

VU medisch centrum



Eindrapportage Onderzoek Monitorende functie van de Stichting PVP

Dr. Cieke Landeweert, Prof. Dr. Tineke Abma

VUmc, afdeling Metaanica, onderzoekscoördinator

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	4
H1 INLEIDING	6
Achtergrond aanleiding	6
Opzet onderzoek	7
Een monitorende functie	8
Indeling van deze rapportage	9
H2 CONTEXT HOOFDSTUK	11
Dwangreductieprojecten in de psychiatrie	11
Ontwikkelingen rond toezicht en de rol van de inspectie	12
Meta-toezicht	13
Paradox van toezicht	14
Ontwikkelingen en verdere professionalisering van de PVP	14
Ontstaan van de onderzoeksvraag	15
H3 METHODOLOGIE	17
Verkenning	17
Verdieping	17
Integratie/ evaluatie en aanpassing onderzoeksvraag	17
Pilot & evaluatie	18
Setting	19
Voorwaarde van de afdelingen	19
Onderzoeksacties	19
H4 PROBLEEMDUIDING	20
Bedrijfsblindheid	20
Onduidelijkheden over rechten	20
Niet/ minder mondige cliënten	21
Gebrek aan kwaliteit van zorg	21
Een negatieve spiraal	21
(Te) weinig toezicht	21
Imagoprobleem	22
H5 HET INITIËLE DRAAGVLAK VOOR EEN MONITORENDE ROL	24
Verwachte voordelen	24
Onafhankelijke en unieke positie	24
Stemversterker van de cliënt	25
Voorkomen van reactief beleid	25
Meer houvast voor pvp'en dan signaleringsfunctie	26
Verwachte nadelen en twijfels	26
Risico op relationele spanningen	26
Zorgen over de mate van objectiviteit en verantwoordelijkheden	27
Zorgen om toename van bureaucratie en praktische knelpunten	28
Signalerende functie voldoende/ nog te weinig benut	28
Andere instanties mogelijk geschikter?	28
H6 EERSTE ERVARINGEN MET INZET PVP	29
Actieonderzoek: proces, observaties en reacties	29
Actiegroep bijeenkomsten eerste afdeling	29
Actiegroep bijeenkomsten tweede afdeling	32
Ervaringen van de pvp-onderzoeker	33
Eigen leercurve	33
Verhouding reguliere taak	35
Vergelijking tussen beide afdelingen	35

Ervaren knelpunten.....	36
Visie op vervolg.....	36
Bijeenkomsten klankbordgroep pvp'en.....	37
Adviezen van de klankbordgroep.....	37
Reflectie en feedback.....	37
II7 IDENTITEIT VAN DE PVP.....	39
Nieuwe toedeling van verantwoordelijkheden.....	39
Praktijk van de psychiatrie.....	40
Toezicht en inspectie.....	41
Identiteit van de PVP.....	41
De meerwaarde van de monitorende rol.....	42
Reflectie.....	43
II8 SLOTHOOFDSTUK.....	45
Realisatie doelstellingen en beantwoording onderzoeksvragen.....	45
Conclusies en aanbevelingen.....	48
BIJLAGE I.....	50
BIJLAGE II.....	52
BIJLAGE III.....	55
BIJLAGE IV.....	58

VOORWOORD

Voor u ligt de eindrapportage van het onderzoek naar de mogelijkheid van een monitorende functie van de Stichting PatiëntenVertrouwensPersoon (PVP).

Deze studie is uitgevoerd in opdracht van de Stichting PVP en gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De studie is uitgevoerd door het VU Medisch Centrum, afdeling Metamedica. De studie ging van start op 1-3-2010, en is afgerond op 31-05-2011.

Zoals u zult lezen waren diverse partijen aanvankelijk terughoudend over een monitorende rol door de PVP. Men kon zich er weinig bij voorstellen en zag verschillende knelpunten. Partijen onderkenden wel een lacune in het toezicht op de psychiatrie met een meer terugtrekkende en op meta-toezicht georiënteerde Inspectie. Tevens onderkenden partijen dat in gesloten instellingen blinde vlekken kunnen ontstaan ten aanzien van het eigen functioneren. Kortom, de partijen onderkenden wel problemen, maar vonden monitoring niet de meest voor de hand liggende oplossing. Tegelijk meenden partijen dat de Stichting PVP unieke kennis heeft, omdat pvp-en vaak op afdelingen komen, veel cliënten en medewerkers spreken en dus veel zien en horen. De Stichting PVP zag eveneens mogelijkheden, maar benadrukte dat een monitorende rol in geen geval ten koste mag gaan van de kerntaak of daarmee in conflict mag komen.

Daar monitoring weinig draagvlak leek te hebben, is vervolgens in overleg met de opdrachtgever en financier besloten om het onderzoek een andere wending te geven. In plaats van de oplossing centraal te stellen (het ontwikkelen van een monitoringsinstrument) is redenerend vanuit de gedeeld ervaren problematiek in de psychiatrie en meerwaarde van de Stichting PVP een actie-onderzoek opgezet op een tweetal gesloten opnameafdelingen in de psychiatrie. Met partijen in het veld – betrokkenen in de psychiatrie en Stichting PVP- is verkend hoe beter gebruik kan worden gemaakt van de kennis van de PVP ten behoeve van het verbeteren van het functioneren van afdelingen.

Het actie-onderzoek heeft geleid tot verrassende resultaten. Zo kwam de eigenlijke taak van de PVP niet in het gedrang door een scheiding tussen de PVP voor cliënten en een PVP die proactief rondkijkt. Het unieke van de ontwikkelde werkwijze is dat er geen sprake is van toezicht en signalering in klassieke zin (reactief). Eerder functioneert de PVP als een spiegel voor de praktijk, zodat deze kan leren van gerapporteerde aandachts- en verbeterpunten. De PVP functioneert in die zin als katalysator van het gesprek over goede zorg. De dialoog tussen PVP en werkvloer kan uitmonden in consensus indien beide partijen het eens zijn over de observaties, waarop de afdeling een plan kan maken ter verbetering. Indien de dialoog uitmondt in conflict, is er de mogelijkheid te komen tot een compromis of kan de PVP zijn observaties neerleggen bij een hoger niveau in de organisatie. Deze vorm van monitoring

wordt gekenmerkt door een proactieve, interactieve en deliberatieve oordeelsvorming tussen de PVP en de afdeling.

De PVP kan in dat opzicht de kwaliteit van zorg op de werkvloer een impuls geven. Deze werkwijze is daarmee complementair aan andere manieren om de kwaliteit te verbeteren, zoals interne of externe audits.

We willen iedereen bedanken die medewerking verleende aan de studie, zowel de respondenten die we interviewden, als de deelnemers aan focusgroepen. Ook gaat onze dank uit naar het cliëntpanel van de PVP en de pvp'en. Tot slot richten wij een woord van dank aan de begeleidingscommissie (zie bijlage IV) die met zoveel betrokkenheid steeds opnieuw naar de resultaten heeft gekeken. Het gesprek met de leden van de commissie bracht steevast een rijkdom van perspectieven en issues naar voren. De leden wezen voorts op de urgentie om ook daadwerkelijk een aanvang te maken met de implementatie van de bevindingen; cliënten en familie voorop

Tineke A. Abma en Elleke Landeweer

Amsterdam, 31 mei 2011

H1 INLEIDING

In opdracht van de Stichting PVP heeft afdeling Metamedica van het VUmc onderzocht of en in hoeverre er behoefte, mogelijkheden en eventuele knelpunten zijn om de signalerende rol van de pvp te versterken en uit te breiden in de vorm van een kwalitatief monitorende functie gericht op het waarborgen van de rechten van de patiënt in brede zin van het woord. Het onderzoek ging op 1 maart 2010 van start. In deze rapportage wordt verslag gedaan van de resultaten van dit onderzoek.

De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) is een onafhankelijke ondersteuner van patiënten in de GGZ. Dit is opgenomen in de Wet Bopz (Dijkers en Widdershoven, 2008). De pvp is aanwezig in de kliniek en verleent op verzoek advies en bijstand aan de patiënt. De pvp stelt daarbij de belangen van de patiënt centraal zoals de patiënt deze zelf ziet. De ondersteuning is gericht op uitoefening van de rechten van de patiënt in relatie tot de psychiatrische zorg. Naast de individueel gerichte ondersteuning heeft de pvp een taak in het signaleren van tekortkomingen in de structuur en het functioneren van de zorgorganisatie voor zover deze aan de rechten van patiënten afbreuk doen. De centrale vraag van dit onderzoek was of het wenselijk is de signalerende rol van de pvp *te versterken en uit te breiden* in de vorm van een kwalitatief monitorende functie gericht op het waarborgen van de rechten van patiënten in brede zin van het woord. De Stichting PVP benadrukt daarbij dat een monitorende rol nooit ten koste mag gaan van de kerntaak van de stichting of ermee in conflict mag komen.

Achtergrond aanleiding

De concrete aanleiding voor het onderzoek was de maatschappelijke discussie naar aanleiding van het overlijden van een patiënt in een separeerruimte in Amsterdam in september 2008. De Nederlandse uitzonderingspositie als het gaat om separatie en de ingrijpendheid van dwang stonden daarmee ineens op de maatschappelijke en politieke agenda.

