

Adviezen van de actiegroep afdeling 1:

- * Een monitorende rol voor de pvp mag geen negatieve insteek hebben. Het is nodig om een goede balans te vinden tussen positieve en minder positieve punten
- * Communicatie dienst eerst mondeling plaats te vinden, daarna verslaglegging. Een lijst met negatieve punten zonder uitleg wekt weerstand op en gaat mogelijk een eigen leven leiden.
- * Men heeft voorkeur voor gescheiden rollen voor de pvp, deze rollen kunnen wel door een pvp uitgevoerd worden op verschillende momenten.

Actiegroep bijeenkomsten tweede afdeling

Bij de eerste actiegroep bijeenkomst van de tweede afdeling werd afgesproken om vergelijkbare acties uit te voeren zoals dat bij de eerste afdeling uitgevoerd was, zodat gekeken kon worden of er verschillen ervaren werden. Daarbij werd door de pvp onderzoeker gericht geobserveerd aan de hand van de lijst met aandachtspunten die was opgesteld op basis van de ervaringen van de eerste afdeling. De pvp onderzoeker is gedurende een maand zeven keer op de afdeling geweest in de ochtend en tijdens de namiddag/ avond. Op basis van de ervaringen met de eerste afdeling werd besloten om voor de tweede actiegroepbijeenkomst de observaties niet vooraf te mailen naar de actiegroep, maar dit ter plekke te bespreken. De afdelingsmanager gaf aan dit jammer te vinden. De pvp-onderzoeker gaf mondeling zijn observaties door waarop de betrokkenen reageerden.

- + bejegening van cliënten: goede omgang met spanningen/ conflicten
- dagbesteding (verveling): weinig activiteiten
- + vrijheden: cliënten mogen zelf bepalen waar zij eten.
- comfort: armoedige omgeving, geen huiskamer, slechte hygiëne, geen binnentuin, meerpersoonskamers, gebrek aan privacy.
- + dwangtoepassing: er wordt sinds kort duidelijk minder gesepareerd.
- patiëntenrechten: geen informatiefolders op de afdeling

Wat de pvp in positieve zin opviel, is dat het personeel alert is op spanningen en daar op een goede, proactieve manier mee omgaat. Bijvoorbeeld ten aanzien van het roken in de gang, werd dat niet op de spits gedreven, maar werd de cliënt er wel op aangesproken en uitgelegd waarom dat niet kon. Ten aanzien van de dagbesteding is de pvp onderzoeker minder positief. Cliënten geven aan zich erg te vervelen op de afdeling. Sportmogelijkheden en creatieve therapie is er wel, maar erg weinig (een aantal uur per werkdag). Het afdelingshoofd erkent dit en zegt al bezig te zijn met het uitbreiden van deze voorzieningen. Het probleem is echter dat er geen geld voor is.

Een ander kritiekpunt is de armoedige staat van de afdeling. Er is geen huiskamer, er is ongedierte (muizen), wc's zijn vies, er is geen binnentuin en er zijn meerpersoonskamers op de afdeling. Cliënten klagen hier veel over. De pvp zegt hierover het volgende:

'Cliënten hebben hier veel last van en zeggen ook tegen mij; hoe kan ik hier nou beter worden? Ze zijn heel cynisch. Ik vind ook de afdeling uitgewoond en eigenlijk zou het niet meer gebruik moeten worden. Dat vind ik. Het is onbewoonbaar.'

Ook hier zegt het afdelingshoofd de problemen te kennen, maar dat geldt het issue is. Er wordt aan gewerkt, regelmatig komt de bestrijdingsdienst langs en er wordt regelmatig schoongemaakt. Het voorstel van de pvp om dit tenminste duidelijker zichtbaar te maken op de afdeling, wordt ter harte genomen. Cliënten kunnen dan in ieder geval zien dat er aandacht voor is. Echter, doordat het gebouw zo oud is en een nieuwe afdeling gebouwd wordt, zijn er volgens het afdelingshoofd weinig mogelijkheden om in de afdeling te investeren. Men erkent de problemen, maar weet niet direct passende oplossingen. Er zijn nog wel diverse plannen zoals het creëren van een huiskamer. Echter, de afdelingspsychiater zegt zich niet gerealiseerd te hebben dat het zodanig gemist werd door de cliënten. Dat is een extra motivatie;

'De huiskamer, die wilden we al wel, maar ik wist niet dat het zo erg gemist werd door cliënten.'

Ten aanzien van het sanitair gaf de pvp onderzoeker aan dat vrouwelijke cliënten klaagden dat de mannen hun wc's gebruikten en het erg vies achterlaten. Zij stelden voor om de dames-wc op slot te doen en de sleutel op kantoor te leggen. Dit vond de teamleider een heel praktische oplossing. De dag na de actiegroepbijeenkomst bleek dit al te zijn ingevoerd.

Het valt op dat de reactie op de kritiekpunten van de pvp onderzoeker door de betrokkenen van de afdeling veelal verklaard worden vanuit schaarste. Men wil graag de afdeling verbeteren, maar loopt er voortdurend tegenaan te weinig middelen te hebben.

Desalniettemin ervaart men de observaties van de pvp onderzoeker van meerwaarde. Men zegt na verloop van tijd toch blinde vlekken te hebben ontwikkeld. Dat de afdeling in armoedige staat is, wordt erkend, maar de betrokkenen geven ook aan dat het na verloop van tijd ook 'normaal' wordt. Het is goed daarin een extra stimulans te krijgen. Zij ervaren deze punten dan ook niet als kritiek.

'De meerwaarde zit er vooral in dat het belang van bepaalde zaken opnieuw onderstreept wordt en we inzicht krijgen in wat door cliënten belangrijk wordt gevonden.'

