cliënten (en op de afdeling) kan zorgen en veelal niet haalbaar zal zijn, gezien het soms korte verblijf van cliënten op acute-opname afdelingen, dan wel hun gezondheidstoestand op dat moment.

Waar het de interactie met cliënten betreft, noemt het panel wel als belangrijke voorwaarde dat naar hen goed wordt uitgelegd en gecommuniceerd wat monitoring inhoudt, wat het doel is en de werkwijze van de monitor. Bij een heldere introductie van monitoring en de aanwezigheid van de monitor op de afdeling, hoort ook dat geen 'scheve', oftewel te hoge verwachtingen worden gewekt.

Hiervoor meent het panel (zoals andere betrokkenen bij monitoring ook) dat een strikte scheiding tussen de reguliere pvp en monitor essentieel is.

Uiteindelijk stelt het panel dat monitoring een vervolg zou moeten krijgen, aangezien juist 'de dagelijkse dingen', zoals interacties en bejegening hiermee 'op tafel komen', -volgens de leden doorgaans precies zaken waar het op gesloten afdelingen aan schort als het gaat om rechtspositie van cliënten en kwaliteit van zorg, en tevens aspecten die worden onderbelicht in bestaand toezicht en kwaliteitsmeting binnen organisaties en door de IGz. Voorwaarde is dat monitoring *goed georganiseerd* wordt; het panel heeft enige zorg omtrent praktische en financiële haalbaarheid van uitvoering van monitoring in de toekomst. Ze doen de aanbeveling dat kosten en baten goed worden bestudeerd en tegen elkaar worden afgewogen (; 'het moet wel reëel zijn, hoeveel manuren zitten hierin?'). Hieronder valt ook een goede organisatie en structuur van feedback en begeleiding, want, zo wordt aangegeven, "observeren is nog iets anders dan concluderen".

Voor voldoende kwaliteit en status van monitoring als daadwerkelijke ondersteuning van de rechtspositie van cliënten, is een combinatie van structuren/ niveaus van vertegenwoordiging van het cliëntenperspectief noodzakelijk. Vertegenwoordigers van cliënten- en familieperspectief moeten vooraf, tijdens en bij afronding en vervolg van het monitoren worden betrokken, en onderdeel uitmaken van de actiegroepen. Overkoepelende begeleiding op meer structureel niveau moet komen vanuit het cliëntenpanel zélf als adviserend orgaan van de PVP (: evaluatie op langere termijn: wat levert monitoring op, omvat het (nog) voldoende cliëntperspectief). Het panel ziet veel in monitoring als een moreel leerproces en brede dialoog tussen diverse 'stakeholders' in een organisatie. In het verlengde van formele zeggenschapsstructuren, oppert het panel dat wellicht ook andere partijen, zoals ethische commissies, in de toekomst een rol zouden kunnen spelen in interne disseminatie van dit gezamenlijke proces van bewustwording.

Evaluatie Cliëntenpanel Stichting PVP:

- monitoring door PVP ondersteund rechtspositie (met observaties: dagelijkse ervaring cliënten)
- formele én informele cliëntenvertegenwoordiging zoveel mogelijk gesprekspartner bij monitoring
- CR onderdeel van actiegroep gemonitorde afdeling + evaluatie van vervolg actiepunten
- eindrapport ook naar CR maar RvB eindverantwoordelijke
- cliëntenpanel PVP voor overkoepelende evaluatie op lange termijn

8 Conclusies & Aanbevelingen

In deze rapportage zijn de bevindingen van het onderzoek naar de pilots Monitoring door de PVP beschreven vanuit het perspectief van zowel de betrokken afdeling, als de uitvoerende PVP projectgroep. Doel van de monitoring is van 'binnenuit', bottom-up een horizontale vorm van toezicht te creëren door middel van een constructieve dialoog tussen uitvoerder (de PVP) en de medewerkers van de afdeling.

De centrale vraag waarop dit onderzoek een antwoord geeft, luidde:

Onder welke voorwaarden en hoe kan de monitoring-functie door de PVP leiden tot een bijdrage aan de rechtspositie van cliënten in de psychiatrie?

Het doel van het onderzoek was enerzijds het proces en de uitvoering van deze pilots van dichtbij te volgen en te ondersteunen. Anderzijds was beoogd te komen tot conclusies over de waarde en vorm van het monitoren en tot aanbevelingen omtrent randvoorwaarden ten aanzien van monitoring. In de volgende paragrafen zullen de onderzoeksvragen worden beantwoord en conclusies en aanbevelingen volgen.

Conclusies

8.1 Belemmerende en bevorderende factoren voor monitoring

Vraag 1: Hoe verloopt de uitvoering van de monitoring binnen de deelnemende instellingen? Welke factoren bevorderen en welke belemmeren deze uitvoering vanuit actorenperspectief (cliënt, pvp, zorgprofessionals, managers) en vanuit omgevingscontext?

We constateren in antwoord op vraag 1 dat belemmeringen voor pvp'en lagen in onduidelijkheden over tijdsinvestering, omschakeling naar andere rol, onervarenheid in analyse-/onderzoeksvaardigheden en hoe en wat te communiceren naar de afdelingen. Tijdens het proces zijn deze aspecten deels ondervangen, onder andere door gesprek hierover tijdens bijeenkomsten van de projectgroep, intervisie tussen monitors, schaduwmonitors en de projectleiders, bijstelling van het draaiboek, en advies, input en begeleiding vanuit de onderzoekers. Bij aspecten omtrent het bekend worden met de nieuwe monitorrol en bijkomende vaardigheden en bewustwording/alersheid, is gebleken dat ervaring(-kennis) opdoen van belang is en dus ook de factor tijd (tijdens de tweede fase van monitoren waren en voelde de monitors en hele projectgroep zich al beter voorbereid en toegerust) en hier zal dus bij structurele implementatie rekening mee moeten worden gehouden. Genoemde mogelijke belemmeringen moeten echter ook worden voorkomen door middel van specifieke training/ scholing (zie hiervoor verder bij Aanbevelingen).

Bevorderende factoren aan de kant van de PVP waren het eerste informele contact met de desbetreffende organisatie, afdeling en medewerkers, de startbijeenkomst op afdelingen, de rolvastheid van de uitvoerende monitor (: scheiding reguliere pvp taak en de monitorende rol) en het gebalanceerd en goed onderbouwd terugkoppelen van positieve en minder positieve bevindingen van de monitor. Een bevorderende factor was voorts dat de monitors vertrouwen opbouwden met de cliënten van de afdeling. Vervolgens was een gevoel van vertrouwen met de medewerkers van de afdeling ook essentieel voor het realiseren van een goede dialoog over de bevindingen en mogelijke verbeterpunten.

Bevorderende factoren aan de kant van de afdelingen waren de openheid en interesse in monitoring. Er was de verwachting dat dit kansen bood om de kwaliteit van zorg van de afdeling en rechtspositie van cliënten te verbeteren. Het is bevorderend als er veiligheid wordt ervaren op de afdeling. Hierbij gaat het niet zozeer om fysieke veiligheid maar over het feit dat teams open staan voor kritiek en bereid zijn om zich in te zetten om zaken die minder goed gaan te verbeteren, en dat zij hiervoor ook verantwoordelijkheid en zeggenschap ervaren. Veiligheid omvat hier vervolgens ook vertrouwelijkheid en anonimiteit van de monitoruitkomsten naar externe partijen en organisaties toe tijdens de monitorperiode (zodat de afdeling en het team eerst de gelegenheid krijgen zélf aan de slag te gaan met observaties). Passend bij deze behoefte aan veiligheid en de wens om open en neutraal tegemoet te worden getreden, is de verwachting van monitoring als spiegel (versus verticale controle, beoordeling, sanctionering).

Er werden verschillende praktische belemmeringen ervaren door afdelingen, zoals het inpassen van de pilot in hun dagelijkse organisatie en tijd vrij maken voor deelname aan de actiegroep. Daarnaast werd er onduidelijkheid ervaren over wat en wie over de observaties zou worden geïnformeerd en hoe om te gaan met de schaarste aan middelen en financiële beperkingen van de afdeling.

Indien de informatie en communicatie helder is richting cliënten, en rolvastheid wordt betracht, hoeft het monitoren niet tot onrust te leiden onder cliënten. Sterker nog, in de pilots zijn de monitors veelal zeer positief benaderd door cliënten; cliënten geven aan blij te zijn met het bezoek van de monitor en het goed te vinden dat de PVP en de afdeling dit project doen.

8.2 Effectieve en doelmatige uitvoering en implementatie van de monitorfunctie

Vraag 2. Hoe kan de monitorfunctie effectief en doelmatig worden ingezet op afdelingen (frequentie monitoring; duur; bemensing; ev combinatie van taken van monitor en individuele klachtenbehandelaar; rapportage naar afdeling)?

Observatieperiode:

In antwoord op vraag 2 constateren we dat het mogelijk is voor de PVP om in een periode van twee maanden (twee keer per week drie uur monitoren) inzicht te krijgen in de dagelijkse praktijk van de afdeling; in wat sterke en minder sterke kanten zijn van een team en hoe aan de rechtspositie van de cliënten vorm gegeven wordt. Wel dient steeds te worden nagegaan met betrokkenen (dat wil zeggen de uitvoerende PVP en de actiegroepleden dienen hierover onderling in gesprek te gaan) of 'verzadiging' van observaties en aanbevelingen is bereikt voordat de monitorronde kan worden afgerond. In geval van (vermoeden van) onderbelichte thema's of een zeer rustige periode (weinig cliënten, weinig dwangtoepassingen) zou besloten kunnen worden de monitoring met een week/twee bezoeken te verlengen.

Uitvoering en documentatie:

Voor een goede uitvoering van monitoring en de gewenste transparantie en helderheid met betrekking tot structuur en organisatie is een draaiboek dat ten allen tijde toegankelijk is voor alle PVP-betrokkenen ((schaduw-)monitors, projectleiders, ondersteuners) noodzakelijk. In het draaiboek staan vaste tijdsplanning van een monitorperiode met aandachtspunten en data voor start-, actiegroep- en eindpresentatiebijeenkomsten.

Voor doelmatigheid en kwaliteit van monitoring is een logboek of aandachtspuntenlijst met te monitoren thema's essentieel. Hoewel de exacte manier waarop monitors dit format voor hun verslaglegging gebruiken, kan verschillen is dit logboekformat belangrijk voor de noodzakelijke selectie, 'weging' en prioritering en analyse van observaties. Een check van de analyse door een

schaduwmonitor, en projectleider/ leidinggevende van de PVP is noodzakelijk om de betrouwbaarheid van de bevindingen te toetsen, en de monitor kritische vragen te stellen.