De Inspectie (IGZ) bracht in december 2008 een advies uit op basis van onderzoek op 39 opnameafdelingen van GGZ instellingen en PAAZ-en. De IGZ stelde daarin dat slechts in een derde van de instellingen systematisch werd gewerkt aan dwangreductie. In een derde van de gevallen zou de zorg onder de maat zijn, en onnodig gesepareerd worden. Weer later had Nova een uitzending over langdurige separaties waarin op basis van IGZ gegevens werd geconcludeerd dat gemiddeld dertig mensen per jaar langer dan een jaar zijn opgesloten. Hoewel er discussie bestond over de juistheid van deze aantallen, ontstonden er zorgen over de kwaliteit van zorg op gesloten afdelingen. De Tweede Kamer reageerde hierop met vragen aan de Minister en een oproep tot meer regie vanuit de overheid voor het terugdringen van dwang alsmede voor *een actiever toezicht*. Van Miltenburg en Bouwmeester gaven in een motie aan dat zij twijfels hadden over een adequate invulling van de toezichhoudende rol van

de IGZ bij de toepassing van dwang en drang. Ze vroegen om een onafhankelijk onderzoek naar de omstandigheden waaronder separaties worden toegepast in de GGZ en de meldingsbereidheid van de instellingen. De minister stemde hiermee in.

Ook de Stichting PVP bracht vrij snel na het tragische incident een rapport uit waarin op basis van klachten op gesloten afdelingen in de psychiatrie aangegeven werd dat de afdeling waar de cliënt overleed geen uitzonderingsgeval was. Er werd onder meer melding gemaakt van slechte hygiënische omstandigheden, ondermaatse huisvesting, een tekort aan gekwalificeerd personeel en onheuse vormen van bejegening. Betreffende instellingen ondernamen vervolgens acties om de situaties te verbeteren.

Mede door deze ontwikkelingen en mede in reactie op de opmerkingen van Minister Klink in een debat met de Tweede Kamer dat hij graag zou zien dat de informatie waarover pvp'en beschikken ingezet wordt ten behoeve van de kwaliteit van zorg (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 30 492, nr. 33) opperde de Stichting PVP dat zij mogelijk een *complementaire rol* zouden kunnen spelen om het toezicht op dwang in het GGZ veld te verbeteren; gedacht werd aan een monitorende functie met het oog op de kwaliteit van zorg op met name gesloten afdelingen. De Stichting PVP zag hierin mogelijkheden, maar was evenzogoed terughoudend ten aanzien van een dergelijke nieuwe structurele taak. Vanuit dat oogpunt was er behoefte aan onderzoek om inzicht te geven in de mogelijke risico's en knelpunten, alsmede in het draagvlak bij andere stakeholders (w.o. cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, de branche organisatie GGZ Nederland en de IGZ) teneinde de wenselijkheid en realiseerbaarheid van een monitorende functie voor de pvp in beeld te krijgen. Het ministerie van VWS stemde hiermee in en stelde gelden beschikbaar om deze mogelijkheid nader te onderzoeken.

Opzet onderzoek

Een gedetailleerde en systematische evaluatie van de gang van zaken op gesloten afdelingen door de Stichting PVP was tot op heden ongebruikelijk. De PVP hield zich vooral bezig met ondersteuning van individuele cliënten en het incidenteel signaleren van tekortkomingen met uitzondering van de hierboven genoemde pvp-rapportage. De positieve gevolgen van deze rapportage voor de kwaliteit van de afdelingen waarover melding werd gedaan was aanleiding om het onderzoek te starten naar de mogelijkheden om het takenpakket van de pvp uit te breiden met een monitorende functie.

De centrale onderzoeksvraag werd als volgt geformuleerd *In hoeverre is een pvp-monitorfunctie wenselijk en hoe kan een dergelijke functie passend complementair zijn aan traditioneel toezicht door de IGZ ten einde bij te dragen aan de kwaliteit van zorg op gesloten afdelingen in de psychiatrie?*

Het onderzoeksproject bestond uit een viertal doelstellingen:

- 1) het in kaart brengen van het draagvlak voor een monitoring functie door de Stichting PVP bij interne en externe partijen;

- 2) het in kaart brengen van mogelijke risico's en spanningsvelden van de monitoring functie en hoe die eventueel zijn te ondervangen;
- 3) bij voldoende draagvlak verdere ontwikkeling, evaluatie en validatie van het instrument voor de monitoring;
- 4) en analyse van de organisatie en institutionalisering van de monitoring functie.

Daaraan verbonden waren een zevental subvragen:

- 1) Hoe percipiëren verschillende externe partijen de eventueel nieuwe monitor functie door de Stichting PVP? En hoe kijken de medewerkers van de Stichting PVP hiertegen aan? (identificatie van draagvlak zowel intern als extern)
- 2) Hoe verhoudt het traditionele toezicht door de IGZ zich ten opzichte van een nieuwe monitor functie? Kunnen deze functies elkaar aanvullen? Zo ja, hoe? (mogelijk spanningsveld en hoe te ondervangen)
- 3) In hoeverre kan de traditionele rol van de Stichting PVP gewaarborgd blijven, en welke mogelijke risico's en spanningen levert de nieuwe taak en rol op? (mogelijk spanningsveld)
- 4) In hoeverre achten pvp'en zich geëquipeerd om de nieuwe taak en rol waar te maken, welke randvoorwaarden en ondersteuning hebben zij hierbij nodig? (mogelijk spanningsveld en randvoorwaarden)
- 5) In hoeverre is het bestaande instrument gevoelig genoeg en praktisch bruikbaar, in hoeverre levert het beleidsrelevante informatie op voor instellingen en welke aanpassingen zijn nodig? (ontwikkeling van instrument)
- 6) Hoe moet de monitoring functie georganiseerd worden binnen de instellingen en in relatie tot de IGZ? En op welke wijze dient deze functie gereguleerd te worden? (organisatie en institutionalisering van monitoring functie)
- 7) Wat zijn de ervaringen van betrokkenen met de pilot (resultaten en knelpunten) en welke aanpassingen zijn gewenst?

De uitvoering van het onderzoek bestond uit twee delen. In het eerste deel stond verkenning en verdieping van de mogelijkheden, het draagvlak en verwachte spanningen centraal bij de verschillende partijen (vraag 1-4). Het tweede deel stond in het teken van uitvoering van een pilot en evaluatie (vraag 6-7).

Een monitorende functie

De pvp is reeds bekend met een signalerende functie. Het uitgangspunt van het signaleren is dat de pvp tekortkomingen in de structuur en het functioneren van de organisatie signaleert voor zover deze tekortkomingen aan de rechten van cliënten afbreuk doen. Een signaal is gebaseerd op: vragen en/ of klachten van cliënten; en/ of officiële schriftelijke stukken van de instelling; en/ of al hetgeen de PVP bij informatieverstrekking of klachtenbegeleiding en -bemiddeling ter kennis is gekomen (PVP Gids 2009).

Met een monitorende functie wordt beoogd dat de pvp *actief* op zoek gaat naar informatie over de structuur en het functioneren van de organisatie voor zover deze aan de rechten van cliënten afbreuk (kunnen) doen. Hierin verschilt het monitoren van het signaleren. Het signaleren is gericht op één item dat op zichzelf staand 'onder de maat' is vanuit het oogpunt van de rechtspositie van de cliënt. Het monitoren heeft betrekking op meerdere items die op zichzelf staand dan wel in combinatie 'onder de maat' zijn (mogelijk versterkende invloed van negatieve factoren). Daarnaast is er een verschil doordat het monitoren beoogt zicht te geven op een bepaalde toestand die niet per definitie onder de maat hoeft te zijn. Ook positieve factoren kunnen worden belicht.

De verschillen tussen signaleren en monitoren zijn hieronder in een model weergegeven. De horizontale as betreft het ad hoc dan wel regulier reageren op klachten. Op de verticale as staat het reactief dan wel proactief reageren op problematische situaties met betrekking tot de rechten van patiënten. Op dit moment vindt ad hoc reactief klachtafhandeling plaats, en wordt op reguliere basis naar aanleiding van veelvoorkomende klachten reactief gehandeld door de pvp. Monitoring gaat een stap verder door proactieve supervisie, ad hoc dan wel regulier.

Model:

	Ad hoc	Regulier
Reactief (<i>signaleren</i>)	Incident gestuurd (individuele klachten)	Regelmatig controleren (evalueren van veelvoorkomende klachten)
Proactief (<i>monitoring</i>)	Eigen initiatief (Intuities) & informatie van cliënten	Regelmatig agenderen en reflecteren (toetsen van items)

Indeling van deze rapportage

In dit rapport worden de bevindingen van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 2 wordt de context geschetst waarbinnen de onderzoeksvraag is ontstaan. In de eerste plaats heeft de psychiatrie als praktijk veranderingen ondergaan door toegenomen aandacht voor het verminderen van dwangtoepassingen. In de tweede plaats zijn er ontwikkelingen gaande rond visie en functie van toezicht en de rol van de inspectie in het bijzonder. Tot slot is de Stichting PVP zelf aan veranderingen onderhevig en is er een verschuiving gaande in de rol en verdere professionalisering van de functie PVP. Daarna volgt een hoofdstuk waarin de methodologie van het onderzoek wordt beschreven. In hoofdstuk 4 staat centraal waarom de respondenten vanuit verschillend perspectief een eventuele monitorende functie wenselijk achten, en welke problematiek een monitorende rol eventueel zou kunnen ondervangen? Hoe de verschillende partijen een eventueel monitorende functie voor de pvp percipiëren, dan

wel welke meerwaarde zij ervan verwachten, wordt besproken in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 worden voorziene spanningen en knelpunten besproken. Vervolgens wordt in hoofdstuk 7 de bevindingen van de twee pilots die zijn uitgevoerd, gepresenteerd alsmede de betekenis en meerwaarde van de resultaten volgens de klankbordgroep bestaande uit pvp'en die gedurende de pilots betrokken waren. Nadat alle bevindingen beschreven zijn, volgt in hoofdstuk 8 een reflectiehoofdstuk. Vanuit het theoretische kader van empirische ethiek zal worden gefilosofeerd hoe de bevindingen verklaard kunnen worden. Deze analyse biedt de opmaat voor een dialoog over hoe een monitorende rol voor de PVP geïmplementeerd kan worden in de praktijk.