Ervaringen van de pvp-onderzoeker

Eigen leercurve

In het begin was het een zoekend proces voor de pvp-onderzoeker. Op een afdeling komen om te observeren en vrijblijvend met cliënten te praten is een rol die hij niet gewend was als reguliere pvp. Normaal zijn pvp'en druk met individuele klachten van cliënten (reactief). De

pvp had daardoor het gevoel zijn tijd te verdoen en zich soms te vervelen. Tegelijk was het niet mogelijk om het gewone pvp werk erbij te doen, zoals de telefoon opnemen.

'Het is anders dan het reguliere pvp werk en vraagt een andere houding. Ik ben er niet op uit om te praten over individuele rechten, maar bijvoorbeeld over hoe vaak het personeel op de afdeling is.'

Daarnaast was het ook zoeken naar hoe een monitorende pvp zich zou moeten opstellen. Ga je actief op mensen af? Wat doe je als er geen cliënten in de huiskamer zitten? Als reguliere pvp heb je een duidelijk doel, als monitorende pvp niet. Om te observeren moet je tijd op de afdeling doorbrengen zodat de afdeling goed in beeld komt. Op de eerste afdeling waren er twee huiskamers, waar de pvp ging zitten en ging praten met cliënten. Daarnaast was hij bij ochtendopeningen, eetmomenten en activiteiten. In eerste instantie was het de bedoeling om te beschrijven wat vanuit de pvp opviel en wat hem werd verteld op te tekenen om zo te onderzoeken wat items zouden kunnen zijn voor een monitoring instrument. Dit bleek echter te vrijblijvend waardoor het werk te weinig focus had. Op basis van de eerste ervaringen van de pvp en items die bekend waren uit onderzoek, hebben de pvp en de onderzoekster van het VUmc een lijst met aandachtspunten opgesteld (zie bijlage III). Dit gaf meer structuur en handvaten voor de pvp om te observeren en gericht bepaalde zaken te onderzoeken. Na verloop van tijd ging het beter en werd het monitoren ook leuker om te doen, aldus de pvp. Wel ervaart de pvp dat een dergelijke rol ook andere, onderzoeksmatige, vaardigheden vergt, namelijk het observeren zelf en het informeren bij cliënten.

Terugkijkend naar het onderzoek ervaart de pvp het persoonlijk als leerzaam om op deze wijze op de afdeling te zijn. Het heeft hem nieuwe inzichten gegeven in hoe een afdeling reilt en zeilt en hoe het is om op een afdeling te (moeten) verblijven.

'Los van het onderzoek is het voor mij als pvp ook heel leerzaam geweest om eens op een andere manier op de afdeling rond te lopen. Eigenlijk zou ik dat iedereen wel gunnen, om dat te ervaren (...). Ik vond het leerzaam, ook het ervaren van de verveling op een afdeling.'

Een ander inzicht is dat wat je zelf ziet en hoe cliënten het ervaren niet altijd gelijk is. Als reguliere pvp volg je de klacht van de cliënt, terwijl met het monitoren je eigen observaties ook een rol spelen. De pvp ging hier mee om door zo objectief mogelijk deze zaken te benoemen en aangeven dat het door cliënten anders ervaren wordt.

'Ik liep er tegenaan dat ik sommige dingen anders waarmeem dan cliënten en waar zij over klagen. Bijvoorbeeld de aandacht van het personeel, maar ook de kwaliteit van het eten. Ik vond het lekker, er was veel keuze, terwijl veel cliënten erover zaten te mopperen.'

Wat de pvp ook opvalt, is dat de zaken die hij observeerde, en hij als erg belangrijk ging ervaren, gelijk waren aan wat de cliënten aangaven, zoals het sanitair of de verlichting in de huiskamer. Tegelijk was de klankbordgroep van pvp'en (zie hieronder) hierover kritisch.

'De klankbordgroep was kritisch. Dat is ook wel te begrijpen vanuit pvp perspectief, maar als je op de afdeling bent, zie je hoe belangrijk het is voor cliënten. Monitoren geeft zicht op wat leeft bij cliënten.'

Verhouding reguliere taak

Door beide afdelingen werd als voorwaarde gesteld om het onderzoek gescheiden te houden van de reguliere pvp taken, zodat cliënten geen hinder zouden ondervinden van het onderzoek. Voor de monitorende pvp had deze scheiding van rollen zowel voor- als nadelen. Het voordeel was dat het hierdoor aan cliënten goed was uit te leggen waarom hij niet meteen op een klacht kon ingaan, maar dat hij wel voor de cliënt een afspraak kon regelen bij de reguliere pvp. Tegelijk is dit ook een nadeel en onwennigheid. Een pvp is gewend om direct te reageren en met een klacht aan de slag te gaan. Nu moest de pvp de cliënt doorverwijzen. Een ander voordeel was dat de pvp in contact kwam met cliënten die zelf een pvp niet zouden opzoeken. Een nadeel zou kunnen zijn dat het ook extra werk oplevert waar pvp'en niet altijd de tijd voor hebben.

Daarnaast is een meerwaarde van het monitoren dat de pvp meer te weten komt over hoe het gaat op een afdeling en hoe het is om daar te verblijven. Het feit dat de pvp zaken soms anders ervaart dan de cliënten heeft geen directe invloed op het reguliere werk, veronderstelt de pvp. Individuele klachten worden altijd serieus genomen. Indien het gaat om algemene klachten zal de pvp wel doorvragen, maar dat deed hij voordien ook al. Mogelijk kan het monitoren wel het signaleren beïnvloeden.