Het is effectief als de actiegroep en PVP drie maal bijeen komen. Het werkt vooral goed wanneer de eerste twee bijeenkomsten respectievelijk in week drie en zes plaatsvinden, en de derde en laatste bijeenkomst pas een aantal weken na afloop van de monitoring wordt ingepland. De eerste periode wordt dan gekenmerkt door kennismaking, vertrouwen opbouwen met cliënten, verkenning van brede thematiek afdeling en observaties omtrent concrete zaken. De tweede periode kan de aandacht vervolgens uitgaan naar verdieping van observaties en kunnen aanbevelingen geformuleerd worden omtrent structurele interacties tussen diverse afdelingsbetrokkenen (cliënten, verpleegkundigen, management, behandelaars, ed.) en overkoepelende werkwijzen/ routines van de afdeling. De derde actiegroepbijeenkomst komt ten slotte in het teken van evaluatie te staan (welke actiepunten zijn opgevolgd en welke nog niet, en waarom), zodat de monitoring van de afdeling op een zorgvuldige manier kan worden afgerond, dat wil zeggen het borgen van ingezette 'beweging' en verbetering.

De verslaglegging van monitoring is niet alleen van groot belang voor de kwaliteit en diepte van de observaties en aanbevelingen van de monitor, of de 'accountability' naar externe partijen toe, maar is ook essentieel gebleken voor het op gang brengen van de 'beweging' en het gezamenlijke leerproces in de actiegroep (en in mindere mate op de hele afdeling). De verslagen en tussenrapportages die door de PVP zijn gemaakt, maakten de ontwikkeling en voortgang van monitoring inzichtelijk en transparant voor alle actiegroepleden (PVP én afdeling). Het feit dat actiepunten zo voor alle leden zichtbaar waren en iedere bijeenkomst werden besproken, verhoogde de urgentie en 'zwaarte' ervan. Behalve dat de monitors rapporteren, is de aanwezigheid van een notulist bij alle bijeenkomsten in het kader van monitoring (startbijeenkomst, actiegroepen, eindpresentatie) om deze reden zinvol.

De verspreiding van de verslagen en rapportages ligt in het verlengde hiervan. Om bekendheid en draagvlak van monitoring te stimuleren, en betrokkenheid van de gehele afdeling te stimuleren, is het vruchtbaar de tussenrapporten en verslagen van de (actiegroep-)bijeenkomsten te verspreiden over de afdeling. Het eindrapport verdient hierbij specifieke aandacht, vanwege de grote invloed ervan op doorontwikkeling van bewustwording en het ethisch-morele leerproces op de afdeling, die bijvoorbeeld naar voren kwam uit de reacties van de actiegroep en de andere medewerkers van de afdeling op de conclusies en aanbevelingen aan het eind van de monitorperiode (wanneer positief-constructief en onderbouwd geformuleerd, werden deze bevindingen inderdaad ervaren als spiegel die bewustwording, urgentiebesef, alertheid vergrootte, en daadkracht, gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel en veranderingszin leek aan te zetten). Ook is het eindrapport een belangrijke factor bij het structureel (kunnen) worden van ontwikkeling/ verbetering in de hele organisatie. Door het eindrapport ook naar de RvB en de RvT van de organisatie te sturen, wordt de kans op resultaat vergroot (zie ook paragraaf verantwoordelijkheid).

Afstemming met de afdeling:

Monitoring vergt een tijdsinvestering van zowel de desbetreffende afdelingen, en de PVP. De vereiste tijdsinvestering wordt vooraf besproken met de afdeling/organisatie en contactpersoon. Ook de monitors bij de PVP moeten doordrongen zijn dat voldoende tijd voor de uitvoering (inclusief scholing en dergelijke) wordt vrijgemaakt.

Monitoring is een horizontale vorm van toezicht en vereist een dialogische communicatie tussen de PVP en de betrokkenen op de afdeling. Van deelnemers wordt verwacht dat zij zich open stellen voor de ander en in gezamenlijkheid zoeken naar verbetermogelijkheden. De gespreksleider van de actiegroepbijeenkomsten speelt een belangrijke rol in het faciliteren van de dialoog. De wijze waarop

observaties worden ingebracht vraagt om ruimte voor gezamenlijke duiding. Aangezien er verschillende visies (op de werkelijkheid) kunnen leven op afdelingen, kunnen er spanningen ontstaan in de communicatie. Dit hoeft geen probleem te zijn. Sterker nog, een brede en gelijkwaardige inbreng van diverse perspectieven vergroot de ruimte voor en kans op succesvol gezamenlijk (en creatief, vindingrijk) verkennen en vormgeven van alternatieve werkwijzen en routines op een afdeling.

Afstemming met de IGz en extern toezicht:

Het eindrapport Monitoring zou, behalve bij de PVP, ook door de desbetreffende organisatie zelf opgeslagen moeten worden. Volgens de betrokken partijen (PVP en deelnemende afdelingen) en door de adviserende begeleidingscommissie van het onderzoek, moet de monitorrapportage, net als de jaarrapporten door de PVP, in ieder geval naar de bestuurder van de gemonitorde organisatie gestuurd worden. De IGz kan dit eindrapport dan opvragen bij de organisatie. Zo kan Monitoring het bestaande externe toezicht aanvullen en versterken.

Functieprofiel:

Het monitoren vereist specifieke professionele vaardigheden. De projectgroep PVP pleit er dan ook voor dit niet tot vaste functie van alle medewerkers te maken maar hen te selecteren die het willen en kunnen (bereid zijn te worden opgeleid)²⁹. Onderaan deze paragraaf is een voorbeeld van een profiel voor een monitor opgenomen.

Profiel van een monitor:

- dialogische communicatievaardigheden en gesprekstechnieken
- sensitief waarnemen en observeren van sociale interacties
- grote juridische expertise patiëntenrechten psychiatrie
- bekendheid en ervaring (met kwaliteit van zorg) in acute psychiatrie
- bruggenbouwer: verplaatsen in en verbinden van diverse perspectieven binnen acute psychiatrie
- presentatievaardigheden (startbijeenkomst, actiegroepen en eindpresentatie)
- feedback geven en ontvangen
- ‘interviewen’ van cliënten én medewerkers
- goed in staat vertrouwensband op te bouwen met cliënten én medewerkers
- analysevaardigheden
- open, kritische en reflexieve blik
- schrijfvaardigheden (tussen- en eindrapportage)

²⁹ Ideeën vanuit PVP-projectgroep zijn echter ook: pvp-vervangers laten monitoren (zij zijn meer flexibel in inzet uren dan pvp'en met een vaste afdeling) of een aparte pool monitoren samenstellen (die dus geen regulier pvp-werk (meer) doen), deze worden geschoold en specialiseren zich in monitoring.

8.3 Cliëntenrechten

Vraag 3. Hoe wordt binnen de monitorfunctie invulling gegeven aan de rechtspositie van cliënten in de praktijk? Wat gebeurt er in situaties van conflict of druk, en hoe kan de PVP hierop anticiperen en goed mee omgaan?

Vraag 4: Op welke manieren draagt de monitorfunctie bij aan de verbetering van de rechtspositie van cliënten door de PVP?

Monitoring kan bijdragen aan de rechtspositie doordat de PVP functioneert als een spiegel en een dialoog entameert over de kwaliteit van zorg en welzijn op de werkvloer. Monitoring brengt een bewustwording op gang en vergroot het besef van urgentie over bepaalde issues die volgens cliënten belangrijk zijn. Concrete voorbeelden zijn verbeteringen op het terrein van informatievoorziening over dwangtoepassingen aan cliënten, zoals uitreiking van het formulier 40A, en privacy van cliënten, zoals camerabeleid. Op deze manier draagt monitoring bij aan de rechtspositie van cliënten, waaronder ook een brede bijdrage aan kwaliteit van zorg en welzijn moet worden begrepen. Verder vergroot monitoring niet alleen het bewustzijn van de gemonitorde afdeling ten aanzien van 'blinde vlekken', maar levert ook input voor verdieping van inzichten in de cliëntenbeleving én ervaringen medewerkers/ team en stimuleert een 'frisse en kritische blik' bij de PVP-uitvoerenden.

Zoals ook het eerste Monitoring onderzoek al liet zien, komt uit de observaties uit dit tweede onderzoek ook naar voren dat Monitoring veel oplevert rondom 'softe signalen', onder andere relationele zaken en sfeer op de afdeling. Een wisselende sfeer op afdelingen (wisselwerking van spanning bij cliënten dat afstraalt naar team en *vice versa*) heeft directe invloed op onderlinge interactie en het voorkomen van incidenten. Deze interactie en de algehele sfeer houden beide verband met zowel de ervaren kwaliteit van zorg door cliënten, als met veiligheid, dwangtoepassing en andere zaken rondom de rechtspositie van cliënten. Op afdelingen waar een nauwe samenwerking en veel gevoel van gemeenschappelijkheid tussen verpleging, artsen en afdelingsmanagement bestaat, worden actiepunten voor observaties gemakkelijker geformuleerd.

Er wordt tevens veel geobserveerd omtrent de fysieke opmaak van de afdelingen (hygiëne, dagbesteding, (beleving van de) ruimte, voorzieningen). Deze praktische zaken oefenen eveneens invloed uit op de ervaren kwaliteit van zorg én veiligheid en rechtspositie van cliënten op de afdeling. Mits op een opbouwende en dialogische wijze teruggekoppeld, leiden actiepunten op dit vlak tot duidelijke ontwikkeling op de afdelingen. Een nadrukkelijke afwisseling en combinatie van positieve én verbeterpunten, én van meer feitelijke, eventueel kleinschaliger, observaties met meer relationele en breed omvattende observaties, leidt in de actiegroepbijeenkomsten doorgaans tot het meeste resultaat.