H2 CONTEXT HOOFDSTUK

De vraag naar een uitbreiding van de PVP taken met een monitorende functie kan gezien worden tegen het licht van diverse ontwikkelingen. In de eerste plaats is er in de psychiatrie in de afgelopen jaren gewerkt aan het verminderen van dwangtoepassingen op gesloten afdelingen. Daarnaast zijn er veranderingen geweest ten aanzien van de visie op toezicht en inspectie. Tot slot is de rol van de PVP op de afdelingen in de loop der jaren aan verandering onderhevig. Binnen deze drietal dynamieken ontstond de vraag naar een monitorende rol voor de PVP.

Dwangreductieprojecten in de psychiatrie

In de afgelopen jaren is in Nederland gestart met projecten in de psychiatrie om het aantal separaties op gesloten afdelingen te verminderen in duur en frequentie. De kwaliteitscriteria voor dwang en drang (Berghmans e.a., 2001; Abma e.a., 2005) die in voorafgaand onderzoek waren vastgesteld, vormden de aanleiding om afdelingen te verbeteren in termen van cultuur, structuur en werkwijzen ten einde dwangtoepassingen te verminderen. Tegelijk ontstond er meer publieke aandacht voor toepassingen van dwang op gesloten afdelingen. Nederland bleek koploper als het gaat om het toepassen van separaties in vergelijking tot andere Europese landen (Vorselman, 2003, Janssen, 2009). Vanuit de politiek werden vanaf 2002 gelden beschikbaar gesteld voor ggz instellingen om dwangreductieprojecten te realiseren (Henskens & Muusse, 2009). Het streven was om het aantal separaties jaarlijks met 10% te verminderen.

Een van de centrale aandachtspunten bij de dwangreductieprojecten was het realiseren van een cultuuromslag. De algemene mening was dat in de psychiatrie te veel nadruk werd gelegd op beheersing terwijl het zou moeten gaan over betrokkenheid en zorg voor de (gedwongen opgenomen) patiënt. De beoogde cultuuromslag richtte zich vooral op een andere omgang met patiënten, waar het maken van contact, respect en gastvrijheid centraal staan.

Sinds de dwangreductieprojecten zijn gestart, is er een verandering zichtbaar in de praktijk van de psychiatrie. In het algemeen is de cultuur van de psychiatrie opener geworden. Het taboe dat er voorheen bestond ten aanzien van dwang op gesloten afdelingen is doorbroken. Er werd gemakkelijk dwang toegepast, maar er werd weinig over gesproken.

Dwangtoepassingen waren niet transparant. Gesloten afdelingen zijn openhartiger geworden over het reilen en zeilen van hun afdeling. Bovendien zijn praktijken van dwang en drang niet langer vanzelfsprekend. Onderzoek liet zien dat een viertal verschuivingen in de zorgcultuur waren ontwikkeld (Abma & Widdershoven, 2005). In de eerste plaats is er een verschuiving zichtbaar van beheersing naar onderhandeling. Daarnaast is er een verandering te zien in het

handelen van reactief naar preventief. Ten derde is zichtbaar dat standaardwerkwijzen verruild worden voor maatwerk, gericht op de individuele cliënt. En tot slot wordt er meer gekeken naar de context van een cliënt; een verandering van a-contextueel naar omgevingsgericht.

De rol en functie van de verpleegkundige heeft als gevolg hiervan eveneens een ontwikkeling doorgemaakt. Verpleegkundigen worden meer op hun vakinhoud aangesproken en vervullen niet langer de rol van bewaker van een gesloten afdeling. Zij zijn daarin assertiever geworden (empowerment) en werken nauwer samen met psychiaters en teamleiders rond de zorg voor cliënten. Visie en filosofie ten aanzien van de zorg voor cliënten is eveneens gewijzigd. De focus op de individuele cliënt gaf behoefte om meer te richten op het gezonde deel van de cliënt in plaats van puur naar ziektebeelden te kijken. Hiermee wordt ondanks een crisissituatie gekeken naar wat een cliënt nog wel kan en waar hij/ zij sterker van wordt en (zelf)vertrouwen uit kan ontwikkelen.

Deze cultuuromslag is inmiddels zichtbaar binnen diverse gesloten afdelingen in de psychiatrie, maar ook geldt dat elke afdeling zijn eigen tempo en tegenslagen heeft. Deze verschuivingen verlopen geleidelijk en zijn niet lineair. Dat betekent dat diverse instellingen en afdelingen voorlopers zijn in deze cultuuromslag en anderen later volgen. Het is geen eenvoudig proces om dwang en drang terug te dringen. Het betreft hier een verschuiving van onderliggende waarden en normen en dat is een kwestie van lange termijn. Het is een zoektocht naar nieuwe morele oriëntaties op afdelingen waar per definitie een spanning bestaat tussen zorg en veiligheid. Dergelijke veranderprocessen vereisen een bepaalde mate van durf, maar ook dialoog zodat alle betrokkenen de meerwaarde en noodzaak gaan inzien. Om veranderingen te bestendigen zijn instellingen en projectleiders van dwang en drang meer gaan samenwerken en kennis gaan delen. Een voorbeeld hiervan zijn de lerende netwerken tussen projectleiders waarin nieuwe plannen en best practices worden gedeeld en verder ontwikkeld (Abma e a. 2009).

Ontwikkelingen rond toezicht en de rol van de inspectie.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft als doel het bevorderen van de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten en heeft in die zin een verantwoordelijkheid ten aanzien van de rechtsbescherming van patiënten. Zij maakt daarbij gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg (www.igz.nl). Hoe dit zo effectief mogelijk vorm te geven, is een dynamisch proces, ingegeven door wetgeving en ervaren problemen. De aanpak en visie van de IGZ op het terrein van de GGZ heeft dan ook in de loop van de jaren veranderingen doorgemaakt.

De IGZ kreeg binnen de Wet Bopz (1994) een belangrijke rol toebedacht voor de individuele rechtsbescherming van gedwongen opgenomen patiënten. Zij moest toezicht houden op de kwaliteit van behandeling, verpleging, verzorging en bejegening van patiënten met een

geestesstoornis. Instellingen moeten allerlei beslissingen melden aan de inspectie, zoals de toepassing van noodmaatregelen en dwangbehandelingen. Een dwangbehandeling zou door de inspectie na beëindiging worden getoetst op de vraag of beslissing en uitvoering zorgvuldig waren geweest. Het idee hierachter was dat de IGZ de individuele patiënt in zicht zou hebben (Derde Evaluatie Wet Bopz, 2006, p 40-41).

De IGZ heeft de invulling van deze en andere taken in de loop van de tijd wisselend ingevuld. Sinds 2008 toetst de IGZ weer de 'zorgvuldigheid' van individuele dwangbehandelingen (38c lid 7)

Vanuit behoefte aan efficiëntie, een veranderende tijdgeest en veranderende visie op toezicht is de IGZ sinds 2002 bezig haar toezichttaken op een nieuwe manier vorm te geven. De tendens is dat zorg-instellingen zelf meer verantwoordelijkheid moeten gaan dragen voor wat er in een instelling gebeurt en daarbij de rol van raden van besturen en raden van toezicht groter moeten worden (IGZ, 2008). De IGZ kent verschillende vormen van toezicht: algemeen (gefaseerd) toezicht, incidententoezicht op geleide van meldingen en thematisch toezicht. De IGZ maakt met betrekking tot het gefaseerde toezicht gebruik van prestatie- en kwaliteitsindicatoren. Op basis daarvan maakt de inspectie een risico-inschatting. Deze ontwikkeling is in lijn met het zogenaamde principe van 'toezicht op toezicht'. Hierbij wordt meer nadruk gelegd op intern toezicht en de manier waarop de instellingen (Raden van Bestuur en Raden van Toezicht) zelf verantwoording nemen voor de kwaliteit van zorg.

Een Raad van Toezicht houdt integraal toezicht op het functioneren van de instelling als geheel en de Raad van Bestuur in het bijzonder. Hierbij richt zij haar aandacht onder meer op de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie, de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de instelling, de financiële verslaglegging, en naleving van wet- en regelgeving (Zorgbrede Governancecode 2010).