Vergelijking tussen beide afdelingen

De pvp ervaarde de eerste afdeling als een prettigere omgeving dan de tweede afdeling. Dat had niet te maken met de bejegening van het personeel naar cliënten. Op beide afdelingen was de pvp positief onder de indruk van de inzet en betrokkenheid van verpleegkundigen met cliënten. Het verschil had vooral te maken met de fysieke omgeving en de beschikbare activiteiten op de afdeling. Op de tweede afdeling was het erg armoedig en was er weinig te doen. Het feit dat er geen huiskamer was waar je als pvp 'rustig' kan zitten en observeren, maakte dat hij zich anders moest bewegen over de afdeling. Het was moeilijker om contact te maken met de cliënten. Tegelijk was dat ook een belangrijke observatie, omdat cliënten ook veel klaagden over de omgeving van deze afdeling en de pvp dit zelf ook als beklemmend ervaarde.

'Dat is wel het voordeel van het monitoren. Een pvp komt alleen op verzoek van cliënten, dan vallen dat soort zaken niet op. Als je daar zit, ga je, je daar echt over verbazen.'

Het dwong de pvp echter wel op actievere wijze contact te zoeken en vaker in de rookruimtes te zitten.

Beide afdelingen reageerden positief op het monitoren en gaven aan graag vervolg te willen. Op de eerste afdeling was echter een meer actieve betrokkenheid van de verpleegkundigen.

Er was meer een dialoog ontstaan. Op de tweede afdeling was de looptijd van het onderzoek korter en kwam de actiegroep minder frequent bij elkaar. Desondanks werd daar ook gereageerd op een aantal observaties, zoals de muizen en de wc's.

'Waar ze zelf een bepaalde blindheid hebben, kan door onze uitleg de ogen worden geopend.'

Ervaren knelpunten

Wat de pvp tegenviel is dat een groot deel van de observaties door de afdeling 'afgedaan' werden als gebrek aan middelen. Men herkende de issues, maar gaf aan geen geld te hebben er direct iets aan te kunnen doen. Dat werkte ontmoedigend. Daarnaast bleken cliënten niet direct openhartig te zijn over hun ervaringen op de afdeling. Cliënten gaven aan nu 'vrij' te zijn, in de zin dat ze even niet over hun ervaringen wilden praten, zoals in het kader van behandeling. Zaken als dwangtoepassingen en vrijheidsbeperkingen kwamen daardoor mogelijk minder goed in beeld. Cliënten hadden geen behoefte om daar over te praten. Concrete issues ten aanzien van rechtsbehartiging op algemeen niveau kwamen daardoor minder ter sprake. Er werd op beide afdelingen op het moment van de observaties niet gesepareerd. Dat is mogelijk een beperking van het monitoren.

'Ik merkte dat cliënten niet zoveel met dwang en drang bezig zijn. Cliënten maken een onderscheid tussen hun behandeling en verblijf op de afdeling en zeggen, nu even niet, ik heb nu vrij.'

Een ander knelpunt is dat het monitoren vooral wat 'zachtere' onderwerpen in beeld heeft gebracht, zoals de sfeer op een afdeling, waaruit discussie ontstaat welke waarde daaraan gehecht zou moeten worden. De klankbordgroep van pvp'en was hierover kritisch. De 'winst' is mogelijk te mager ten opzichte van de investering.

Tot slot is een valkuil dat als je vaker op de afdeling komt, het gezellig wordt en je als pvp bijna onderdeel van het team wordt. De pvp merkt op dat bijvoorbeeld na een maand de geur van muizen inderdaad gaat wennen.

Visie op vervolg

De pvp-onderzoeker ziet zowel persoonlijk als algemeen een meerwaarde van het monitoring. Persoonlijk geeft het meer inzicht hoe het is om op een afdeling te verblijven. In het algemeen komen onderwerpen naar voren die door cliënten op de afdeling als belangrijk worden ervaren. Tegelijk is de pvp onderzoeker ook kritisch. Het is een grote tijdsinvestering die moeilijk te combineren is met de tijdsdruk die pvp'en ervaren binnen het reguliere werk. Het is moeilijk om daaraan voorbij te gaan. Het monitoren levert eveneens extra werk op voor de reguliere pvp. Daar moet wel aandacht voor zijn.

Bijeenkomsten klankbordgroep pvp'en

In totaal is de klankbordgroep met pvp'en zes keer bij elkaar gekomen om de pvp onderzoeker feedback te geven op de invulling van zijn rol als monitorende pvp alsmede te reflecteren op de mogelijkheden van monitoring voor de pvp

Adviezen van de klankbordgroep

Tijdens de klankbordgroepbesprekingen vroeg de pvp onderzoeker regelmatig advies aan zijn collega's hoe om te gaan met cliënten, en met name cliënten die erg geladen zijn of juist veel aandacht vroegen. De pvp onderzoeker ervoer het als lastig om contact te maken met cliënten zonder dat zij uit zichzelf met een (hulp)vraag komen: *'Stap je actief op cliënten af? Hoe ga je ermee om als een cliënt voortdurend om jouw aandacht vraagt?'*

De collega-pvp'en adviseerden in lijn met de actiegroep, om vooral aanwezig te zijn bij activiteiten van de afdeling, zoals ochtendbesprekingen, sfeerbesprekingen en eetmomenten. Op zulke momenten is het gemakkelijker om informeel in contact te komen met cliënten, ook met de minder mondige cliënten. Daarnaast adviseerde de klankbordgroep om vooral een afwachtende houding aan te nemen zoals pvp'en in hun huidige rol gewend zijn. Als cliënten geen contact willen, moet dat worden geaccepteerd. Ook adviseert de klankbordgroep dat cliënten goed geïnformeerd moeten worden over de monitorende rol van de pvp bij de start van de opname. Het is belangrijk dat cliënten geen verkeerde verwachtingen krijgen van de monitorende pvp.