Er zijn ook directe observaties gedaan omtrent vrijhedenbeleid, patiëntenrechten en behandelprocedures. Verschillende keren worden er observaties gedaan over situaties van oplopende spanning, en daarbij deëscalerend vermogen en teamwerk van verpleegkundigen, communicatie en ondersteuning van cliënten onderling, of juist ervaren onveiligheid onder hen ten gevolge van een (bijna-)incident. Door middel van deze observaties ontstond een beeld van hoe fysieke context, sfeer, interactie tussen verschillende partijen (bejegening), wederzijdse beeldvorming, en cultuur van een afdeling deze processen beïnvloeden. De afdelingscultuur wordt gezien als overkoepelende factor, waarin de situatie omtrent dwang en drang samenkomt. Hoewel observaties omtrent cultuur soms gevoelig liggen, brengen ze juist de 'blinde vlekken' ter sprake waar monitoring zich op wil richten, waardoor het mogelijk wordt bepaalde routines te doorbreken en 'beweging' in te zetten.

8.4 Verantwoordelijkheidstoedeling ten aanzien van observaties en acties

Vraag 5. Wat betekent de monitorfunctie in termen van verantwoordelijkheidstoedeling (de gevoelde en morele verantwoordelijkheden) tussen de monitorende en vaste pvp, én de Stichting PVP en de zorgaanbieder (ook vis à vis andere betrokken partijen zoals IGZ en cliëntenraden)?

Voorafgaand aan de pilot was de verantwoordelijkheidstoedeling tussen de monitor en de afdeling niet volledig uitgeschreven. Hypothetisch waren er zorgen wat te doen als er misstanden zouden worden gezien terwijl de afdeling daar anders over zou denken. Hoeveel ruimte en tijd moeten afdelingen krijgen om te reageren op de observaties en hoeveel pressie mag of moet de monitor daarbij uitoefenen? Hieronder lag de vraag wie waarvoor verantwoordelijk is. Hoewel gesteld werd dat de monitor geen verantwoordelijkheid had voor de inhoud van beleid op afdelingen, heeft hij wel een (morele) verantwoordelijkheid om zaken aan te kaarten die (rechts)grenzen over gaan. Een aandachtspunt tijdens de pilot was hoe een afdeling (team/ management) gemotiveerd kon worden de observaties van de monitor serieus te nemen en bereid te zijn acties te ondernemen.

Tijdens de verschillende pilots bleek dat 'de soep niet zo heet gegeten werd'. Er werden geen observaties gedaan waarbij de monitor het idee had deze direct door te spelen naar een hogere laag in de organisatie. De observaties hoewel wisselend in urgentie, leenden zich voor een dialoog met de afdeling. Desondanks waren de pilots een zoekproces naar hoe de monitor zich verhoudt tot de afdeling, tot de vaste pvp die tevens een signalerende functie heeft, en tot andere niveaus van de organisatie (cliëntenraad, geneesheer-directeur, RvB) en toezichhoudende organen (raad van toezicht, IGZ).

In de uitvoering van de pilots zijn hierover een aantal afspraken gemaakt en verhoudingen uitgekristalliseerd. Een belangrijke conclusie is dat het de verantwoordelijkheid is van de monitor om de observaties zorgvuldig te formuleren en te duiden door validering te zoeken bij collega's en cliënten-/ en familieraden, om subjectiviteit en bias tegen te gaan. Vervolgens is het van belang om met de afdeling in gesprek te gaan over de observaties en te kijken welke acties er geformuleerd kunnen worden. In deze fase krijgt de afdeling verantwoordelijkheid om zorgvuldig te reageren op de observaties en in gesprek te gaan over de mate van urgentie om tot acties (wat/ wanneer/ door wie?) over te gaan. Het uitgangspunt is te komen tot consent. Indien dat niet lukt en de dialoog overgaat in een discussie, dient de monitor advies te vragen bij de stichting PVP welke acties vanuit de PVP vervolgd dienen te worden. In concrete situaties moet worden afgewogen of en wanneer andere lagen van de organisatie betrokken dienen te worden.

Als het gaat om het ontwikkelen van gezamenlijk ervaren verantwoordelijkheid, 'commitment' en eigenaarschap in de actiegroepen, kan ook gedacht worden aan het verder verkennen van mogelijkheden op het vlak van roulerend notuleren of het gemeenschappelijk bijhouden van een vast 'logboek' of format met besproken observaties en actiepunten, als een werkdocument waar nieuwe punten iedere bijeenkomst aangevuld worden en concreet gemaakt wie, wat, waar/wanneer, hoe (zoals dat nu in beheer is van de PVP).

Fasering moet hier genoemd worden als factor van belang in ontwikkeling van onder andere (mede-) eigenaarschap en verantwoordelijkheid. In de eerste fase van Monitoring gaat de focus van observaties en aanbevelingen voornamelijk uit naar concrete zaken. Het opbouwen van wederzijds vertrouwen en openheid in wederzijdse verwachtingen is dan belangrijk. Het formuleren en opvolgen van actiepunten op de geobserveerde concrete zaken stimuleert en ondersteunt vervolgens gevoelens van (sociale) empowerment bij de diverse vertegenwoordigers in de actiegroep (zowel afdeling, cliëntenperspectief als PVP). De tweede fase van Monitoring kan ontstaan op basis

van de eerste fase waarin empowerment en vertrouwen zijn ontwikkeld, en vergt tegelijk het meeste van de goede verstandhouding en samenwerking, aangezien nu meer structurele zaken aan het licht (kunnen) komen. Deze fase vereist zodoende een grote reflexiviteit en 'introspectie', en openheid en bereidwilligheid van alle deelnemers. Nu kan daadwerkelijke bewustwording en het gezamenlijke, dialogische leerproces op gang komen (; vergroting mogelijkheden in werkwijzen, 'blinde vlekken' in functioneren, alternatieven vorm krijgen en worden herkend/ ontdekt). De derde fase van evaluatie is belangrijk bij een goede afronding van de monitorperiode én opent de weg naar meer structurele ontwikkeling door terug te blikken op de ondernomen acties en opgepakte aanbevelingen, en vooruit te blikken op op te volgen actiepunten. Belangrijk is hierbij helder af te spreken wie wat doet en wanneer (afdeling, bredere organisatie, cliënten-/ familieraad, dan wel PVP). Dit dient ook als 'overdracht' van verantwoordelijkheid en eigenaarschap aan afdelingsbetrokkenen zelf.

Een aandachtspunt met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de PVP en vooral de uitvoerende monitors en schaduwmonitors is, dat zij in geval van (ernstige) misstanden op een gesloten afdeling waar wordt gemonitord, wanneer deze niet of onvoldoende worden overgenomen door de actiegroep en afdeling, zij deze observaties en aanbevelingen dan moeten kunnen doorgeven naar een hoger niveau in de organisatie (vgl opschalingsprotocol PVP bij signalering).

8.5 Deskundigheid en scholing PVP

Vraag 6. Hoe bereid de PVP zich voor op de nieuwe taken en kan invulling gegeven worden aan deskundigheidsbevordering? Welke voorwaarden hebben de pvp'en nodig om hun rol te kunnen vervullen (begeleiding/relatieel, materiële aspecten, tijd)?

In antwoord op bovenstaande vraag 6 constateren we dat deskundigheidsbevordering noodzakelijk is. Monitoring is een aparte en nieuwe functie, dat passend is voor de PVP, maar zich onderscheidt van het reguliere pvp-werk.

In deze pilot kregen (schaduw-)monitors een training door professionele trainer/ coach. De training legde het accent op (participerende) observatie, interviewen en presenteren. Aan de training moet worden toegevoegd: analysevaardigheden en rapporteren/ schrijfvaardigheden. Aanvullend is een training gespreksleiding voor de leidinggevende/ voorzitter actiegroepbijeenkomsten waardevol.

De terugkomdagen voor (schaduw-) monitors bleken zeer belangrijk voor uitwisseling van ervaringen, frisse blik behouden/ kritische reflectie, casuïstiek (zorgen, vragen wegnemen), verdieping observaties en aanbevelingen.

Uiteraard hoeven geschoolde monitors niet steeds opnieuw de voorbereidende training te volgen. Op de lange termijn kan in plaats van 'terugkomdagen' ook gedacht worden van een landelijk lerend netwerk voor (schaduw-) monitors en projectleiders/ voorzitters actiegroepen, om voortgaande ontwikkeling van deskundigheid te stimuleren.

8.6 Randvoorwaarden

Vraag 7. Wat kunnen we concluderen over de haalbaarheid en randvoorwaarden voor implementatie van de monitorfunctie?

In antwoord op vraag 7 constateren we dat onderstaande randvoorwaarden van belang zijn om de monitoring te kunnen uitvoeren:

De scheiding van de reguliere pvp en die van monitor dient behouden te blijven. Het is niet wenselijk om de reguliere pvp te laten monitoren op de 'eigen' afdeling. Dit kan worden vastgelegd in de doelstelling van de Stichting en in de medewerkersprofielen. Het is van belang deze strikte scheiding ook aan de te monitoren organisaties en afdelingen (evenals de cliënten en cliëntenvertegenwoordigers) kenbaar te maken.

Een heldere introductie van en communicatie over de structuur en het doel van monitoring, en de aanwezigheid en werkwijze van de monitor richting de Raad van Bestuur, beleidsvormende lagen in de organisatie, de desbetreffende afdeling, de lokale/ centrale cliëntenraad, familieraad en eventuele andere cliëntenvertegenwoordigers.

Binnen de organisaties waar de monitoring plaatsvindt dient een interne afstemming plaats te vinden tussen de verschillende organisatielagen over de monitoring. Dit dient transparant en adequaat te gebeuren (belanghebbende/ betrokken partijen op de hoogte van monitoring en betrokken bij opstellen afspraken over opzet, rapportage, ed.).

Bij aanvang uitwisseling van verwachtingen omtrent uitvoering en organisatie van monitoring en de actiegroepen, en het maken van duidelijke afspraken voor alle betrokkenen (PVP, verschillende organisatielagen, cliënten-/ familieraad, etc.). Het vastleggen van uitkomsten in contractvorm (een te ontwikkelen standaardformat) kan borging van deze transparantie en uiteindelijk ook een constructieve samenwerking over-en-weer bewerkstelligen. Bij aanvang integratie van het cliëntenperspectief in de vorm van deelname van de cliëntenraad, mogelijk ook familieraad, en vrijwilligers en ervaringsdeskundigen. Actieve en directe betrokkenheid draagt bij aan duiding en zwaarte geven van observaties en aanbevelingen, en zorgt voor disseminatie van de actiepunten van monitoring in de organisatie en -op langere termijn- bestending van resultaten.