Meta-toezicht

De meest recente ontwikkelingen in Nederland rond toezicht laten zien dat de IGZ weer meer haar handhavende rol inneemt. Dit betekent echter niet dat zij regelmatig alle plaatsen kan bezoeken waar cliënten klinische zorg ontvangen. De instellingen zelf dragen directe verantwoording voor de zorg die zij leveren. Deze ontwikkeling heeft voor- en nadelen. Een voordeel is dat raden van bestuur en raden van toezicht zelf meer betrokkenheid ontwikkelen met de werkvloer en eigen taken rond toezicht herijken. Een nadeel is dat door de grootte van de hedendaagse GGZ-instellingen ook zij in toenemende mate hun aandacht richten op toetsing van kwaliteitssystemen, zoals de HKZ, prestatie-indicatoren, patiëntenfeedbacksystemen, routine outcome metingen (ROM) en veiligheidsmanagementsystemen. Zowel de IGZ als de raden van bestuur en raden van toezicht hebben daardoor minder zicht op de zogenaamde 'soft signals' als het gaat om kwaliteit van zorg. Dit betreft de kwaliteitsbeleving van betrokkenen in de zorg. Dat zijn bijvoorbeeld de attitudes (deugden) in termen van verantwoordelijkheden nemen, een open

cultuur, transparantie, teamwork en zorgvuldigheid, maar ook de ervaren sfeer. Dat zijn factoren die (eveneens) zicht geven op de kwaliteit van zorg, maar komen onvoldoende in beeld bij de systematische toetsing. Prestatiecriteria en systemen zouden niet altijd de zorgwerkelijkheid voldoende belichten (Schraven, 2010).

Paradox van toezicht

Ten aanzien van toezicht bestaat er per definitie ambigüiteit, omdat niet iedere actor zich altijd voldoende houdt aan diens rol door verschillende verwachtingen en belangen, en er een mogelijke spanning kan bestaan tussen wens en werkelijkheid. Niet alles is te controleren. Men heeft vertrouwen nodig, omdat wantrouwen een negatieve impact kan hebben, maar zowel een teveel aan vertrouwen als een teveel aan wantrouwen, maakt dat aandacht voor goede zorg kan verslappen. Problematisch is dat toezicht onderliggende, en meer structurele problemen in zorg en welzijn kan verhullen. Toezicht kan niet alles in beeld krijgen, terwijl dat vaak wel wordt verwacht. Toezicht is dan een antwoord dat voorbij de werkelijke problemen gaat. (Tonkens, 2010)

Een aandachtspunt hierbij is de rol van de media. Hoewel de media zelf gezien kunnen worden als een vorm van controle hebben negatieve berichtgevingen vaak een defensief effect op de praktijk en versterken een klimaat van wantrouwen. Tegelijk dragen de media er ook aan bij dat misstanden kenbaar gemaakt worden en dwingt de praktijk tot verbeteringen.

Ontwikkelingen en verdere professionalisering van de PVP

In de loop van de jaren is de positie van de pvp binnen de instellingen wat verschoven en veranderd. Deze verandering is zichtbaar in hoe de signaleringsfunctie is ingevuld en veranderd in de loop der jaren. Toen de pvp in 1981 startte, was het klimaat binnen veel instellingen cliëntonvriendelijker. De pvp werd als breekijzer ingezet, als verdediger van de cliënt. Daarmee plaatste de pvp zich tegenover de instelling door achter de cliënt te gaan staan. In de loop van de tijd werden instellingen cliëntvriendelijker en ontstond er meer acceptatie ten aanzien van patiëntenrechten. Hierdoor is de pvp zijn rol meer gaan invullen als onderhandelaar voor de cliënt en werd het voor de pvp van belang om een goede relatie op te bouwen met de instelling. Op deze wijze kon men de meeste opbrengst voor de individuele cliënt realiseren. Deze verandering in rol voor de pvp heeft tot gevolg gehad dat individuele pvp'en verschillende accenten hebben gelegd. De ene pvp hecht meer waarde aan een bemiddelende rol dan de andere. De pvp'en kennen een grote mate van vrijheid in hoe de functie in te vullen, binnen de formele kaders die vastliggen in gedragsregels, taakomschrijvingen en andere richtlijnen.

Het signaleren is altijd een taak geweest van de pvp, maar in de loop van de tijd is er minder uniformiteit in het proces gekomen en is het enigszins aan inflatie onderhevig geweest. Toen de pvp net was ingesteld werd het signaal altijd schriftelijk gedaan en gedocumenteerd. Instellingen hadden hier kritiek op. Om de drempel wat te verlagen en om de pvp meer gebruik van dit middel te laten maken, is die procedure losgelaten en ontstond er meer variëteit. De pvp is toen overgegaan op de mogelijkheid om ook mondeling signalen te geven. Het voordeel was dat de pvp over de signalen contact had met de medewerkers. Dit paste bij een veranderde rol van de pvp binnen de instellingen. Een nadeel was dat het ten aanzien van signalen moeilijker was te volgen wat er uiteindelijk mee gebeurde. Het scherpe onderscheid tussen 'opmerkingen' en 'signalen' verdween hierdoor. Daarnaast werden signalen in hoofdzaak gebaseerd op de hoeveelheid klachten en niet op het onderwerp waar die klachten over gingen. Deze werkwijze dekte niet altijd situaties voldoende af waar nodig iets aan moest veranderen. Niet alle situaties waar de interne rechtspositie van cliënten in het geding was, leidden tot klachten van cliënten. Ook werd en wordt met het signaleren onvoldoende onderkend op welke wijze meerdere problemen op een afdeling op elkaar in konden werken. Inmiddels heeft de Stichting een nieuw protocol geschreven ten aanzien van het signaleren waarin een duidelijk onderscheid gemaakt wordt tussen opmerkingen en signalen.

Ontstaan van de onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag komt voort uit het idee dat een buitenstaanders perspectief, onafhankelijk en betrokken bij het cliëntenperspectief, zaken kan belichten die door zorgverleners zelf over het hoofd worden gezien. Samen met bovenstaande ontwikkelingen lijkt een dergelijke rol goed te passen bij de pvp. Binnen de drie ontwikkelingsdynamieken is de behoefte aan transparantie goed te begrijpen. De vraag is echter wel op welke problematiek een monitorende rol voor de pvp zich zou moeten richten, wat de betrokkenen als precieze meerwaarde verwachten van een dergelijke rol en welke spanningen het kan opleveren en hoe dat te ondervangen is. In de volgende hoofdstukken komen deze vragen aan bod.

Het idee van een monitorende rol voor de pvp kan beschouwd worden als het signaleren van de zogenaamde 'soft signals' en het bekijken van items met betrekking tot de algemene issues met betrekking tot de rechtspositie van cliënten op gesloten afdelingen, bijvoorbeeld het toepassen van dwang en drang. Het onderscheidt zich van de huidige signalerende rol van de pvp doordat het niet langer gaat om reactief signaleren op basis van informatie uit de eigenlijke taak van de pvp van individuele belangenbehartiging, maar proactief signalerend op basis van thema's en issues gerelateerd aan goede zorg en rechtswaarborging voor de cliënt. Het doel is bijdragen aan het systeem van 'checks and balances' in de zorg, door het perspectief van de cliënt en zijn rechtsbescherming actief onder de aandacht te brengen (countervailing powers).

In hoofdstuk 4 wordt beschreven of en waarvoor een monitorende functie door de pvp soelaas zou kunnen bieden volgens de verschillende respondenten waarmee is gesproken door de onderzoekers in de vorm van interviews en focusgroepen. Eerst zal in hoofdstuk 3 ingegaan worden op de methodologie en verloop van dit onderzoek.

H3 METHODOLOGIE

Het onderzoeksproject is opgebouwd uit vier fasen, respectievelijk: 1) verkenning, 2) verdieping, 3) integratie en 4) pilot & evaluatie. De methodologie is gebaseerd op interactieve en responsieve onderzoeksbenaderingen (Abma & Widdershoven, 2006; Abma & Broerse, 2007)

Verkenning

In de verkenningsfase zijn data verzameld door middel van semigestructureerde interviews aan de hand van topic lijsten. De interviewer bezocht de respondenten op locaties die voor hen het beste uitkwamen. De interviews hadden een gemiddelde duur van een uur. De interviews werden opgenomen en volledig uitgewerkt in transcripten. Vervolgens zijn van deze transcripten verslagen gemaakt waarin op thema informatie werd geclusterd (thematische analyse). Deze verslagen zijn vervolgens aan de betreffende respondenten ter validatie voorgelegd (member check).

De selectie van respondenten vond plaats in overleg met de projectgroep en met betreffende instanties. Voorwaarde was dat er gesproken werd met interne en externe sleutelfiguren van de volgende partijen: IGZ, GGZ Nederland, NVVP, VV&V, WWS, Landelijk Platform GGZ, cliëntenpanel PVP, enkele Raden van Bestuur, enkele Raden van Toezicht en Stichting PVP (pvp'en). Daarnaast is gesproken met een expert PVP en een expert gezondheidsrecht.

Verdieping

Tijdens de verdiepfingsfase zijn diverse homogene focusgroepen georganiseerd met het doel om thema's die voortkwamen uit de interviews verder te doordenken. In totaal zijn er twee focusgroepen met pvp'en geweest, een focusgroep met verpleegkundigen, een focusgroep met psychiaters, twee focusgroepen met cliënten (Cliëntenpanel Stichting PVP), en een focusgroep met familie. Deze focusgroepen werden eveneens opgenomen en volledig getranscribeerd, waarna verslagen teruggestuurd zijn naar de respondenten ter validatie.