Reflectie en feedback

De klankbordgroep is kritisch ten aanzien van de winst van de observaties ten opzichte van de tijdsinspanning die het vergt. Men vindt het te vrijblijvend en te vaag. Het is niet voldoende helder wat het monitoren expliciet oplevert. Aan de andere kant ziet men wel de effecten van de pilot op de afdelingen. Er ontstaat een gesprek op de afdelingen over de observaties.

'Opeens werden wel de wc's twee keer per dag schoongemaakt, op eens wordt er wel iets geregeld voor de mannen en vrouwen wc (...). Het zijn geen hemelbestormende dingen, maar het wordt wel gezien.'

Een tweede aandachtspunt is de vraag van de afdelingen om ook positieve zaken te benoemen. De klankbordgroep verbaasde zich over het feit dat zelfs een open afdeling al behoefte heeft aan het noemen van positieve punten en dat kritische punten blijkbaar weerstand oproepen. De toon en de manier waarop observaties gebracht worden, is belangrijker voor afdelingen dan de pvp'en hadden verwacht.

Het aangeven van positieve punten is echter iets wat pvp'en niet gewend zijn. Zij kijken juist naar zaken die niet goed gaan. Dat maakt het monitoren een andere manier van werken. Er was geen consensus ten aanzien van het antwoord op de vraag of het benoemen van positieve zaken wenselijk is. Het wordt als lastig ervaren. Het is vooral een strategische

keuze om positieve punten te benoemen. De vraag is ook welke positieve zaken je zou moeten monitoren. De informatie zou gebaseerd moeten zijn op wat cliënten zelf als positief ervaren, aldus de klankbordgroep. Tegelijkertijd komt de pvp op meerdere afdelingen en springen sommige zaken bij een afdeling in positieve zin eruit.

'Een pvp komt natuurlijk veel op afdelingen, dus als daar in positieve zin dingen uitspringen is het geen moeite om dat aan te geven. (...) Bijvoorbeeld dat de psychiater aan tafel aanschuift, dat is echt bijzonder. Dat kun je toch benoemen.'

Benadrukt wordt dat het benoemen van positieve zaken dient als opmaat om het gesprek aan te gaan. Het houdt niet in dat er een stempel van goedkeuring wordt afgegeven.

Tot slot is een punt van aandacht in hoeverre de pvp'en van de klankbordgroep het monitoren binnen hun functie wenselijk achten. Verschillende pvp'en geven aan de monitorende rol vanuit persoonlijk perspectief niet te ambiëren. Men vindt deze rol minder aantrekkelijk dan het reguliere werk. Redenen zijn onder meer het op de afdeling moeten verblijven en proactief met cliënten in contact komen die in eerste instantie daar niet op zitten te wachten.

'Ik zou niet op die manier kunnen en willen werken. Ik word daar kriegelig van. Maar ik zie de waarde er wel van in.'

Men verwacht dat een monitorende rol zwaarder is dan het reguliere werk;

'Je moet proactief zijn, niet alleen aanwezig zijn. Als je dingen signaleert op een afdeling, moet je het bruggetje naar de cliënt maken als zij er zelf niet over beginnen. Dat vergt veel van jezelf.'

De pvp'en zijn in het algemeen voorzichtig negatief ten aanzien van een monitorende rol voor de pvp met name doordat de randvoorwaarden niet helder zijn. Men erkent dat een pvp door het observeren op de afdeling meer ziet en hoort en dat minder mondige cliënten op deze wijze beter bereikt worden door de pvp, maar tegelijk is men bezorgd voor negatieve gevolgen voor het reguliere pvp werk (met name toename aan werkdruk). Men kan zich moeilijk voorstellen dat er voldoende uren voor beschikbaar zouden komen. Binnen de huidige uren vindt niemand het monitoren wenselijk. Een belangrijke voorwaarde is dan ook dat er voldoende uren beschikbaar moeten komen voor een dergelijke functie van de pvp. Daarnaast moet gekeken worden naar de geschiktheid van de pvp om een dergelijke functie uit te oefenen en is extra training/ scholing wenselijk. De klankbordgroep heeft de voorkeur om de rollen gescheiden te houden. Men verwacht dat het anders een negatieve invloed kan hebben op de relatie met de afdeling en wijze van observeren.

'Ik denk dat je als externe monitor net een andere blik hebt en minder last van de relatie die je goed wilt houden om toch te kunnen monitoren.'

Een andere reden is dat een externe pvp mogelijk beter in staat is om blinde vlekken te signaleren, omdat de reguliere pvp mogelijk ook eigen blinde vlekken heeft. Men concludeert

dat een monitorende functie als hij er komt, door een externe pvp dient te worden uitgevoerd gedurende een korte periode (bijvoorbeeld een maand) met intensieve contactmomenten.

H7 IDENTITEIT VAN DE PVP

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten gezien tegen het licht van de huidige context en verwachtingen van de psychiatrie, de rol van toezicht en de plaats van de pvp in dit geheel. De onderzoekers menen dat de drie terreinen naar elkaar toe aan het groeien zijn waardoor er nieuwe mogelijkheden zijn ontstaan voor de pvp om een rol te spelen in het systeem van 'checks and balances'.