De vorming van de actiegroep en vervolgens de actiegroepbijeenkomsten tijdens het monitoren zijn bijzonder wezenlijk. Om monitoring effectief te maken moet een actiegroep een vertegenwoordiging van bepaalde, diverse perspectieven zijn, namelijk van management, verpleegkundigen, behandelaars én cliënten- en familievertegenwoordigers (behalve PVP, in de vorm van monitor en projectleider). Het includeren van minstens twee personen per perspectief ondervangt eventuele 'gaten' door uitval, en maakt een kritische reflectie en gelijkwaardige dialoog haalbaarder.

Of de samenstelling van de actiegroep vast moet zijn of wisselend, is niet eenduidig. Met het oog op effectiviteit van de actiegroepbijeenkomsten en monitoring als gezamenlijk, moreel-ethisch leerproces, heeft een vaste actiegroep de voorkeur.

Belangrijk is dat de PVP (in samenspraak met andere belanghebbenden) als uitvoerder van monitoring deze -en mogelijk andere- voorwaarden voor monitoring op een afdeling formuleert en deze meeneemt in selectie van en keuze voor de te monitoren afdelingen/ organisaties. Dit is nodig om kwaliteit én effectiviteit van monitoring te borgen.

Goede opstart én afronding voor de hele afdeling (dus niet alleen de intensief betrokken actiegroep) door een startbijeenkomst en eindpresentatie over de uitkomsten van monitoring. De eindpresentatie is van centraal belang voor de disseminatie van aanbevelingen in de organisatie en om structurele verbetering mogelijk te maken.

Een eindrapport komt tegemoet aan de behoefte aan inhoudelijke terugkoppeling aan de afdeling en actiegroep, maar óók om 'hogere regionen' in de organisatie te betrekken bij monitoring en de in gang gezette ontwikkeling.

Overkoepelend speelt de noodzaak voor draagvlak, ervaren eigenaarschap en gezamenlijke verantwoordelijkheid een rol. Bij uitvoering van monitoring is draagvlak op de hele afdeling van belang. Voor structurele 'beweging' en verbetering, dat wil zeggen om daadwerkelijk gevolg te kunnen geven aan de monitorende vorm van toezicht, is echter ook draagvlak in de management- en bestuursorganen van de organisatie nodig.

Het kwalitatieve, horizontale en dialogische karakter van Monitoring en het gezamenlijke moreel-ethische leerproces waar hiermee op wordt aangestuurd en dat zo op gang kan komen, vormt de belangrijkste meerwaarde en dus centrale voorwaarde van dit kwaliteitsinstrument. Hierbij is gedeeld ervaren verantwoordelijkheid en eigenaarschap onder alle betrokkenen (bovenal de actiegroep) van doorslaggevend belang. Dit is een voorwaarde van monitoring die op iedere afdeling en in iedere organisatie, en ook iedere monitorperiode, opnieuw moet worden vormgegeven en opgebouwd. Per specifieke context moet gekeken worden door de PVP (gezamenlijk met de afdelingsbetrokkenen zelf) hoe dit optimaal kan worden gestimuleerd en ondersteund. In ieder geval staat vast dat voor de ontwikkeling van gevoelens van verantwoordelijkheid en eigenaarschap essentieel is, dat monitoring 'als een spiegel' is voor de afdeling, oftewel tegelijk aanbevelingen doet voor verbeterpunten én observeert wat hier werkt en wat goed gaat.

8.7 Risico's

De dialogische en horizontale invulling van monitoring is essentieel gebleken voor de kwaliteit en effectiviteit van dit 'instrument'. Zowel PVP-betrokkenen als deelnemende afdelingen en organisaties geven aan het van groot belang te vinden dat monitoring in de toekomst niet als 'afrekeninstrument' zal worden ingezet of ervaren. Zodoende is het ook belangrijk te benadrukken dat observeren géén totaalbeeld en ook géén definitief beeld van kwaliteit van zorg en rechtspositie op gesloten psychiatrische afdelingen kan geven; ook monitoring is te zien als een momentopname dat nooit een geheel volledige doorsnede van de situatie op een afdeling kan omvatten en dus geen garantie kan geven dat misstanden niet meer plaats zullen vinden. Bovendien heeft het als onderliggend doel cultuurverandering in teams en organisaties, en dat kost tijd. Het is in het belang van monitoring en het gezamenlijk op gang te brengen morele leerproces, dat monitoring wordt opgevat als een investering voor verbetering van zorg, welzijn en rechtspositie van cliënten op lange termijn.

Bovenstaand punt van zorg op gebied van 'accountability' is gerelateerd aan het mogelijk in het gedrang komen van de loyaliteit van de PVP jegens cliënten en het cliëntenperspectief, en de reguliere taak van de PVP. De monitoring kan er mogelijk toe leiden -ofschoon zich dit in de pilots niet heeft voorgedaan-, dat de observaties van de monitor worden gebruikt als alibi richting individuele klachten van cliënten. Men kan zich een situatie voorstellen waarbij een individuele cliënt met een klacht komt over een bepaald onderwerp, terwijl de monitor daar een positief oordeel over heeft uitgesproken. De afdeling zou dan kunnen reageren met verwijzing naar deze observatie door de monitor, om vervolgens niets met de klacht van de cliënt te doen. Hoewel dit risico zich in de pilots niet heeft voorgedaan is alertheid nodig bij de reguliere pvp dat de monitorrapportage niet

wordt misbruikt of strategisch wordt ingezet. Strategische hantering van de monitorrapportage is echter niet met zekerheid te voorkomen, en kan juist op afdelingen die suboptimaal functioneren verleidelijk zijn. De monitor en reguliere pvp dienen hierover contact te hebben in een dergelijke situatie.

De PVP-betrokkenen noemen in het verlengde hiervan het risico dat de Stichting PVP (informeel) verantwoordelijk wordt gehouden voor uitkomsten van de monitoring, dat wil zeggen voor de kwaliteit van zorg en rechtspositie van cliënten in gemonitorde organisaties. Om te voorkomen dat monitoring door de PVP als fiat of stempel wordt benut, is wederom gedeeld eigenaarschap en goede verantwoordelijkheidstoedeling belangrijk. Contractuele afspraken, 'go en no-go'-momenten, en heldere en bewuste fasering van de uitvoering van monitoring kunnen dit ook ondervangen.

Een aandachtspunt is ook ontwikkeling van negatieve beeldvorming omtrent de PVP als uitvoerder van monitoring, wanneer het bijvoorbeeld (in een bepaald geval) tot onvoldoende (zichtbaar) resultaat leidt. Bewustzijn van invloed van een monitorfunctie op beeldvorming over de PVP (en pvp'en) als geheel wordt als essentieel genoemd. Daarnaast geeft de PVP zelf aan in het licht van een monitorfunctie de kerntaak van de stichting en de mogelijke risico's ten opzichte hiervan, scherp te willen neerzetten (en daarmee primaire taken te blijven borgen).

Bij dit alles is een verder aandachtspunt de ervaren verantwoordelijkheid aan de kant van de PVP; de gevoelde verantwoordelijkheid reikt verder dan de formele, wettelijke verantwoordelijkheid en hoewel het wellicht voldoende is bepaalde observaties/ misstanden in het eindrapport te plaatsen dat naar de desbetreffende RVB gaat, voelt dit voor de PVP en betrokken monitors wellicht als te weinig gevolg geven aan hun morele verantwoordelijkheid als vertegenwoordigers van cliëntenperspectief. Ook in dit licht is het belangrijk gebruik te maken van bestaande communicatieve en organisatorische infrastructuur in organisaties, en zowel cliëntenraden (lokaal/ centraal), familiaaraad, als RvB én RvT te betrekken bij (het beheer van) de eindrapportage. Structurele handelingsruimte en 'doorzettingskracht' kan verder worden vergroot door resultaten van monitoring thematisch én anoniem in de jaarrapportage van de PVP op te nemen. Tevens is hier essentieel de IGz betrokken te houden bij de eindrapportages van monitoring; bij signalen of andere berichtgeving omtrent (mogelijke) misstanden op gesloten psychiatrische afdelingen, kunnen zij vervolgens bij de desbetreffende organisatie informeren naar het eindrapport van de gemonitorde afdeling.

Ten slotte moet het feit dat monitoring invloed heeft (en wil hebben) op zowel afdelingen, teams, als op cliënten als aandachtspunt worden genoemd. Bewustwording van dit feit wordt door de PVP geïdentificeerd als een morele verantwoordelijkheid bij monitoring. Het is zodoende aan te bevelen dat de monitor en PVP de inbreng in de actiegroep (en überhaupt vis à vis de afdeling) zorgvuldig en doordacht formuleren en hun inbreng van observaties mede selecteren met het oog op de mogelijke effecten en consequenties op de cliënten. Tegelijk is een aanbeveling hieromtrent echter ook het actief betrekken van deze cliënten zélf bij monitoring door hen bijvoorbeeld te laten meedenken over observaties en mogelijke 'oplossingen' in de actiegroepen.

8.8 Beperkingen studie

Als beperking van deze studie kan genoemd worden dat alleen monitoring zoals uitgevoerd in de zes pilots is onderzocht. De deelnemende afdelingen betroffen allen acute-opname afdelingen in de psychiatrie en bijvoorbeeld geen langdurige opname of forensische afdelingen. Onderzoek naar monitoring op andere afdelingen zou aanvullende inzichten over invulling en uitvoering van monitoring naar voren kunnen brengen. Belangrijker is mogelijk dat de monitorpilots allemaal

plaatsvonden op afdelingen en in organisaties die bereid waren tot vrijwillige deelname hieraan en zodoende zijn ook geen grote weerstanden geconstateerd. In de komende periode is het noodzakelijk verder na te denken over omgang met dergelijke mogelijke weerstanden ten overstaan van monitoring en te concretiseren hoe hiermee kan worden omgegaan bij invoering van monitoring als 'instrument' (; vragen zijn dan onder andere ook of het al dan niet verplicht moet worden gemaakt).

Aandacht in deze studie is voornamelijk uitgegaan naar de uitvoering van monitoring door de PVP en randvoorwaarden met betrekking tot precieze invulling en vorm ervan. Het zou waardevol kunnen zijn in breder opgezet vervolgonderzoek effecten van monitoring op afdelingen en in organisaties, en implicaties voor de praktijk op lange(re) termijn te bestuderen. Er zou dan ook worden kunnen worden ingezoomd op samenwerking met cliënten-/ familieraden of informele cliëntenvertegenwoordigers en de PVP als monitoruitvoerder. Tot slot kan in het kader van toenemende ambulantisering en extramuralisering in de toekomst ook gedacht worden aan verder onderzoek naar hoe monitoring in geval van deze vormen van cliëntenzorg zou kunnen worden ingezet.