Integratie/ evaluatie en aanpassing onderzoeksvraag

Tijdens de fase van integratie is er gewerkt aan analyse en tussenrapportage welke besproken is met de projectgroep en de begeleidingscommissie. Een centrale vraag was of en hoe het onderzoek voortgezet diende te worden. Gezien de onderzoeksresultaten uit de eerste fasen van onderzoek werd besloten om bij de pilot een andere onderzoeksmethodiek in te zetten. Er werd besloten niet expliciet in te zetten op de ontwikkeling van een specifiek monitoring instrument, omdat daar (vooralsnog) onvoldoende draagvlak voor bestond (zie bijlage I Brief aan WWS). Gezien het feit dat de respondenten de signalerende rol van belang

achten en feedback vanuit pvp-perspectief waarderen, werd het vervolgonderzoek aangepast met de volgende aangepaste onderzoeksvraag:

Op welke wijze kan er meer/beter gebruik gemaakt worden van de informatie en positie van de pvp op gesloten afdelingen?

Ter beantwoording van deze vraag werd een pilot uitgevoerd op twee afdelingen, waarbij de pvp werd gevolgd en ondersteund in het uitvoeren van een op een signalerende rol geënte werkwijze en werden de ervaringen van betrokkenen in kaart gebracht. Op microniveau werd, in nauwe samenwerking met de pvp en andere betrokkenen op de werkvloer onderzocht hoe de pvp met het oog op rechtswaarborging van meerwaarde kan zijn binnen het systeem van 'checks and balances'. De uitvoerende onderzoeker heeft de pvp op de pilotafdeling intensief begeleid door het afnemen van interviews met de pvp en betrokkenen van de betreffende afdelingen. Daarnaast hield de pvp een logboek bij. Om inzicht te krijgen in hoeverre micro-ervaringen kunnen worden gegeneraliseerd werd maandelijks een klankbordgroep met andere pvp'en georganiseerd. Hieronder volgt in meer detail een beschrijving van het actieonderzoek.

Pilot & evaluatie

Ter beantwoording van de (aangepaste) onderzoeksvraag werd een pilot gestart op twee acute gesloten opnameafdelingen voor volwassenen. Op microniveau in de vorm van actieonderzoek werd, in nauwe samenwerking met de pvp en andere betrokkenen (teammanager, afdelingspsychiater, ervaringsdeskundige, familievertrouwenspersoon en verpleegkundigen) op de werkvloer onderzocht hoe de pvp met het oog op rechtswaarborging van meerwaarde kan zijn binnen het systeem van 'checks and balances'.

Het doel van het actieonderzoek was om na te gaan op welke wijze de pvp een proactieve rol kan hebben in het signaleren van zogenaamde 'soft signals' en andere items die relevant zijn binnen het systeem van 'checks and balances' gerelateerd aan de rechtswaarborging. Bottom-up werd onderzocht op welke wijze de pvp breder (bovenop de huidige taken) ingezet kan worden met het oog op de rechtswaarborging van de patiënt.

Issues die speciale aandacht kregen in het actieonderzoek zijn:

- a. Invulling proactieve houding richting minder mondige patiënten;
- b. Scope definiëren (individuele rechtswaarborging, maar tevens hygiëne, doch geen medicatiebeleid)
- c. Behoudt authentieke taken (individuele klachtenondersteuning)
- d. Voorkomen domeinoverlap met de IGZ
- e. Wijze van rapporteren richting instelling, en anderen.
- f. Kwaliteit en betekenis van acties in relatie tot de onderzoeksvraag (validiteit)

Setting

De eerste afdeling is een acute gesloten opnamemafdeling met in totaal 14 patiënten. Patiënten hebben een eigen kamer met badkamer. Er zijn twee grote gezamenlijke kamers, een binnentuin en een comfort room. De afdeling is al langere tijd bezig met dwangreductieprojecten waardoor er relatief weinig gesepareerd wordt en twee separeerruimtes zijn afgebroken. De afdeling werkt met de zogenaamde 'eerste vijf minuten benadering'. De afdeling staat bekend als een transparante afdeling met een open cultuur. De afdeling was direct bereid mee te werken met het onderzoek. De tweede afdeling is eveneens een opnameafdeling met in totaal 14 patiënten. Deze afdeling is gehuisvest in het centrum van een grote stad in een oud gebouw. Er zijn nog enkele meerpersoonskamers op de afdeling en patiënten hebben geen eigen toiletvoorzieningen. Er zijn twee rookkamers en een creatieve ruimte. Er is geen huiskamer en geen binnentuin. De afdeling is sinds kort gestart met het dwangreductieproject. Hoewel er voorheen veel gesepareerd werd op de afdeling, is er in de afgelopen maanden een teruggang zichtbaar.

Voorwaarde van de afdelingen

Op beide afdelingen werd met de afdeling afgesproken om de observaties te laten uitvoeren door een externe pvp, hierna genoemd pvp-onderzoeker. De reden hiervoor was dat men zorgen had dat het onderzoek ten koste zou gaan van de reguliere belangenbehartiging door de pvp. Door de rollen te scheiden was dat voor de afdeling een garantie dat de pvp door de cliënten als onafhankelijk zou worden ervaren. Cliënten op de gesloten afdeling zouden mogelijk de eigen pvp kunnen gaan wantrouwen indien hij of zij ook als onderzoeker betrokken is op de afdeling.

Onderzoeksacties

Gedurende de periode van half november 2010 tot en met maart 2011 heeft de pvp-onderzoeker op de twee afdelingen gemiddeld twee keer per week een dagdeel geobserveerd op de afdeling. De tweede afdeling had een looptijd van 1 maand, namelijk februari tot en met maart. De actiegroep op de eerste afdeling bestond uit het afdelingshoofd, afdelingspsychiater, twee verpleegkundigen, een ervaringsdeskundige, een familievertouwenspersoon, de pvp-onderzoeker en de onderzoekster van het VUmc, zijn in totaal vier keer bij elkaar gekomen. Op de tweede afdeling is de actiegroep twee maal bij elkaar gekomen; bij de start en na afloop van de onderzoeksperiode. Deze actiegroep was wisselend van samenstelling. De eerste bijeenkomst bestond uit een verpleegkundigen, de teamleider en de pvp-onderzoeker, de tweede bijeenkomst bestond uit het afdelingshoofd, de afdelingspsychiater, de pvp-onderzoeker en de onderzoekster van het VUmc. Tijdens de gehele onderzoeksperiode is de klankbordgroep bestaande uit pvp'en zes keer bijeen gekomen.

H4 PROBLEEMDUIDING

Aan de respondenten in de eerste fase van het onderzoek is gevraagd of er op dit moment een probleem bestaat op de gesloten psychiatrische afdelingen als het gaat om waarborgen van rechten van cliënten. Het merendeel van de respondenten onderkende dat er problemen op de gesloten afdelingen kunnen ontstaan of bestaan, enkele uitzonderingen daargelaten.

Bedrijfsblindheid

Vanuit meerduidig perspectief wijst men op het feit dat doordat de afdelingen gesloten zijn, er een grotere kans bestaat dat er ook een *gesloten cultuur* of tunnel of kokervisie ontstaat. Dat leidt vervolgens weer tot meer kans op ontwikkeling van blinde vlekken als het gaat om de waarborging van rechten. Het spanningsveld is dat vaak met goede bedoelingen, al dan niet ongemerkt, rechten worden geschonden. Het heeft ook te maken met de cultuur van een afdeling. In het begin vallen je nog zaken op, daarna wordt het gewoon. Mensen ontwikkelen een soort bedrijfsblindheid. Een vertegenwoordiger van het verpleegkundig perspectief stelt dat het schenden van rechten er gemakkelijk kan insluipen:

“Mensen opsluiten op hun kamer, een soort dagprogramma, dat gaat dan allemaal onder de noemer van goede zorg. Je moet heel erg voor waken dat daarin de rechten van cliënten niet geschonden worden, ondanks de goede bedoelingen van de hulpverlener.”

Onduidelijkheden over rechten

Een tweede punt waar op gewezen wordt door diverse geïnterviewden is dat er *grijze gebieden* zijn waar de rechten van de cliënten voor medewerkers niet altijd eenduidig zijn en onzorgvuldig worden toegepast. Voorbeelden zijn het standaard opleggen van beperkingen aan cliënten, het moeten verdienen van vrijheden of het niet aanwezig zijn van een buitenruimte. Zaken waarover cliënten niet gauw zullen bedenken dat zij daarvoor de pvp kunnen inschakelen, maar waarin zij wel in hun rechten worden geschonden. Een vertegenwoordiger van het familieperspectief vertelt het volgende hierover:

“Volgens mij worden die rechten al gauw geschonden, bijvoorbeeld op het gebied van de sancties die een afdeling toepast. Er zijn periodes geweest dat mijn dochter geen warme maaltijd meer kreeg als zij te laat aan tafel kwam. Deze dingen gebeuren gewoon.”

Ook wordt aangegeven dat cliënten zelf niet altijd weten dat zij kunnen klagen of soms niet durven klagen. Bijvoorbeeld over zaken als bejegening, overlast van andere cliënten of dat afspraken niet worden nagekomen.

Niet/ minder mondige cliënten

Een ander probleem is dat cliënten niet altijd mondig genoeg zijn om voor zichzelf op te komen. Zeker als het gaat om cliënten die geen familie meer hebben die voor hen op kan komen, wordt vanuit familieperspectief gesteld. Cliënten zijn mogelijk ook bang voor represailles waardoor zij minder goed voor zichzelf opkomen. Hierdoor krijgen cliënten soms niet de zorg die ze nodig zouden hebben. Cliënten die geen gebruik maken of kunnen maken van de pvp, schieten er mogelijk bij in als het gaat om hun rechtswaarborging.