Nieuwe toedeling van verantwoordelijkheden

De huidige ontwikkelingen in de zorg laten zien dat verantwoordelijkheden en rollen van betrokkenen zich ontwikkelen en aan verandering onderhevig zijn. Mede doordat het toepassen van dwang en de ambities om dwang te verminderen op de agenda kwamen te staan, is er op verschillende gesloten afdelingen een omslag in denken en cultuur ontstaan of nog gaande. Zoals in hoofdstuk 2 staat beschreven ontwikkelen deze afdelingen meer openheid over de gang van zaken op hun afdelingen, staan zij meer open voor kritiek en feedback, treden er verschuivingen op van beheersmatig werken naar meer onderhandeling met de cliënt, meer maatgericht werken in plaats van het volgen van standaarden en meer aandacht voor achtergrond en context van de cliënt dan alleen zijn diagnose. De afdelingen maken een ontwikkeling door waarin niet langer alleen de ziekte van de patiënt centraal staat, maar ook aandacht komt voor de mens achter de psychiatrische aandoening. Hierdoor ontstaat meer ruimte voor het maken van contact, respect en bondgenootschap wat invloed heeft op de relatie tussen cliënten en zorgverleners (Landeweer e.a. 2010). Deze afdelingen ontwikkelen door de open attitude mede een meer openhartige houding ten aanzien van de pvp. De pvp wordt niet langer gezien als potentiële bedreiging, maar meer als bondgenoot vanuit perspectief van de patiënt. Ook de pvp'en zelf gaven aan op sommige afdelingen niet langer een vijandige houding te ervaren, waardoor zij ook een rol als bruggenbouwer tussen patiënt en hulpverlener konden innemen.

Tegelijkertijd is het besef ontstaan dat de IGZ binnen haar rol van inspecteur niet intensief op afdelingen aanwezig kan zijn om zaken te monitoren die betrekking hebben op 'soft signals' of items die zichtbaar worden door langdurig op afdelingen aanwezig te zijn.

Binnen deze ontwikkelingen is de vraag relevant op welke wijze de pvp vanuit een monitorende functie de bovengenoemde processen verder kan stimuleren.

Kijkend naar ervaren en toebedeelde verantwoordelijkheden, signaleren de onderzoekers dat de verantwoordelijkheden binnen de drie terreinen accentverschuivingen hebben doorgemaakt. Deze verschuivingen worden van betekenis voorzien met behulp van ethische theorieën. Ethiek is in deze context relevant omdat het behouden, ontwikkelen en duiden van

de betekenis van goede zorg centraal staat. Het concept van verantwoordelijkheden wordt hierbij geduid vanuit ethisch perspectief. Moraal filosoof Margaret Urban Walker (2007) beschrijft moraliteit als een 'sociaal geconstrueerd medium van wederzijds begrijpen en onderhandelen tussen mensen over hun verantwoordelijkheden ten aanzien van zorg voor elkaar' (p.9). Zij stelt dat de moraal sociaal geworteld is en voortdurend in beweging: constant komen morele issues naar de oppervlakte die nieuwe constructies van verantwoordelijkheden en verwachtingen scheppen. In de dagelijkse praktijk zijn deze veranderingen zichtbaar op drie wijzen. In de eerste plaats presenteren veranderingen zich in het zoeken naar een nieuwe interpretatie van identiteiten van betrokkenen (rollen en daaraan verbonden verwachtingen, normen). Nauw daaraan gerelateerd, presenteren deze veranderingen zich ten tweede in een nieuwe afstemming van verhoudingen (relaties) tussen rollen. Tot slot zijn (onderliggende) waardeopvattingen (visies) hierbij betrokken. Deze drie aspecten zijn nauw met elkaar verbonden. Concrete invullingen van verantwoordelijkheden zijn daarmee per definitie relationeel.

Wanneer we de psychiatrie bezien, zien we dat in de afgelopen jaren mede door de dwangreductieprojecten, dat de verantwoordelijkheidstoedelingen zijn verschoven. De verhouding tussen cliënten en zorgverleners is op verschillende afdelingen veranderd. De zorgverlener koppelt zijn verantwoordelijkheid en professionele identiteit nu meer aan het ondersteunen van en samenwerken met de individuele cliënt dan voorheen (Landeweer e.a., 2010). Tegelijkertijd tracht de IGZ meer verantwoordelijkheid terug te geven aan de instellingen voor de kwaliteit van zorg, waarbij de vraag rijst of en in hoeverre de zachtere signalen (soft signals) voldoende in beeld komen als het gaat om kwaliteit van zorg. Het voorstel dat mogelijk de pvp hierin een rol zou kunnen spelen, past in de lijn der verwachtingen. De pvp die als onderhandelaar voor de cliënt veel op afdelingen komt, zou vanuit een onafhankelijk perspectief geschikt kunnen zijn om juist op dergelijke factoren afdelingen te monitoren. Diverse afdelingen binnen de psychiatrie zijn meer open geworden en zien meer de waarde van het buitenstaander perspectief om blinde vlekken te signaleren. Vragen en zorgen die het voorstel om de PVP een nieuwe, additionele monitorende rol te geven opriepen, zijn gerelateerd aan hoe de drie terreinen zich tot elkaar verhouden indien de pvp een monitor functie op zich zou nemen.

Praktijk van de psychiatrie

De onderzoeksresultaten en in het bijzonder de resultaten uit de pilot laten zien dat de praktijk van de psychiatrie een monitorende rol voor de pvp van meerwaarde vindt voor het behoud en bescherming van goede zorg. De afdelingen waar de pilot is uitgevoerd gaven beiden aan dat de observaties van de pvp bijdroegen aan de prioritering van items die verbeterd kunnen worden. De afdelingen waren open en bereid een nieuwe relatie met de pvp aan te gaan in de rol van monitor. De vraag is wel in hoeverre de betreffende afdelingen waar de pilot is uitgevoerd representatief zijn voor de psychiatrie in het algemeen. Verwachtingen van de afdelingen naar de pvp waren dat de pvp feedback zou geven en eventuele blinde vlekken zou signaleren. Tegelijk werd aangegeven dat men niet wilde en verwachtte dat de pvp verantwoordelijkheden zou overnemen ten aanzien van het beleid van

de afdeling. Verantwoordelijkheid wordt hier bedoeld als aansprakelijkheid. De pvp dient geen inhoudelijke verantwoordelijkheid te dragen voor oplossingen, maar heeft wel de verantwoordelijkheid om zaken te signaleren ('bystander-responsibility').