8.9 Slotconclusies

De slotconclusie luidt dat monitoring kan bijdragen aan de rechtspositie doordat de PVP functioneert als een spiegel en een dialoog entameert over de kwaliteit van zorg en welzijn op de werkvloer. Monitoring brengt een bewustwording op gang en vergroot het besef van urgentie over bepaalde issues die volgens cliënten belangrijk zijn. In die zin draagt de monitoring bij aan de rechtspositie, als we die rechtspositie breed opvatten (niet alleen houden aan regels, maar ook bijdragen aan kwaliteit en welzijn).

Monitoring vergroot niet alleen het bewustzijn van de gemonitorde afdeling ten aanzien van 'blinde vlekken', maar levert ook input voor verdieping van inzichten in de cliëntenbeleving én ervaringen medewerkers/team en stimuleert een 'frisse en kritische blik' bij de PVP-uitvoerenden.

Indien de informatie en communicatie helder is richting cliënten, en rolvastheid wordt betracht hoeft het monitoren niet tot onrust te leiden onder cliënten. Sterker nog, in de pilots zijn de monitors veelal zeer positief benaderd door cliënten; geven zij veel aan blij te zijn met hun bezoek, het goed te vinden dat zij dit doen.

De monitoring is aanvullend op de bestaande vormen van intern en extern toezicht. De IGz oefent als externe partij verticaal toezicht uit op de algemene kwaliteit en veiligheid. Na inspectiebezoeken wordt een oordeel uitgesproken over de kwaliteit van zorg en de veiligheid. Bij gebreken kunnen eventueel sancties in de vorm van onder curatele stelling worden opgelegd. Waar Monitoring is gericht op het doen van concrete aanbevelingen ten aanzien van de (werk-) praktijk op afdelingen, is de primaire taak en verantwoordelijkheid van de IGz handhaving en 'accountability', oftewel rekenschap afleggen.

De cliëntenraden zijn onderdeel van het interne toezicht. De cliëntenraden hebben een adviserende functie richting bestuur van de zorginstelling. De centrale cliëntenraad richt zich daarbij op de strategische kwesties van de gehele organisatie. Lokale raden zijn adviserend naar het management van de locatie. Cliëntenraden kunnen zaken agenderen, en concrete verbeterpunten aandragen vanuit het cliëntenperspectief.

Monitoring is een horizontale vorm van toezicht, is gebaseerd op systematisch kwalitatief onderzoek en analyse, vindt plaats op de werkvloer, en geeft medewerkers feedback teneinde de kwaliteit en het welzijn te verbeteren. Monitoring brengt een gezamenlijk moreel-ethisch leerproces op gang, en dat is de belangrijkste meerwaarde van dit kwaliteitsinstrument. De betrokkenen in dit onderzoek zijn het er unaniem over eens dat de PVP de organisatie is die hier uitvoering aan kan geven vanwege passende kennis en kunde, onder andere in het omgaan met cliënten en medewerkers.

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat Monitoring een horizontale vorm van toezicht omvat. Behalve dat dit erop wijst dat het niet op de eerste plaats een beoordelend en sanctionerend kwaliteitsinstrument is, duidt dit ook de dialogische, socratische invulling van het instrument aan. Waar verticaal toezicht vooral een hiërarchische taak- en rolverdeling én verdeling van verantwoordelijkheden betreft, waarbij het behouden van kwaliteit vanaf hogere management- en bestuursorganen en toezichthouders wordt beheerd en aangestuurd, wordt in Monitoring de verantwoordelijkheid gedeeld door alle betrokken stakeholders -op verschillende maar gelijkwaardige wijze- en vanuit de praktijk, en zo ook 'bottum-up'-beweging en (mogelijkheden voor) verandering gegenereerd.

De betrokkenen gaan gezamenlijk en allen vanuit eigen (verschillende maar gelijkwaardige) ervaring met en kennis van de praktijk, een dialoog aan, en kunnen tijdens deze uitwisseling, door tijdelijke opschorting van hun eigen oordeel, wederzijds begrip en (h)erkenning ontwikkelen. Hierdoor kunnen nieuwe horizons, alternatieve werkwijzen en effectievere samenwerkingsvormen worden verkend en gecreëerd. Dit is mede mogelijk omdat met de dialogische interactie tussen medewerkers op een afdeling, sociale machtsverhoudingen als het ware opnieuw worden opgebouwd en collectief geduid worden.

Juist nu in de psychiatrie en de zorg algemeen organiserende en bestuderende niveaus in zorgorganisaties zo dominant zijn geworden, ook onder druk van bezuinigingen en de noodzaak voor kostenreductie en –beheersing, ten opzichte van dagelijkse uitvoerende partijen en de werkvloer, is horizontaal toezicht houden relevant. Monitoring kan zo tegemoet komen aan de grote behoefte die onder de verschillende partijen binnen zorgorganisaties bestaat aan meer ruimte voor (inter-) persoonlijke waarden en communicatieve actie.³⁰

Landeweer en Abma schrijven in het eerste onderzoeksrapport Monitoring dat 'vanuit de morele psychologie te verklaren is waarom mensen die behoren tot elkaars 'peers' (gelijken) gemakkelijker blinde vlekken ontwikkelen en dat openheid of bereidheid ten aanzien van een kritische en 'frisse blik' dus de kwaliteit van zorg kan stimuleren. Zij vervolgen: "Jonathan Haidt (2001) ontwikkelde het sociaal intuïtionistisch model (SIM) om te verklaren dat sociale dynamieken van grote invloed zijn op de inhoud van onze morele oordelen en waardeopvattingen. Volgens Haidt, die zijn theorie onderbouwt met psychologische testen, baseren mensen hun morele oordelen op gevoelens en intuïties die voortdurend afgestemd worden ten aanzien van bestaande groepsnormen."³¹

Openheid is van belang om buitenstaanders daadwerkelijk van meerwaarde te laten zijn, zo blijkt uit de morele psychologie. Men is bereid zich kwetsbaar op te stellen, zoals ook de afdelingen die mee deden aan de pilot. Naast onafhankelijkheid is vertrouwen dan ook van belang zodat het veld niet defensief reageert op de 'blinde vlekken' die worden gezien, maar hierover met de betrokkenen in gesprek gaat hoe tot verbeteringen te kunnen komen. De pvp wordt gezien als persoon die daarin bruggen kan bouwen.

³⁰ Zie verder het werk van J. Habermas of Baur & Abma, 2011 over dialoog, 'machtsvrije' ruimte en verandering in zorgcontexten.

³¹ Eindrapport Monitoring door Landeweer & Abma, 2011: 53-54.

Tot slot

Binnen de opgestelde randvoorwaarden, zoals hierboven omschreven, kan de Monitoring zich verder ontwikkelen en verfijnen door deze in de praktijk te brengen en te reflecteren op deze praktijk vanuit meerdere perspectieven.

Hierbij kan aandacht ook uitgaan naar de manieren waarop Monitoring in de psychiatrie als geheel kan worden toegepast en verder verspreid worden, want, zoals in de eerste begeleidingscommissie werd gesteld, naast de hier onderzochte acute-opname afdelingen, zou Monitoring mogelijk ook zeer waardevol kunnen zijn voor bijvoorbeeld langdurige-opname afdelingen en tegemoet kunnen komen aan zorgen omtrent dwang & drang die zich ook hier al langer voordoen.

Tijdens de pilots en de bijeenkomsten met de begeleidingscommissie kwam ook de vraag naar voren hoe Monitoring wettelijk verankerd kan worden en vooral of het kwaliteitsinstrument wettelijk verplicht zou moeten worden. Op dit moment kan hier vanuit dit onderzoek geen definitief en eenduidig antwoord op worden geformuleerd. Duidelijk is dat hier verschillende belangen tegen elkaar zullen moeten worden afgewogen. Enerzijds is het voor de effectiviteit en algehele '*feasibility*' van Monitoring om tot resultaat te komen, nodig dat het als kwaliteitsinstrument een zekere zwaarte en '*leverage*' krijgt, zodat organisaties ook het belang en nut zien en de verbondenheid voelen om hun deelname te verlenen. Anderzijds moet ten allen tijde voorkomen worden dat de horizontale, dialogische kwaliteit door verplichtstelling alsnog zou opschuiven naar een verticaal karakter, en daarmee dus zijn uniciteit en meerwaarde als kwaliteitsinstrument in de psychiatrie zou verliezen.

Ten slotte willen de auteurs met betrekking tot het overkoepelende belang van Monitoring op het volgende wijzen: de ambulantisering vraagt om grote alertheid richting de cliënten in de GGz die niet thuis kunnen wonen vanwege de ernst van de ervaren beperkingen of mate van hospitalisatie. Indien de aandacht van de GGz-instellingen uitgaat naar het ontwikkelen van nieuwe diensten en producten voor de ambulante en thuissituatie -en het ziet er naar uit dat dit meer 'sexy' en aansprekend wordt gevonden dan de zorg voor langdurende, zwaar geïnvalideerde cliënten-, is het juist nodig om deze "overblijvers" niet uit het oog te verliezen. Verscherpte aandacht voor speciaal de intramurale afdeling waar langdurende zorg wordt verleend, en waar vaak lager opgeleide krachten worden ingezet, is nu en in de nabije toekomst hard nodig.

Aanbevelingen

Op basis van de beschreven conclusies worden nu verschillende aanbevelingen voor monitoring geformuleerd.

Voor de kwaliteit en doelmatigheid van monitoring is een goede structuur van centraal belang. Met betrekking tot de structuur van monitoring kunnen voor de voorbereidende fase van de uitvoering op een afdeling de volgende aanbevelingen worden gedaan:

- PR-/ voorlichtingsplan PVP (communicatie met afdelingen inzake monitoring)
- contactpersoon per afdeling benoemen
- contact cliëntenvertegenwoordiging/ (lokale en/of centrale) cliëntenraad, familieraad ed.
- startbijeenkomst hele afdeling
- data actiegroepbijeenkomsten en eindpresentatie vastleggen
- afspraken monitoring & actiegroep(bijeenkomsten) in contractvorm
- optioneel: beslismoment 'go of no-go'. Een 'go of no-go'-beslissing kan een vast onderdeel van de monitorstructuur worden; wanneer het voor de afdeling niet haalbaar of acceptabel is aan de afspraken omtrent monitoring tegemoet te komen, wegen de behaalde resultaten mogelijk niet op tegen de investering van het monitoren.