De expert van het gezondheidsrecht stelt dat de wetgeving diverse 'countervailing powers', zoals de pvp en de klachtencommissie biedt, maar dat systeem wel afhankelijk is van de actie van de patiënt. Cliënten die niet klagen of minder assertief zijn, zijn binnen dit systeem kwetsbaarder.

Gebrek aan kwaliteit van zorg

Verskillende respondenten (familie, cliënten) wijzen er op dat de kwaliteit van zorg op afdelingen soms onder de maat is. Men mist vakkundig personeel en ervaart dat verpleging veel tijd op kantoor doorbrengt in plaats van bij cliënten. Er kan sprake zijn van onderbezetting, maar ook wordt vanuit meerduidig perspectief ervaren dat verbetertrajecten vaak erg langzaam verlopen. Een psychiater in een van de focusgroepen zegt het volgende:

'Het probleem is niet dat zaken niet worden gezien, maar dat het niet leidt tot acties of beleidsveranderingen.'

Een negatieve spiraal

Ook bestaat de indruk dat *negatieve factoren elkaar kunnen versterken* in hun negativiteit, zoals ook een van de conclusies was uit de rapportage van Femke Welles. Onderbezetting van personeel kan bijvoorbeeld leiden tot achteruitgang in bejegening en te weinig aanwezigheid van verpleegkundigen op de groep wat weer tot meer escalaties en dwang kan leiden.

(Te) weinig toezicht

Vanuit uiteenlopend perspectief wordt aangegeven dat op de gesloten psychiatrische afdelingen (te) *weinig toezicht* plaatsvindt, al dan niet vanuit onafhankelijk perspectief. Dit leidt men af uit de constatering dat er met enige regelmaat misstanden naar voren komen, zoals de situatie in Amsterdam. Men heeft de indruk dat de inspectie hier taken laat liggen, maar erkent tegelijkertijd dat de inspectie mankracht mist om daaraan te voldoen. De inspectie heeft sinds een aantal jaren het toezicht meer risicogestuurd ingezet, door middel van het zogenaamde Gefaseerde en Gelaagde Toezicht (zie hoofdstuk 2). Verschillende geïnterviewden geven aan zich hierover zorgen te maken en vinden het toezicht ten aanzien van dwangtoepassingen op de afdelingen tekortschieten. Ook wordt gesteld dat directie en besturen te weinig betrokken zijn bij afdelingen. Instellingen worden zo groot dat het moeilijk

is om het goed te besturen. Daardoor is niemand meer echt verantwoordelijk voor wat er feitelijk gebeurt. Een vertegenwoordiger van het verpleegkundig perspectief stelt dat de gesloten psychiatrische afdelingen een kwetsbaar systeem betreft dat meer (intern) toezicht nodig heeft: *"Bijvoorbeeld bij het toepassen van dwang in de avond en nacht waarbij de behandelend psychiater niet betrokken is."*

Een andere vertegenwoordiger van het verpleegkundig perspectief stelt dat er op dit moment geen speciaal toezicht is op de kwaliteit van de verpleegkundige zorg in de GGZ. Bovendien kan de verpleging zelf nergens met signalen over zaken waar zij zich over verbazen terecht of ze weten niet waar ze heen moeten.

De pvp kan niet snel zaken signaleren als cliënten daarover geen bezwaren maken, ook als het gaat om schrijnende situaties, zoals drugsgebruik op de afdeling. Het merendeel van de respondenten concludeert dat de gesloten psychiatrische afdelingen door haar gesloten karakter gevoeliger zijn voor het schenden van rechten. Zij hebben voldoende toezicht en stimulans nodig om alert te blijven op het respecteren van rechten van cliënten. Dit houdt in dat een onafhankelijk perspectief wenselijk is om te bewaken of de rechten van cliënten gerespecteerd worden.

Er zijn echter ook verschillende respondenten die gematigder zijn ten aanzien van het duiden van problemen op de gesloten afdelingen, met name vanuit bestuurlijk perspectief. Een respondent is van mening dat het huidige waarborgsysteem op zich goed functioneert binnen de middelen en mogelijkheden die beschikbaar zijn. Hij maakt zich zorgen dat in de huidige tijd wantrouwen leidend lijkt te zijn. Volgens hem zijn er voldoende informatiebronnen om te weten wat er speelt op gesloten afdelingen. Om incidenten terug te dringen, heeft een instelling meer budget en personeel nodig en geen extra controle.

De respondenten van de IGZ stellen dat in de zorg zich problemen kunnen voordoen, maar het basisidee is dat organisaties daar in principe zelf verantwoordelijkheid voor nemen en verbeteringen starten. Hiervoor zijn meerdere bronnen van informatie, zoals ook de cliëntenraad en klachtencommissies.

Imagoprobleem

Ook wordt aangegeven dat een probleem voor de instellingen de negatieve beeldvorming in de media is. Incidenten genereren enorme media aandacht, maar dit geeft mogelijk een vertekend beeld.

Samengevat kan gesteld worden dat het merendeel van de respondenten onderkend dat er problemen op gesloten afdelingen bestaan of kunnen bestaan. Problemen waaraan wordt gerefereerd, hebben voor een groot deel betrekking op de algemene rechtspositie van cliënten. Men wijst op structuren en gewoontes die kunnen ontstaan waardoor rechten van cliënten in de knel kunnen komen. De vraag is of en in hoeverre de pvp van betekenis kan

zijn in het oplossen dan wel verminderen van de gesignaleerde problematiek? De verwachte voor- en nadelen komen in het volgende hoofdstuk aan bod.

Hoewel de meeste respondenten aangaven problemen of mogelijke problemen te zien in de psychiatrie waarvoor een monitorende functie eventueel soelaas kan bieden, waren er accentverschillen zichtbaar tussen de verschillende perspectieven. Problemen werden het sterkst benadrukt vanuit cliënt- en familieperspectief. Zij gaven aan dat cliënten niet altijd weten dat ze kunnen klagen, of niet durven klagen, bijvoorbeeld over zaken als bejegening, overlast van andere cliënten of dat afspraken niet worden nagekomen.

'Cliënten kunnen last hebben van zaken zonder dat ze zich daarvan bewust zijn.'

H5 HET INITIËLE DRAAGVLAK VOOR EEN MONITORENDE ROL

Of de problemen op de gesloten psychiatrische afdelingen als het gaat om waarborging van de rechten van cliënten verminderd kunnen worden indien de pvp zijn taken uitbreidt met een monitorende functie zijn de meningen verdeeld. Veel respondenten weten nog niet goed wat zij ervan moeten denken. De ambivalentie komt mede voort uit het feit dat de meerwaarde nog moet blijken. Dit geldt voor zowel de pvp'en als externe respondenten. De teneur is behoedzaam. In dit hoofdstuk bespreken wij welke voor- en nadelen de respondenten verwachten van een monitorende rol.

Schema:

Verwachte voordelen	Verwachte nadelen/ twijfels
<ul style="list-style-type: none">• Onafhankelijke, vrije en unieke positie met veel kennis en bekend met meerdere afdelingen; maakt blinde vlekken zichtbaar.• Stemversterker van de cliënt, zicht op zaken waar niet snel over geklaagd wordt, en capaciteit om problemen laagdrempelig op te lossen• Meer houvast voor pvp'en dan signalering.• Gerichter toezicht op zogenaamde softere zaken	<ul style="list-style-type: none">• Risico op relationele spanningen met zorgverleners en met cliënten.• Zorgen over mate van objectiviteit en toename verantwoordelijkheden/ zeggenschap.• Zorgen om toename aan bureaucratie en praktische beperkingen voor de pvp• Signalerende functie nog te weinig benut• Andere instanties mogelijk geschikter?

Verwachte voordelen

Onafhankelijke en unieke positie

Het voordeel waar een groot deel van de geïnterviewden op wijst is dat de pvp vanuit zijn onafhankelijke positie veel ziet en hoort. Hij komt regelmatig op de afdelingen en spreekt veel cliënten. Daarnaast is hij onafhankelijk wat hem in zekere mate beschermt tegen de zogenoemde 'bedrijfsblindheid'. Een psychiater zegt hier het volgende over:

"Professionals hebben toch te veel begrip voor elkaar. Daarom blijft er naast het toezicht van de geneesheer-directeur en in de toekomst van de Raad van Toezicht ook een extern signalerende partij wenselijk."

Met een monitorende rol kan de pvp zaken helder en blinde vlekken zichtbaar maken. Het past bij de pvp als kwaliteitsbewaker, aldus een van de geïnterviewde pvp'en:

"Met name voor de instelling zelf en voor de afdeling waar snel iets inkruipt dat dingen vanzelf gaan en dat er niet over nagedacht wordt. Ik denk dat het heel belangrijk is om die kritische rol van de pvp daar helder neer te zetten."

Een pvp heeft vaak meer kennis doordat hij op verschillende afdelingen komt en regelmatig intervisie heeft met collega- pvp'en. Hij heeft een vrijere rol om zaken te signaleren en kan naar wens rechtstreeks meldingen doen bij de raad van bestuur of de geneesheer-directeur. Zijn unieke perspectief zou niet door anderen zoals de inspectie kunnen worden verkregen, volgens de pvp-expert.