Focus en doel van de afdelingen was met name het in gesprek gaan met elkaar over de betekenis en invulling van goede zorg. Hoewel de pvp daarmee geen inhoudelijke verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld, verschuift met een dergelijke rol wel zijn verantwoordelijkheden doordat verwachtingen veranderen. Niet alleen wordt met een monitorende rol verwacht dat de pvp verantwoordelijkheid neemt voor individuele rechtswaarborging van cliënten, ook meer algemene rechtswaarborging en kwaliteit van zorg komen bij hem of haar te liggen ondanks dat hij of zij daar niet aansprakelijk voor zal zijn.

Toezicht en inspectie

Ook bij de rol van de IGZ zien we enige verschuivingen en spanningen in verantwoordelijkheden. Het beeld van de inspectie bestaat met name uit de rol van controleur. De praktijk verwacht dat de inspectie instellingen en afdelingen toetst en controleert, maar tot op welke hoogte dat mogelijk is, is punt van discussie. De inspectie toetst of de kwaliteit van zorg voldoet aan veldnormen en wettelijke eisen. De IGZ wijst daarbij ook de instellingen op hun eigen verantwoordelijkheden ten aanzien van toezicht op de kwaliteit van zorg. Om dit zo goed mogelijk te doen, richten instellingen zich eveneens (steeds meer) op kwaliteitssystemen waarmee de kwaliteit van zorg te objectiveren (te meten) is. Deze meer afstandelijke wijze van toezicht houden heeft als nadeel dat zogenaamde softe signalen minder goed in beeld komen, terwijl juist de kwaliteitsbeleving van betrokkenen (en buitenstaanders) informatief is voor de mate van kwaliteit van zorg. Ten aanzien van toezicht is hier sprake van een lacune. Dergelijke systematische toetsingen krijgen ervaringen en belevingen van betrokkenen minder goed in beeld (soft signals). Daarmee worden kansen gemist om een kweekvijver te ontwikkelen van best practices en verbetermogelijkheden. De inspectie speelt bij haar onderzoek naar meldingen en in het kader van thematisch toezicht een rol in het voorhouden van een spiegel en het veld stimuleren tot verbeteringen, maar is niet dagelijks of zelfs wekelijks en ook niet gedurende een maand uren achtereen als observator aanwezig op afdelingen. Deze mogelijkheid zou door de pvp kunnen worden opgepakt waarbij zij wel verantwoordelijkheid op zich nemen, maar niet in termen van aansprakelijkheid of medeplichtigheid. Een monitorende rol door de pvp is daarmee een goede aanvulling op het stimuleren en motiveren van de kwaliteit van zorg.

Identiteit van de PVP

Doordat de identiteit van de pvp in de loop der jaren aan verandering onderhevig is geweest (van breekijzer naar onderhandelaar voor de cliënt) zijn verantwoordelijkheden en verwachtingen eveneens in bepaalde mate verschoven. De pvp bekijkt veel meer strategisch naar hoe de meeste effectiviteit voor de cliënt te realiseren is. Eigen observaties spelen in bepaalde mate ook al een rol bij de reguliere taak van de pvp.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt echter dat de pvp moeite heeft zijn eigen identiteit vast te stellen. De vrije invulling van de functie maakt dat of een monitorende rol passend wordt beschouwd, verschillend wordt ervaren. Hoewel de reguliere taak van begeleiden en ondersteunen van cliënten bij het vinden van een oplossing bij hun vragen en klachten als redelijk afgebakend wordt gezien, zijn er nuanceverschillen en is er geen sluitende consensus over verantwoordelijkheden ten aanzien van bijvoorbeeld de monitorende rol. De perspectieven lopen hier uiteen. Vanuit de theorie van Walker is dit te verklaren doordat relaties van de pvp met de zorgverlener en de cliënt nog niet voldoende zijn uitgebalanceerd, alsmede omdat een eenduidige visie ontbreekt in hoeverre de pvp zijn kennis en kunde breder zou kunnen inzetten. Verwachtingen lopen uiteen, waardoor er onduidelijkheid bestaat welke verantwoordelijkheden een monitorende rol zal behelzen. Waar het veld verantwoordelijkheid draagt voor zowel individuele zorg als collectieve processen, heeft de pvp vooralsnog het zwaartepunt gelegd bij de individuele belangenbehartiging van cliënten. De vraag is nu of de pvp juist vanuit zijn onafhankelijke positie het veld vanuit zijn betrokkenheid feedback kan geven. Vanuit de psychiatrie bestaat hier behoefte aan, mede vanwege de lacune die hier wordt ervaren.

De meerwaarde van de monitorende rol

Vanuit de morele psychologie is te verklaren waarom mensen die behoren tot elkaars 'peers' (gelijken) gemakkelijker blinde vlekken ontwikkelen en dat openheid ten aanzien van een 'frisse blik' de kwaliteit van zorg kan stimuleren. 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. Mensen zijn minder rationeel in dat opzicht dan vaak werd gedacht. Deze dynamieken zijn ook zichtbaar geweest in de pilot. Zaken die in eerste instantie verbazen en verontwaardiging oproepen, worden snel normaal gevonden. De pvp onderzoeker gaf zelf al aan dat de geur van muizen na een maand gaat wennen. De afdelingspsychiater gaf aan dat toen ze net op de afdeling kwam werken, de afdeling zo vies vond dat ze zich afvroeg of ze wel welkom was. Nu is het gewoon. Tegelijk is er in het veld een tendens ontwikkeld van openheid en bewustwording van de risico's op blinde vlekken en de meerwaarde om externe onafhankelijke partijen te laten meekijken op afdelingen.