Bij de uitvoerende fase, oftewel de daadwerkelijke monitorperiode, kunnen omtrent structuur de volgende aanbevelingen worden gedaan:

- monitorperiode van maximaal 3 maanden, ongeveer 16 bezoeken van een dagdeel
- 2 actiegroepbijeenkomsten (week 3/4, week 6/7)
- 1 evaluatiebijeenkomst actiegroep

Aanbevelingen op het gebied van de inhoudelijke invulling van monitoring zijn als volgt:

- toepassing monitoring als spiegel & dialoog, namelijk:
- terugkoppelen van zowel sterke punten, als verbeterpunten afdeling
- open communicatie, veilige sfeer en vertrouwelijk in de actiegroepbijeenkomsten
- inzet op ontwikkeling gedeelde verantwoordelijkheid en gezamenlijk eigenaarschap
- draagvlak afdeling (medewerkers en cliënten) én organisatie hanteren als selectiecriteria
- flexibel kader van monitoring laat bewust ruimte voor afstemming per context
- status monitoring: horizontaal toezicht complementair aan bestaand intern + extern toezicht

Bij de afrondende fase zijn de volgende punten aan te raden:

- eindpresentatie uitkomsten monitoring aan hele afdeling
- eindrapport standaard naar actiegroep, afdeling, cliëntenvertegenwoordigers/ (lokale en/of centrale) cliënten- en familieraad, Raad van Bestuur en Raad van Toezicht (: noodzakelijke verantwoordelijkheidsdeling voor gevolg geven resultaten)
- optioneel: RvB eindverantwoordelijk eindrapport. Wanneer het eindrapport na een monitorperiode standaard aan hen wordt aangeboden, ondersteunen zij als mede-eigenaar structurele verbetering in de organisatie
- IGz informeert bij signalen van een afdeling bij desbetreffende organisatie naar het eindrapport monitoring door de PVP

- Stichting PVP verwerkt bevindingen uit monitoring in jaarrapportage (anoniem en thematisch)

Dit onderzoek laat zien dat de Stichting PVP een geschikte partij is om monitoring uit te voeren. Als het gaat om deze uitvoering door de PVP kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd:

- focus van PVP bij monitoring op rol als bruggenbouwer
- aanhouden van uitvoerende driehoek: monitor, 'schaduwmonitor' en leidinggevende
- notulist bij startbijeenkomst, actiegroepbijeenkomsten en eindpresentatie
- opstellen van medewerkerspool PVP met gecombineerde maar aparte functie pvp én monitor (niet verplicht stellen)
- suggestie: blijvende uitwisseling en reflectie in 'lerend netwerk' Monitoring PVP
- structurele evaluatie & advies vanuit Cliëntenpanel PVP

Monitoring vereist als nieuwe functie specifieke vaardigheden, kennis en ervaring. Op gebied van deze noodzakelijke professionalisering zijn aanbevelingen als volgt:

- vaste scholing voor nieuwe monitors én schaduwmonitors met 'terugkomdagen'
- onderwerpen training: participerende observatie, presenteren en geven/ ontvangen van feedback, 'interviewen' en gesprekstechnieken, analyseren en rapporteren
- aparte of geïntegreerde training omtrent dialogische gespreksleiding

Ten slotte kunnen als centrale ondersteuning bij monitoring, nodig om kwaliteit, continuïteit en consistentie te blijven borgen, een overzicht van de volgende 'tools' voor uitvoering worden gegeven:

- draaiboek monitoring
- logboek/ aandachtspuntenlijst
- kritische reflectievragen (tijdens monitoring, voor monitor en schaduwmonitor)
- vaste agendastructuur actiegroepbijeenkomst 1, 2 + 3
- vaste verslagstructuur actiegroepbijeenkomst 1, 2 + 3
- format tussenrapport/ presentatie monitor in actiegroep
- format eindpresentatie
- format eindrapport

Samenvatting

Aanleiding voor dit onderzoek zijn zorgen van de Stichting PVP en andere betrokkenen in de psychiatrie en de Ggz in Nederland, zoals de IGz en het ministerie van VWS, over de kwaliteit van zorg en rechtspositie van cliënten op gesloten psychiatrische afdelingen.

In 2010 deed de Stichting PVP met budget van VWS verkennend onderzoek naar wenselijkheid en draagvlak voor een monitorende rol door de PVP op gesloten afdelingen, als complementair aan intern toezicht en het externe IGz-toezicht. De keuze voor de PVP kwam voort uit hun onafhankelijke positie binnen de Ggz, hun juridische expertise op het vlak van patiëntenrechten en kennis over en ervaring met het functioneren van gesloten afdelingen en de positie van cliënten hier. Het onderzoek toonde een meerwaarde van de rol van een monitorende Stichting PVP aan, gelegen in het spiegelen van zowel positieve als verbeterpunten, die de kwaliteit van leven en zorg van patiënten beïnvloeden. Door monitorobservaties op dialogische wijze met verschillende betrokkenen op de werkvloer te bespreken, kwamen 'blinde vlekken' aan het licht en was het monitoren aanvullend op het bestaande systeem van 'checks and balances' in de psychiatrie.

Het tweede onderzoek richtte zich op de praktische vormgeving van Monitoring door de PVP. De onderzoeksvraag luidde: *Onder welke voorwaarden en hoe kan de monitorfunctie door de Stichting PVP leiden tot een bijdrage aan de rechtspositie van cliënten in de psychiatrie?*

In 2012 voerde de PVP pilots van 2 maanden uit op 6 gesloten afdelingen. Onderzoekers van VUmc begeleidden deze door middel van een kwalitatieve procesevaluatie, waarbij ook interviews, observaties en focusgroepen werden georganiseerd.

Het is gebleken dat met monitoring door de PVP een goed inzicht kan worden verkregen in de sterke en minder sterke kanten van een team door systematische, kwalitatieve observaties en gesprekken. Dit kan in relatief korte tijd maar vergt een intensieve investering. Het monitoren vereist specifieke professionele vaardigheden en is een nieuwe, aparte functie. Een logboek of aandachtspuntenlijst en een 'schaduwmonitor' zijn essentieel voor kwaliteit (duiding en selectie) van observaties. Een goede verslaglegging van monitoring, vooral (tussen- en) eindrapportage, zijn van groot belang voor de kwaliteit van de monitoring en aanbevelingen van de monitor, voor de 'accountability' naar externe partijen toe, én voor het op gang brengen van 'beweging' en een moreel-ethisch leerproces in de actiegroep en op de afdeling. Het sturen van het eindrapport naar de RvB en de RvT van de organisatie, vergroot de kans op resultaat.

Wanneer Monitoring als een horizontale vorm van toezicht en via dialogische communicatie wordt ingezet (in plaats van als verticaal beoordelings- en sanctioneringsinstrument), draagt het bij aan de rechtspositie van cliënten op gesloten afdelingen. De PVP functioneert dan als een spiegel en entameert een dialoog over de kwaliteit van zorg en welzijn op de werkvloer. Het brengt een bewustwording op gang en vergroot het besef van urgentie over bepaalde issues die volgens cliënten belangrijk zijn; zo levert het input en verdieping en zorgt het voor een 'frisse en kritische blik' bij team/ afdeling en de PVP-uitvoerenden. Concrete verbeteringen doen zich bijvoorbeeld voor rondom informatievoorziening over dwangtoepassingen aan cliënten, zoals uitreiking van het formulier 40A, en privacy van cliënten, zoals camerabeleid. Op deze manier draagt monitoring bij aan de rechtspositie van cliënten, waaronder ook een brede bijdrage aan kwaliteit van zorg en welzijn moet worden begrepen. Voorwaarden voor effectief monitoren zijn onder andere een brede vertegenwoordiging van perspectieven in de actiegroep, in ieder geval management, verpleegkundigen, behandelaars én cliënten- en familievertegenwoordigers, en gedeeld ervaren verantwoordelijkheid en eigenaarschap onder alle betrokkenen (bovenal de actiegroep) én draagvlak in de management- en bestuursorganen van de desbetreffende organisatie.

Referenties

- Abma, T., Y.Voskes, E. Landeweer et al. (2009). Lerende netwerken. Uitdagingen en oplossingen voor dwangreductie in de praktijk. *MGv* 64 (6), 571-583.
- Abma, T.A., G.A.M. Widdershoven, E. Landeweer, Y. Voskes, A.J. Vrijlandt & J. Hommes (2008) Opsluiten moet stoppen. Tien punten voor separeerarme psychiatrie, *MGV*, 12: 984-988.
- Abma, T.A. en J. Broerse (2007). Zeggenschap in wetenschap. Patiëntenparticipatie in theorie en praktijk. Den Haag: Lemma.
- Abma, T.A. & G.A.M. Widdershoven (2006) Moral deliberation in psychiatric nursing practice, *Nursing Ethics*, 13 (5), 546-557.
- Abma, T.A. & G.A.M. Widdershoven (2006). Responsieve Methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk. Den Haag: Lemma.
- Abma, T.A., G.A.M. Widdershoven & B. Lendemeijer (red) (2005) *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma.
- Abma, T.A. & G.A.M. Widdershoven (2005). Dwang en drang in de psychiatrie. Cultuurverandering in de geestelijke gezondheidszorg, *MGv* 6 (60): 608-622.
- Blaxter, M. (1996). Criteria for the evaluation of qualitative research papers. In: *Med Social News*, 22: 68-71.
- Greene, J.C., H. Kreider & E. Mayer (2005). Combining Qualitative and Quantitative Methods in Social Inquiry. In: Somekh, B. and C. Lewin (eds.) *Research Methods in the Social Sciences*, London: Sage.
- Guba&Lincoln, 1989. Guba, E.G. & Y.S. Lincoln (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Beverly Hills: Sage.
- Hommes, J. & T.A. Abma (2009) *Gedwongen opnemingen psychiatrische patiënten/cliënten. Een leidraad voor diens advocaat*, In opdracht van de Orde voor Advocaten/Raden voor rechtsbijstand. Uitgegeven bij Lemma/BOOM, Den Haag, juni 2009.
- Kortman, F. Dwang in de psychiatrie. Patiëntenrechten en beroepsethiek. Tijdschrift voor Psychiatrie. 1995, p. 759-768.
- Landeweer E., Leyerzapf H. & T. Abma. Onderzoeksvoorstel Pilot Monitoring door patiëntenvertrouwenspersonen, 2012.
- Landeweer, E & T. Abma (2011) *Eindrapportage Onderzoek Monitorende functie van de stichting PVP*. VUmc/ Afdeling Metamedica.
- Landeweer, E., T. Abma, G. Widdershoven (2011) Moral Margins concerning the use of coercion in psychiatry. *Nursing Ethics* 18 (3), 304-316.
- Landeweer E., T. Abma, Linda Dauwerse and Guy Widdershoven (2011) Triad collaboration in psychiatry. Privacy and confidentiality revisited. *The international Journal Feminist Approaches to Bioethics*, vol 4, 121-139.