"Als de inspectie het zou kunnen, is dat prima. Maar ik denk dat de pvp hier beter op toegerust is door de positie die hij heeft in het ziekenhuis. Meer aanwezig, meer tijd. (...) De inspectie is niet voldoende in de ziekenhuizen aanwezig om er op basis van observaties een mening te vormen."

Stemversterker van de cliënt

Andere voordelen die genoemd worden is dat de pvp in staat is om op te treden als stemversterker van de cliënt. Door zijn rol als 'luis in de pels' op afdelingen houdt hij zorgverleners scherp door kritische vragen te stellen. Bovendien kan de pvp zaken op een laagdrempelige wijze oplossen. Er wordt dan ook door verschillende respondenten gesteld dat de pvp als waakhond van meerwaarde is.

Tot slot stelt de expert op het gebied van gezondheidsrecht dat de pvp vaak zaken ziet waar niet direct over wordt geklaagd, maar waarvan een pvp weet dat cliënten het er niet mee eens zijn en of dat de rechtspositie kan worden verbeterd op dat gebied:

"De pvp zien ook heel vaak dingen waarvan ze denken, wat gek dat daar niet over geklaagd wordt. Een pvp weet ook als geen ander dat sommige patiënten gewoon niet klagen, terwijl ze het eigenlijk wel zouden willen. Het feit dat ze niet klagen, betekent niet dat ze het eens zijn."

Voorkomen van reactief beleid

De pvp kan door regelmatig zaken te agenderen, bijdragen aan het voorkomen van incidentenbeleid doordat hij systeemfouten kan signaleren. Het geïnterviewde familielid zegt hierover het volgende:

"De pvp zou gewoon ongevraagd elke dag een ronde moeten maken op de gesloten afdelingen: Wie zitten er in de separeer, hoelang zitten ze in de separeer, wanneer mogen ze eruit? Dat soort dingen. Als ouder zou ik dat prettig vinden, maar het

vooral belangrijk voor patiënten die weinig of geen steun hebben van familie of naasten."

Het zijn vooral de respondenten vanuit cliënten en familieperspectief die expliciet hun voorkeur te kennen geven ten aanzien van een monitorende functie. Zij zien een dergelijke rol als goede aanvulling mits het aandacht houdt voor de individuele verschillen en behoeften van cliënten. De pvp wordt gezien als kwaliteitsbewaker, die nog meer dan nu het geval is in contact mag treden met cliënten en de kwaliteit van afdelingen mag observeren.

Meer houvast voor pvp'en dan signaleringsfunctie

Sommige pvp'en ervaren de signalerende functie als lastig en verwachten dat het monitoren aan de hand van vaste onderwerpen makkelijker zal zijn. De meerwaarde zit er in dat met behulp van monitoring zaken zichtbaar gemaakt kunnen worden die met individuele belangenbehartiging niet gezien worden. Een pvp zegt hierover;

"Dat signaleren is voor mij nog vrij ongrijpbaar. Ik dacht 'nu krijgt het wat meer handen en voeten'. Ik ben benieuwd naar de instrumenten die daarvoor geleverd gaan worden."

Verwachte nadelen en twijfels

Door de respondenten wordt een grote verscheidenheid aan *nadelen en zorgen* geuit als het gaat om een monitorende rol voor de pvp. Dat betekent niet per se dat er onvoldoende draagvlak is, maar wel dat de respondenten behoedzaam zijn en het vooral belangrijk achten dat er over de voorziene knelpunten goed wordt nagedacht en afgewogen hoe daarmee wordt omgaan.

Risico op relationele spanningen

Een van de issues die door meerdere respondenten wordt aangekaart is het spanningsveld dat kan ontstaan tussen de pvp-en en *de zorgverleners* als de pvp een monitorende rol krijgt wat mogelijk bedreigend kan zijn voor de primaire taak van belangenbehartiging van de pvp. De pvp is voor een deel afhankelijk van de medewerking van de instelling en afdelingen om haar werk goed te kunnen doen. Het monitoren zou als bedreigend kunnen worden ervaren door de medewerkers en draagvlak voor de pvp kunnen doen afnemen. Instellingen kunnen belemmeringen opwerpen voor de pvp om het vertrouwenswerk uit te kunnen voeren. Aan de andere kant wordt ook aangegeven dat verhoudingen ook op scherp kunnen komen te staan als gevolg van individuele klachtenbehartiging. Doordat de pvp geen deel uitmaakt van het team, maar onafhankelijk is, kunnen er gemakkelijker spanningen ontstaan, afhankelijk van

de cultuur van de afdelingen en instellingen (pvp-vriendelijkheid). Een pvp-expert zegt hierover het volgende:

"Sommige ziekenhuizen maken erg duidelijk dat ze de signalerende taak van de pvp niet accepteren. Daar kunnen ze behoorlijke belemmeringen opwerpen voor de pvp om het vertrouwenswerk uit te kunnen voeren. Andere ziekenhuizen vragen er om, die zijn open. Dit zijn juist vaak de ziekenhuizen waar zaken wel goed geregeld zijn, terwijl in ziekenhuizen waar geen open klimaat heerst, je vaker dingen aantreft die geen schoonheidsprijs verdienen en aan de orde gesteld moeten worden."

Een ander issue dat met het bovenstaande samenhangt, is dat er mogelijk een spanning kan ontstaan tussen cliënten en de pvp door een monitorende functie. Het merendeel van de respondenten stelt expliciet dat de individuele belangenbehartiging niet in het geding mag komen. De vraag is op welke wijze een monitorende functie bedreigend kan zijn voor de individuele belangenbehartiging. Bijvoorbeeld indien datgene wat een pvp signaleert en monitort, niet representatief is voor alle cliënten. Kan de pvp zaken monitoren waar cliënten mogelijk helemaal niet zoveel last van hebben? En wat voor persoon A geldt, hoeft niet voor persoon B te gelden. Een aantal respondenten geeft als voorbeeld het drugsgebruik op afdelingen. Sommige cliënten zullen dat als prettig ervaren, terwijl het een negatief effect kan hebben op de sfeer op een afdeling (spanningen en criminaliteit).

Zorgen over de mate van objectiviteit en verantwoordelijkheden

Als het gaat om monitoring is er behoefte aan een professioneel instrument dat een zekere mate van standaardisering weergeeft, maar tegelijkertijd ook aandacht heeft voor verschillende instellingsculturen. Bevindingen moeten intuïties en 'Fingerspitzengefühl' overstijgen, men moet goed kunnen uitleggen waarop conclusies zijn gebaseerd, maar een bepaalde mate van subjectiviteit is moeilijk tegen te gaan en kan ook functioneel zijn. Een geïnterviewde pvp zegt hierover dat een pvp altijd een bepaalde mate van subjectiviteit met zich mee draagt, maar dat niet wil zeggen dat hij te subjectief is om te monitoren. De pvp moet echter wel kritisch kunnen reflecteren op het eigen functioneren en bij twijfel overleggen met collega's en juristen.

Daarbij is ook de vraag welke verantwoordelijkheden en invloed een pvp krijgt indien hij gaat monitoren. Hieraan gerelateerd is de vraag op welke wijze de pvp in een monitorende rol zich verhoudt tot de verantwoordelijkheden van de inspectie. In het algemeen zijn de geïnterviewden terughoudend ten aanzien van het overnemen van taken van de inspectie. De pvp moet anderzijds ook niet medeverantwoordelijk worden voor de kwaliteit van de afdelingen door zijn monitorende functie. Een van de zorgen is dat daardoor afdelingen zelf passiever zullen worden.

Zorgen om toename van bureaucratie en praktische knelpunten

Overige zorgen die door de respondenten zijn aangehaald zijn een toename van bureaucratie. We moeten er voor waken dat er geen overlap ontstaat met andere interne toezichtactiviteiten en het monitoren moet geen louter bureaucratische handeling worden.

Een ander aandachtspunt is dat hoewel de pvp veel ziet en hoort, men zich moet realiseren dat ook hij niet alles ziet en hoort. Een pvp heeft een drukke agenda met de uitvoering van haar eigenlijke taak en houdt al weinig tijd over om te signaleren.

Signalerende functie voldoende/ nog te weinig benut

Verskillende respondenten zijn van mening dat de signalerende functie van de pvp voldoende mogelijkheden geeft voor het bewaken van het respecteren van rechten van de cliënten. Het actief afdelingen bezoeken om zaken te monitoren roept bij meerdere externe respondenten weerstand op. Dat gaat richting toezicht houden en wordt als teveel beschouwd. Een pvp kan juist vanuit zijn huidige rol op basis van zijn dagelijkse werkzaamheden en aanwezigheid op de afdelingen, goed signaleren. Daarbij is ook de vraag of de signalerende rol van de pvp wel optimaal wordt gebruikt en zo niet, of daar niet meer op ingezet moet worden en voldoende kan zijn om de bestaande problemen het hoofd te bieden. Een pvp zegt hierover het volgende:

'Het zou eigenlijk wel gewoon moeten en tot de taken behoren dat je meer structurele tekortkomingen ook signaleert. Maar ik denk dat daar te weinig aandacht voor geweest is om te signaleren. Dat komt dus niet goed uit de veren, die signaleringstaak.'

Andere instanties mogelijk geschikter?