De psychiatrie en in het bijzonder gesloten afdelingen realiseren zich steeds meer dat zij vatbaar zijn voor blinde vlekken en een open houding naar externe perspectieven deze processen kan tegengaan. Dat verklaart dat de afdelingen waar de pilot is uitgevoerd de pvp enthousiast ontvingen. Zij zien een dergelijke rol voor de pvp als toegevoegde waarde. Daarnaast is de psychiatrie meer gericht op het perspectief van de cliënt en wordt de pvp gezien als persoon die daarin bruggen kan bouwen. Deze 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.

Reflectie

De verschuivingen binnen de drie terreinen maken dat er ruimte is ontstaan voor de pvp om een aanvullende rol te spelen in het systeem van 'checks and balances'. Tegelijk zijn de pvp'en zelf voorzichtig behoedzaam. Zorgen om relationele verhoudingen komen voort uit het feit dat gevolgen ten aanzien van verwachtingen en verantwoordelijkheden niet helder zijn.. De kracht van de identiteit van de pvp zit in de onafhankelijkheid, maar tegelijkertijd wil het veld van de psychiatrie met de onafhankelijke pvp in gesprek om te komen tot goede praktijken. De pvp is vanuit zijn traditionele rol hierin terughoudend. Hij is diegene die de cliënt ondersteunt in zijn rechten tegenover de zorgverlening. Toch rijst de vraag of en in hoeverre de pvp zijn onafhankelijke rol op alleen individuele oriëntatie zou moeten blijven invullen. Zoals Walker al beschreef zijn rollen per definitie relationeel. Doordat de rollen van de andere partijen verschuiven, kan de pvp hierin meebewegen. Dit is ook zichtbaar in hoe individuele pvp'en hun eigen rollen invullen. Daar zijn accentverschillen zichtbaar in welke waarde er aan de relatie met de zorgverleners wordt gehecht. Door een te defensieve houding ten aanzien van veranderingsprocessen bestaat het risico dat de pvp kansen mist om de kwaliteit van zorg en rechtswaarborging op gesloten afdelingen te verbeteren.

Uit de pilot kwam naar voren dat de pvp die een monitorende rol vervult contact krijgt met minder mondige cliënten en in staat is om zaken te observeren die zich uit oogpunt van cliënten lenen voor verbetering, zoals de verveling op afdelingen, gebrekkige hygiëne en het niet aanwezig zijn op de afdeling van verpleegkundigen. De afdelingen stonden open voor deze observaties en beschouwden deze, mits positief geformuleerd, als belangrijke aandachtspunten om aan te werken. De verwachte nadelen, opgetekend in hoofdstuk 5, speelden in zoverre niet dat er geen sprake was van toegenomen bureaucratie of van onnodige spanning in de relatie met zorgverleners. De pvp kreeg een groter begrip voor de verpleegkundigen en kreeg beter inzicht in de verschillen tussen afdelingen. De eigenlijke taak van de pvp kwam niet in het gedrang, omdat hier een andere pvp voor beschikbaar was. Er bleek geen overlap te zijn met het werk van de inspectie waar respondenten in eerste instantie zorgen over hadden. Rolverwarring met de inspectie trad niet op, omdat de inspectie een geheel andere positie en bijbehorende bevoegdheden heeft. Wel gaf de pvp aan dat de nieuwe rol andere vaardigheden vereist.

De onderzoeksresultaten tonen meerwaarde van de rol van een monitorende pvp, maar zijn tegelijkertijd niet te vertalen in objectieve maatstaven. Het gaat vooral om softe signalen die een pvp kan teruggeven aan een afdeling, en daarmee kan de pvp een rol innemen in het systeem van 'checks and balances'. De vraag of een dergelijke rol efficiënt genoeg is en voldoende winst oplevert in termen van kosten- baten, is een politieke vraag.

H8 SLOTHOOFDSTUK

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de realisatie van de doelstellingen van het onderzoek alsmede het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Vervolgens worden conclusies en aanbevelingen geformuleerd door de onderzoekers.