- Landeweer, E., T. Abma, G. Widdershoven (2010) The essence of psychiatric nursing. Redefining nurses' identity through moral dialogue about reducing the use of coercion and restraint. *Vol 33, no 4*, E31-E42.
- Landeweer, E., T. Abma, J. Santegoeds & G.A.M. Widdershoven (2009) Psychiatry in the age of neurosciences, *Poiesis & Praxis: Volume 6, Issue 1*, 43-55.
- Landeweer, E., T. Abma, R. Richartz et al. (2009) Dwangreductie: naar nieuwe morele kaders en verantwoordelijkheden. *Mgv 64 (6)*, 593-603.
- Landeweer, E., T.A. Abma, R.L. P. Berghmans, J.C.J. Dute, W.A. Janssen & G.A.M. Widdershoven (2007) *Evaluatie Wet Bopz, deel 3, Dwang binnen de instellingen*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Onderzoeksinstituut Caphri, Universiteit Maastricht.
- Landeweer, E., T.A. Abma, J. Dute, W. Janssen & G.A.M. Widdershoven (2008) Hoe nu verder na de Wet Bopz? *MGV, 4*: 286-289.
- Mays, N., Pope, C. (eds.). *Qualitative research in health care*. London: BMJ Publishing Group, 1996.
- Miles, M.B. & Huberman, M. (2002). *Qualitative Researcher's Companion*. Sage Publications.
- Reeves, S., Albert, M., Kuper, A., & Hodges, B. D. (2008). Why use theories in qualitative research? In: *BMJ*, 337, 949.
- Stake, R.E. (2004). *Standards-Based and Responsive Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Voskes, Y. & G. Widdershoven (2012). Best practices in reducing coercion in psychiatry. *Submitted*.
- Welles, F. Rapportage 'Omstandigheden in de psychiatrie: een overzicht van situaties die verbetering behoeven'. Stichting PVP, oktober 2008.
- Widdershoven, G.A.M. & T.A. Abma (2008) Hulp en dwang vanuit zorgethisch perspectief, *Justiele verkenningen*, 34(3): 68-78.

Achtergrond- en contactgegevens onderzoeksteam

H.Leyerzapf, onderzoeker
h.leyerzapf@vumc.nl

Drs. H. Leyerzapf is als junior onderzoeker verbonden aan de vakgroep Metamedica, VU Medisch Centrum en het onderzoeksinstituut EMGO+. Zij studeerde Culturele Antropologie in Amsterdam en schreef een scriptie over empowerment en identiteit van Nederlandse moslima's met Marokkaanse achtergrond in Rotterdam (Leyerzapf, 2008). Daarna hield zij zich onder andere bezig met onderzoek naar empowerment, autonomie, authenticiteit en *identity politics* in Leiden (ISIM) en in Amsterdam (ASSR). Sinds 2010 is zij bij VUmc betrokken geweest bij verschillende projecten, onder andere op het gebied van interculturalisatie en diversiteit (Tjitra, Leyerzapf & Abma, 2011) en dat van medezeggenschap en patiëntenparticipatie (Visse et al., *in press*).

T.Abma, hoogleraar
t.abma@vumc.nl

Dr. T. Abma is als hoogleraar Cliëntenparticipatie en onderzoekscoördinator verbonden aan de vakgroep Metamedica, VU Medisch Centrum en onderzoeksinstituut EMGO+. Abma heeft onder meer veel ervaring en expertise op het terrein van evaluatieonderzoek (Abma en Widdershoven, 2006) en gaf leiding aan vele onderzoeksprojecten, waaronder onderzoek naar dwangreductie op gesloten afdelingen in vijf ggz-instellingen (Abma, et al., 2009). Eerder coördineerde zij de kwalitatieve evaluatie van de implementatie van kwaliteitscriteria voor dwang en drang in de psychiatrie (Abma, et al, 2005, Abma en Widdershoven, 2005, 2006; Widdershoven & Abma, 2008) en was zij betrokken bij de evaluatie van de Wet Bopz (Landeweer et.al, 2006, 2008). Recentelijk schreef zij een boek voor Bopz advocaten (Hommes en Abma, 2009). Zij vervult een opiniërende rol in actuele discussies over dwangreductie binnen de psychiatrie (zie oa Abma, et al 2008).

E.Landeweer, onderzoeker
e.landeweer@vumc.nl

Drs. E. Landeweer is als medior onderzoeker verbonden aan de vakgroep Metamedica, VU Medisch Centrum, en onderzoeksinstituut EMGO+. Zij studeerde wijsbegeerte en schreef een scriptie over het thema 'Zorgverlamming in de psychiatrie'. Zij voerde een deelonderzoek 'Dwang binnen instellingen' in het kader van de evaluatie van de Wet Bopz uit (Landeweer et.al, 2006, 2008) en is betrokken bij evaluatieonderzoeken naar dwangreductie op gesloten afdelingen van ggz-instellingen (Landeweer et.al., 2009; Landeweer et.al, 2010; Landeweer et.al, 2011). In 2010 was zij uitvoerend onderzoeker van het onderzoek 'Monitorende functie van de Stichting PVP' in opdracht van de stichting PVP en VWS (Landeweer & Abma, 2011). Daarnaast werkt zij aan promotieonderzoek over de rol van empirisch ethisch onderzoek in de ontwikkeling van goede zorg in de psychiatrie.

Bijlage I

Samenstelling projectgroep PVP:

André de Mol, projectleider, voorzitter actiegroepbijeenkomsten
Hans Hiltemann, projectleider, voorzitter actiegroepbijeenkomsten
Anda Verlinde, monitor
Manna Ellen, monitor
Christa Noordam, monitor
Roeland Hofstee, monitor
Hans Floor, monitor
Arianne de Geus, schaduwmonitor

Samenstelling begeleidingscommissie:

Nannie Flim, directeur Stichting PVP
Ton Peter Widdershoven, jurist Stichting PVP
Wim van Beek, RvB Parnassia Bavo Groep
Christien van der Hoeven, LPGGZ
Ria Trinks, LPGGZ en Ypsilon
Linda Verstegen, Ministerie van VWS
Marja van der Zanden, IGZ
Saskia van den Elzakker, Cliëntenpanel Stichting PVP
Tineke Abma, VUmc

Logboek voor monitoring

Naam monitor-pvp:

Locatie:

Datum observatie:

Tijd:

1. Geef een korte beschrijving van wat je gedaan hebt op de afdeling.

- Hoe heb je dat ervaren?
- Hoe werd er op je gereageerd?
- Heb je iets bewust niet gedaan? Ja / Nee Zo ja, waarom?
- Vind je jouw monitoring van dit dagdeel relevant? (ook in licht omslag indiv. klachtenbehandelaar en signaleren (: actiegerichtheid) => observator-monitor)
- Waarom wel/ niet?
- Wat zou je een volgende keer anders doen? Waarom?

2. Sfeer en cultuur

-observeren

-informereren

- Eerste indruk afdeling, ruimte (geluid, geur, stemming, licht)
- Omgang mensen op afdeling (cliënten onderling, aanwezigheid bezoekers, cliënten vis à vis medewerkers)
- Fysieke omgeving, inrichting (kleurgebruik, materiaal, meubels), uitzicht (op/ en evt buitenruimte)

3. Comfort (gastvrijheid, hygiëne, eten, privacy, huiselijkheid, gezelligheid, sfeer)

-observeren

-informereren

- kwaliteit van de fysieke afdeling (o.a. eigen kamers, eigen douche/ toilet/ gezamenlijke ruimtes, comfort room, rookruimte, verlichting, buitenruimte, woonkamers, hygiëne)
- mate van (geluids)overlast
- kwaliteit van het eten
- privacy/ respect, bv. op de deur kloppen/ sleutelbeleid

4. Dagbesteding

-observeren

-informereren

- Mogelijkheden van activiteiten op of buiten de afdeling; sluit het aan bij behoeften van cliënten?/ veiligheid weg hiernaartoe?
- Faciliteiten op óf buiten de afdeling o.a creatieve ruimte/ sportmogelijkheden/ internet/ telefoon/ televisie/ kranten

- Aanbod/ mogelijkheden van behandeling, therapie

5. Veiligheid

- observeren
- informereren
- Gevoel veiligheid personeel én cliënten
- Aanwezigheid veiligheidsmedewerkers
- Fysieke veiligheidsmaatregelen (overzicht afdeling, voorzieningen als alarmknoppen, piepers, ed.)
- Preventiebeleid veiligheid
- Omgang met agressie/ voorkomen agressie (deëscalerend vermogen medewerkers)
- Politie (interactie met, rol bij separatie)

6. Bejegening (communicatie)

- observeren
- informereren
- Ontvangst op de afdeling van cliënt, bezoek (gastvrijheid)
- Omgang van personeel met cliënten (veeleisende cliënten, minder mondige cliënten)
 - Het nakomen van afspraken/ beloften
 - Het informeren van cliënten bv over procedures, afdelingsregels bij binnenkomst en vervolg
 - Voelen cliënten zich gehoord? Zijn er klachten?
 - Waar vinden gesprekken plaats?
- Omgang met spanningen, conflicten
- Bejegening bij de verpleegpost
- Hoe zichtbaar, aanspreekbaar is het personeel? Hoeveel aanwezig op afdeling; wanneer en waar?

7. Familie

- Bezoekregelingen
- Communicatie en omgang afdeling en medewerkers naar/met familie
- Familiebeleid (structuur: aanwezigheid familieraad, aandachtsfunctionaris)
- Familievertrouwenspersoon?