Mogelijk kan een dergelijke rol van de pvp voor de GGZ voordelen opleveren, maar sommige respondenten vragen zich af of de pvp daarvoor de aangewezen persoon en instantie is. Een groot deel van de respondenten die wel het belang van monitoring onderkennen, vinden dat een dergelijke rol ook mogelijk door een andere instantie uitgevoerd kan worden. In de eerste plaats wordt aan de inspectie gedacht. Zij zouden uitgebreid kunnen worden en meer aanwezig kunnen zijn op de afdelingen. Ook wordt door diverse respondenten geopperd dat de instelling zelf een kwaliteitsbewaker zou kunnen aanstellen, hoewel het dan wel de vraag is of deze voldoende kritisch kan zijn. Een ander idee is dat dwangtoepassingen die een cliënt moet ondergaan, gemeld kunnen worden aan zijn of haar advocaat of een soort eerste verpleegkundige.

H6 EERSTE ERVARINGEN MET INZET PVP

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de pilot op twee acute gesloten afdelingen beschreven. Op beide afdelingen is gewerkt met een actiegroep. In de eerste paragraaf staat het proces van het actieonderzoek centraal, de concrete observaties van de pvp onderzoeker en interacties in de actiegroep. Daarna worden de ervaringen van de pvp-onderzoeker beschreven, hoe hij de rol van monitoring heeft ervaren, wat hij ervan heeft geleerd en hoe hij tegen een vervolg aankijkt. Tot slot wordt verslag gedaan van de klankbordgroepbijeenkomsten met pvp'en. Deze klankbordgroep gaf de pvp-onderzoeker adviezen en feedback en hielp mee te reflecteren op de resultaten en mogelijkheden van een monitorende rol.

Actieonderzoek: proces, observaties en reacties

Actiegroep bijeenkomsten eerste afdeling

In de eerste actiegroep bijeenkomst werden de onderzoeksplannen nader toegelicht en werd gebrainstormd over de mogelijke acties voor de pvp-onderzoeker. Er werd besloten om aanwezig te zijn bij de ochtendopeningen en bij het avondeten. Ook werd aangegeven door de leden van de actiegroep dat aanwezig zijn in het weekend mogelijk andere informatie geeft.

In de tweede bijeenkomst werden de eerste observaties besproken. In een korte beschrijving waren vooraf de observaties aan de leden gemaild (zie box hieronder). Dit betrof zowel positieve als meer kritische zaken. De betrokkenen van de afdeling gaven aan dat deze observaties niet heel verrassend waren voor hen. De observaties evenals de meer kritische punten waren bekend. Tijdens de actiegroep bijeenkomst gaf men uitleg waarom een bepaald punt nog steeds speelde en op welke wijze men er al (langer) mee bezig was het aan te pakken.

- verveling: cliënten missen faciliteiten op de afdeling, zoals een computer (kapot) of sportmogelijkheden
- + kwaliteit van het avondeten: dit wordt door cliënten als positief ervaren.
- + vrijheid: cliënten zijn vrij om te eten waar ze zelf willen
- hygiëne: een keer is het vies op de afdeling, de volgende keer is het schoon.
- + bejegening: de pvp-onderzoeker merkt op dat een conflict tussen cliënten respectvol door verpleging wordt opgelost
- privacy: cliënten mopperen over veelheid van onbekenden (bezoekers) op de afdeling
- overlast: een cliënte vertelt dat zij last heeft van de rokers in de tuin (geluid en stank) doordat haar kamer aan de binnentuin grenst.

Voor de derde actiegroep bijeenkomst werden de ongecensureerde aantekeningen van de pvp-onderzoeker toegestuurd naar de leden (zie bijlage II). Deze lijst bevatte hoofdzakelijk kritische punten. In eerste instantie werd dit door de medewerkers van de afdeling als aanvallend ervaren. Pas na uitleg en toelichting van de pvp-onderzoeker werd dit gevoel weggenomen. Men gaf aan dat een lijst met negatieve punten zonder enige context weerstand oproept wat een dialoog in de weg kan staan, aldus de afdelingspsychiater;

'Zoals het nu staat, ga je het lezen en word je steeds negatiever. Dan denk je, het zal wel. Terwijl we toch het idee hebben dat we ons best doen. Er zitten wel punten in waarover we het kunnen hebben, maar dat verlies je dan'

Men gaf aan dat het voor hen beter zou werken om eerst mondeling de observaties te bespreken met elkaar. Achteraf kan daarvan een verslag gemaakt worden zodat de items ook gedocumenteerd worden. Daarnaast geeft men aan dat er een balans gezocht moet worden tussen zowel positieve als negatieve punten. Men mist tevens bij de negatieve punten advies hoe het veranderd kan worden.

'Het mondeling bespreken van punten komt anders over. Dan krijg je direct uitleg erbij. Als je een lijst met punten krijgt, leest iedereen het op zijn eigen manier en de bedoelingen erachter zijn niet helder.(vpk)'

Tijdens het overleg wordt echter wel erkend dat de (negatieve) observaties wel als waardevol worden beschouwd. In de actiegroep wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten observaties.

- Observaties die nieuw zijn (blinde vlekken)
- Observaties die herkend worden en waar men zich in kan vinden.
- Observaties die herkend worden, maar niet of minder relevant gevonden wordt
- Observaties die weerstand oproepen.

Voor de medewerkers van de afdeling zijn de nieuwe observaties het meest belangrijk. Daarvan hebben ze het idee dat ze mee aan de slag kunnen. Dit betrof bijvoorbeeld de observatie dat de informatie voor cliënten in de separeerruimte verouderd was. Daarvan gaven de betrokkenen aan dit zo snel mogelijk in orde te willen maken. Daarnaast werd door cliënten aangegeven dat tijdens de overdracht verpleging allen in kantoor zit waardoor er op dat moment geen verpleegkundige op de afdeling is. Dit is tegen het beleid van de afdeling, maar blijktbaar toch ingeslopen. Hier gaan ze in vervolg beter op letten. Observaties die men herkende en waar men zich in kon vinden, waren bijvoorbeeld dat er geen radio in de separeer is en het bankstel kapot is. Deze zaken staan onder de aandacht. Een observatie waar de afdeling minder mee kon, maar ook werd herkend, was dat de comfort room als opslag voor een elektrische invalidenscooter werd gebruikt. Men ervaaarde dit als enige optie. De privacy in de voorruimte van de separeer werd gezien als minder relevant omdat die

ruimte niet meer gebruikt werd als gespreksruimte. Tot slot gaf de observatie ten aanzien van gebrek aan flexibiliteit om te eten, weerstand op. Men vindt de structuur van de afdeling hierbij belangrijk en geeft aan dat er wel per cliënt gekeken wordt wat mogelijk is.

'We maken ook uitzonderingen, maar sommige mensen vinden bijvoorbeeld het sigaretje belangrijker dan het ontbijt en komen dan om 11 uur zeggen dat ze nog niet gegeten hebben. Dan moeten ze een uurtje wachten tot de lunch.'

In de laatste actiegroepbijeenkomst werd besproken hoe de afdeling het onderzoek ervaren heeft en of zij een monitorende rol voor de pvp zien zitten. Eveneens werd de lijst met aandachtspunten besproken die door de pvp onderzoeker en de onderzoekster van het VUmc op basis van de observaties was opgesteld. De actiegroep vond de punten die naar voren kwamen voldoende compleet en relevant om als aandachtspunten voor de observaties te gebruiken (zie bijlage II).

Alle leden stellen dat de observaties van de pvp-onderzoeker waardevol zijn. Tegelijk geeft men aan dat het belangrijk is over de observaties met elkaar in gesprek te gaan en dat het niet te aanvallend moet worden gepresenteerd. De meerwaarde zit er vooral in dat de afdeling aan het denken gezet wordt. Men gaat er over met elkaar in gesprek. Hoewel de meeste observaties niet nieuw zijn voor de afdeling, geven ze wel de zaken een nieuwe prioriteit. Een verpleegkundige zegt hierover het volgende;

'Het leuke ervan is, is dat het meeste wat op die lijst stond, me niet vreemd voorkwam. Maar het is de nuance die eraan gegeven wordt. Het zijn zaken die door mij dan snel als niet zo belangrijk worden aangemerkt, maar het komt dan toch als belangrijk op zo'n lijst naar voren. Dat is toch wel goed om te weten, er bewust van te zijn.'

Wat er vervolgens met de observaties gebeurt, is aan de afdeling, stellen de medewerkers van de afdeling. De pvp dient onafhankelijk te blijven en mag geen invloed hebben op het afdelingsbeleid. Hij of zij mag wel sturen en adviezen geven. Afhankelijk van de inhoud kan de pvp het op een hoger niveau in de organisatie aankaarten, maar dat moet wel voldoende relevant zijn. In eerste instantie is het wenselijk de dialoog met de afdeling zelf aan te gaan, De afdelingsmanager zegt hierover het volgende;

'Het gaat juist over de wat zachtere dingen. Je blijft een spanningsveld houden, en ik zou het heel vervelend vinden dat als wij de keuze maken om er niets mee te doen, de pvp dan bij alles naar mijn baas gaat. Dan kun je beter met mijn baas praten en dan hoor ik het wel.'

De betrokkenen van de afdeling stellen dat het belangrijk is dat de partijdigheid van de pvp voor cliënten helder blijft. Zij geven vanuit die optiek de voorkeur aan een aparte pvp om te monitoren, bijvoorbeeld twee keer per jaar met het karakter van een audit. Indien dezelfde pvp zal monitoren, dient hij daar extra tijd voor te krijgen en moet helder zijn vanuit welke rol hij er op de afdeling is.