8. Vrijheden

- observeren
- informereren
- Afdelingsregels (huisregels, algemene normen, oa. verlofaanvragen, bezoek verplicht op kamer of juist niet?, corvee)
- Deelname aan programma/ verplichtingen op afdeling (impliciete regels: gezamenlijk eten, nachtrust, ed.)
- Bewegingsvrijheid op de afdeling (o.a. keukengebruik, ook mogelijkheden eigen gebruik)
- Individuele vrijheden (afspraken met cliënten, wanneer/ hoe terugkrijgen)
- Omgang met afdelingsregels/ afdelingstructuur/ afdelingsprogramma's

9. Dwangtoepassing

- observeren
- informereren
- Openheid medewerkers over dwangtoepassingen
- Omgang crisis, maatregelen tegengaan dwang en drang; hoeveel aandacht preventie in praktijk (methoden als signaleringsplannen/ crisiskaart, dwangreductieproject)? Steun hierbij leidinggevenden aan verplegend team?
- Gebruik van noodmaatregelen (medicatie/ separatie, toediening pijnprikkels)
- Kwaliteit van separeerruimte/ afzonderingskamers (o.a. aanwezigheid van informatie, hygiëne, veiligheid, comfort, functioneren bv radio, intercom, camera, bouwvoorschriften, plaats van/ veiligheid weg naar separeer)
- Aanwezigheid en omgang met protocollen en richtlijnen rond dwangtoepassingen (afspraken tav dwang en drang/ methodieken/ trainingen)
- Evaluatie van dwangtoepassingen (met cliënt)
- Aanwezigheid van verpleging op de groep
- Aanwezigheid en gebruik van comfort room

10. Patiëntenrechten

- observeren
- informereren
- Beschikbaarheid kennis/ voorlichting (folder); up-to date?
- Cliënten bij binnenkomst geïnformeerd over rechten en vrijheden?
- Aanwezigheid van behandelplan
- Contactmomenten met arts/ behandelaar
- Hoe reageert personeel op klachten cliënten?

11. Hoe wordt invulling gegeven aan bezuinigingen op de afdeling?

- observeren
- informereren

Bijlage III Format feedbackvragen bij monitoren

Feedbackvragen bij monitoring

Onderstaande reflectie- en evaluatievragen vragen zijn bedoeld ter ondersteuning van de monitor; als leidraad, dan wel open inspiratie bij feedback- en overlegmomenten tussen de monitor en schaduwmonitor.

1. *Algemene indruk*

Zijn er dingen op de afdeling die je bijblijven of waarover je, je verbaast?

Opmerkelijke positieve indrukken?/ Negatieve indrukken?

2. *Rol als monitor*

Hoe ervaar je tot-nu-toe je aanwezigheid op de afdeling?

Hoe voel je, je in je rol als monitor?

Hoe ervaar je, je rol als monitor nu in vergelijking met toen je net begon?

3. *Interactie met de afdeling*

Hoe wordt er op je gereageerd door cliënten?

Hoe reageren verpleegkundigen op je?

En andere afdelingsbetrokkenen of –bezoekers?

Hoe gaan cliënten en verpleegkundigen onderling met elkaar om in jouw bijzijn?

Hoe gaan verpleegkundigen om met cliënten in jouw bijzijn?

4. *Concrete inrichting monitoring*

Ben je tevreden over de vorm/ inrichting van je bezoeken aan de afdeling?

Heb je iets bewust wel of niet gedaan? (Waarom?)

Wil je hier iets mee doen?/ Moet er iets anders (duur, regelmaat, tijden van bezoek)?

5. *Observaties en aandachtspunten*

Wat vind je van de observaties die je bezoeken opleveren?

Zijn ze wat je had verwacht?

Heb je het gevoel dat je voldoende focus hebt? Zijn er specifieke zaken waar je, je bij de volgende bezoeken op wilt richten?

Heb je het idee dat je observaties en aanbevelingen ondersteunend kunnen zijn aan verbetering van kwaliteit van zorg en de rechtspositie van cliënten op de afdeling?

Wat zou de PVP hier verder mee kunnen/ moeten doen?

Kunnen/ moeten anderen hier iets mee doen?

Heb je het gevoel dat het monitoren door jou waardevol is?

6. Ondersteuning monitor

Voel je je voldoende ondersteund bij het monitoren?

Heb je ergens behoefte aan?

Zou er iets anders moeten in de voorbereiding of uitvoering van het monitoren?

Bijlage IV Vragen focusgroep Evaluatiebijeenkomst per pilotafdeling

A Algemene ervaringen monitoren

- Hoe kijken jullie nu terug op de pilot?
- Positieve of minder positieve dingen die opvielen/ zijn bijgebleven?
- Waarom pos/neg; voorbeelden?
- Hebben er zich ontwikkelingen voorgedaan op de afdeling? (concrete voorbeelden?)

B Uitvoering door de monitor

- Wat vinden jullie hierbij belangrijk?
- bv op vlak van houding/ opstelling naar afdeling, contact/ interactie met cliënten, met medewerkers?
- praktisch: mening over duur monitorperiode zoals die nu is geweest? En duur + frequentie monitorbezoeken?
- mbt invulling/ inhoud monitoren: waarop zou gemonitord moeten worden? Wat vinden jullie belangrijk, wat minder/ niet relevant? Zijn er dingen waar het monitoren niet over zou moeten gaan? Waarom?

[-bovenstaande A + B ook in licht regulier functie PVP; verhouding hiertussen, hoe zou die er voor jullie uit moeten zien?]

C Actiegroepen

- Hoe vonden jullie de actiegroepbijeenkomsten verlopen?
- Wat vonden jullie van de inhoud, sfeer en de communicatie tijdens de bijeenkomsten?
- En van de manier van terugkoppelen door de monitor en pvp-voorzitter?
- Wat kan beter?

- Wat vonden jullie van huidige opzet en organisatie?
- vb: duur bijeenkomst, frequentie, intervallen ertussen
- samenstelling actiegroep: is die werkzaam/ constructief? (moet die wisselen of juist niet)
- "beheer": gespreksleider en notulen door PVP of bv door afdeling zelf?

D Rapportage

- Wat vonden van de manier van rapporteren?
(Observatierapporten monitor, verslagen actiegroepbijeenkomsten door PVP, Eindrapportage door monitor/PVP.)
- Eventuele reacties op afdeling onder medewerkers?
- Wat is hierbij voor jullie van belang? (Zwaartepunt bij Eindrapport monitor.)
- Wat moet er in tussenrapportages en eindrapportage staan?

-Welke route? Aan wie, wanneer en hoe zou deze moeten worden verspreid; door PVP of door afdeling zelf? Verder in de organisatie of juist niet? Waar hangt dit eventueel van af?

E Inhoudelijke observaties en resultaten

-Wat vonden jullie van de observaties die zijn gedaan? (eye-openers, of anders..)

-Voorbeelden van wat als zinvol werd ervaren en wat minder? Waarom?

-Hoe zijn jullie omgegaan met verschillen in interpretatie en beoordeling van observaties tussen actiegroep en PVP? (Voorbeeld?)

-Wat moet er gebeuren met observaties?

F Toekomst...

-Zien jullie de monitorfunctie zitten?/ -Hebben jullie het idee dat monitoren ondersteunend is aan kwaliteitsverbetering en rechtspositie van cliënten?

-Wat zou volgens jullie de meerwaarde van monitoring door de PVP zijn? (Ook in context toezicht Inspectie voor de Gezondheidszorg, óf (samenwerking met) ándere spelers, zoals cliëntenraden..)

-Wat zien jullie als mogelijke knelpunten voor de toekomst? (Beren op de weg?)

-Wat vraagt het van actiegroepleden en een afdeling én Wat levert het op?

-Hoe zou wat jullie betreft de verantwoordelijkheid bij het monitoren verdeeld moeten zijn? (intern-extern, PVP-organisatie, IGz, anderen..)

Afronding

-nog iets vergeten? Zijn de belangrijke dingen voor jullie aan bod gekomen?

-Vragen of opmerkingen? (contactgegevens onderzoekers)

-verwerking data + eindrapportage: anoniem, verspreiding door st PVP

-ontzettend bedankt voor jullie openheid, inzet en betrokkenheid namens het hele onderzoeksteam

Bijlage V

Evaluatie & Reflectie projectgroep Monitoring

Onderstaande reflectie- en evaluatievragen maken onderdeel uit van de evaluatie- en verdiepfase van het onderzoek naar Monitoring door de PVP en zijn bedoeld voor de monitors én de schaduwmonitors die de pilots hebben uitgevoerd.

1. Wat heeft het monitoren volgens jou opgeleverd?
2. Zijn de observaties ondersteunend geweest ten aanzien van verbetering van kwaliteit van zorg en de rechtspositie van cliënten op de afdeling? Heb je hierbij een voorbeeld?
3. Geef één of meer voorbeelden van observaties die zijn gedaan, die door de afdeling:
 - a) ...als nieuw werden ervaren (eye-openers, blinde vlekken; wel/geen actie?)
 - b) ...herkend werden en waar men zich in kon vinden, actie op wilde ondernemen
 - c) ...herkend werden, maar niet of minder relevant werden gevonden (wel/geen actie?)
 - d) ...weerstand oproepen (wel/geen actie?)
4. Zijn er dingen uit de pilot/ op de afdeling die je zijn bijgebleven in positieve en/ of negatieve zin?
5. Wat zou je nieuwe monitors adviseren?
 - a. Als het gaat om observeren, adviseer ik...
 - b. Als het gaat om contact met medewerkers van de afdeling, adviseer ik...
 - c. Als het gaat om contact met cliënten, adviseer ik....
 - d. Als je te maken krijgt met weerstand, adviseer ik....
 - e. Overige zaken die ik zou adviseren aan een nieuwe collega zijn....
6. Wat zou je adviseren als het gaat om de organisatie en vorm van het 'monitorinstrument'?
 - a. Als het gaat om ondersteuning van monitors, adviseer ik...
 - b. Als het gaat om scholing voor monitors, adviseer ik...

- c. Als het gaat om de duur van het monitoren, adviseer ik....
- d. Als het gaat om overlegmomenten met de afdeling, adviseer ik...
- e. Als het gaat om samenwerking met de cliëntenraad, adviseer ik...
- f. Als het gaat om verbetermogelijkheden voor de afdeling, adviseer ik...
- g. Als het gaat om tegenwerking van de afdeling, adviseer ik...
- h. Als het gaat om verantwoordelijkheden van de monitorende PVP, adviseer ik...
- i. Overige zaken die ik zou adviseren ten aanzien van de organisatie van het monitoren, zijn...