Realisatie doelstellingen en beantwoording onderzoeksvragen

Draagvlak vooraf

Een van de centrale doelstellingen was het in kaart brengen van het draagvlak voor een monitor functie door de pvp bij interne en externe partijen. Onderzoeksvragen waren hoe verschillende partijen tegen de eventueel nieuwe monitorfunctie door de pvp aankeken en in hoeverre pvp'en zelf zich geëquipeerd voelden om de nieuwe taak en rol waar te maken. Alle partijen waren van mening dat het huidige toezicht in de psychiatrie niet optimaal is en dat er gereede kans bestaat op blinde vlekken door de gesloten cultuur van instellingen. Monitoring voor de pvp werd niet automatisch gezien als de oplossing daarvoor. Betrokkenen zagen vooraf zowel voor- als nadelen voor een monitorende functie. Tegelijk werd gesignaleerd dat de terughoudendheid ten aanzien van een monitorende functie mede voortkwam uit het feit dat het idee van monitoring nog niet volledig geoperationaliseerd was. Men gaf eigen invullingen aan het concept waardoor zorgen wisselend werden ervaren. Het idee dat de pvp als controleur op de afdeling zou komen, werd door de meeste betrokkenen niet geambieerd. Er bestond dan ook onvoldoende draagvlak voor het vooraf vaststellen van een objectief instrument waarmee de pvp afdelingen zou gaan toetsen. Wel bestond er draagvlak voor het idee dat de kennis en het perspectief van de pvp beter benut zou kunnen worden. Doordat nog onvoldoende duidelijk was hoe het monitoren uitgevoerd zou gaan worden, kon niet worden vastgesteld of er voldoende draagvlak bestond. Vanuit deze constatering werd in overleg met de klankbordgroep en opdrachtgever besloten om het tweede deel van het onderzoek aan te passen en met behulp van actieonderzoek in de praktijk te zoeken naar hoe het monitoren vorm te geven. Deze keuze voor het vervolg van het onderzoek sloot aan bij de behoeften van de pvp'en zelf. Zij waren in eerste instantie behoedzaam ten aanzien van een monitorende rol aangezien zij het lastig vonden een voorstelling te maken wat het zou betekenen voor de huidige invulling van hun functie. Met name door de hoge werkdruk die reeds binnen de reguliere taken werd ervaren, was men terughoudend in het omarmen van een extra taak. Doordat in de pilot de rollen werden gescheiden en de pvp-onderzoeker zich puur richtte op de invulling en ontwikkeling van de monitorende functie kon men focussen op de inhoud van de monitorende rol.

Verwachte risico's en spanningen

Een tweede doelstelling was het in kaart brengen van mogelijke risico's en spanningsvelden en hoe deze te ondervangen. Vragen die daarbij centraal stonden waren hoe het toezicht door de IGZ zich verhoudt ten opzichte van een nieuwe monitor functie en in hoeverre de

traditionele rol en kerntaak van de pvp gewaarborgd konden blijven, en welke mogelijke risico's en spanningen de nieuwe taak en rol op zou kunnen leveren.

In hoofdstuk 4 zijn de voorziene spanningen en twijfels opgetekend. Ook hier geldt dat de zorgen deels versterkt werden doordat de invulling van een monitorende rol vooraf niet geoperationaliseerd was. Het was evident dat het merendeel van de betrokkenen een toezichthoudende rol voor de pvp niet wenselijk achtten. Om die reden werd gekozen voor actieonderzoek als methodiek tijdens de pilot zodat gezamenlijk met alle betrokkenen voortdurend afgestemd kon worden op welke wijze de voorziene spanningen tegengegaan kon worden. Een voorbeeld is dat door de afdelingen zelf aangegeven werd dat zij de pvp-onderzoeker wilden scheiden van de reguliere pvp die werkzaam is op de afdelingen, omdat op deze wijze er geen verwarring zou ontstaan bij de cliënten. Hierdoor deden zich geen spanningen voor ten opzichte van de traditionele rol van de pvp en werden relationele spanningen met zorgverleners en cliënten voorkomen. Ook werd gesproken over de mate van objectiviteit van de observaties. Afdelingen gaven aan dat zij de observaties juist van meerwaarde vonden omdat het vanuit pvp-perspectief werd gedaan gevoed door ervaringen en belevingen van de cliënten op de afdelingen. De mate van objectiviteit bleek daarin niet een discussiepunt. De winst voor de afdelingen was vooral dat zij zagen dat vanuit cliëntenperspectief prioriteiten anders ervaren worden. Zo gaf bijvoorbeeld het management van een afdeling aan dat zij zich niet hadden gerealiseerd dat hun cliënten een huiskamer op de afdeling zo sterk zouden missen.

Monitor-instrument

De derde doelstelling van het onderzoek was om (bij voldoende draagvlak) een instrument van monitoring (verder) te ontwikkelen, te evalueren en te valideren. Vragen waren in hoeverre het ontwikkelde instrument gevoelig genoeg en praktisch bruikbaar zou zijn en in hoeverre het beleidsrelevante informatie voor instellingen voor de instellingen zou kunnen opleveren.

Nadat de pvp-onderzoeker tijdens de pilot eerst blanco startte met het aanwezig zijn op de afdeling en te observeren en informele gesprekken te voeren met cliënten over hun ervaringen op de afdeling, konden er met behulp van de eerder opgestelde items door de Stichting PVP (Welles, 2008) in combinatie met de ervaringen van de pvp-onderzoeker een lijst van aandachtspunten worden opgesteld (zie bijlage III). Deze lijst gaf de pvp-onderzoeker handvaten om gericht te observeren en te praten met cliënten. De focus van aandachtspunten werd tevens onderschreven door de projectgroep (validatie). Hoewel de aandachtspunten de scope van het monitoren goed weergeeft en handzaam blijkt, dient er altijd de mogelijkheid te zijn om de lijst verder aan te vullen in concrete situaties.

Door beide afdelingen werden de observaties van de pvp-onderzoeker als relevant en zinvol ervaren. Daarbij werd aangegeven dat vooral nieuwe observaties (blinde vlekken) van belang werden geacht en inzicht gaven in welke issues de cliënten als relevant ervoeren. Hierdoor konden de afdelingen hun afwegingen ten aanzien van ambities voor de afdeling daarop aanpassen. Er waren echter ook observaties die minder relevant werden gevonden of die weerstand opriepen. De vraag daarbij is hoe daarmee om te gaan. Wie bepaalt uiteindelijk

welke waardeoriëntatie voor de afdeling het beste is? Idealiter gaat de pvp hierover met de afdeling in gesprek. Maar bij uitblijven van verbeteracties zou de pvp zich moeten kunnen wenden tot een hoger echelon in de organisatie.

Organisatie en institutionalisering monitor-functie

Tot slot was de vierde doelstelling van het onderzoek inzicht te krijgen in de organisatie en institutionalisering van de monitoring functie. Uit de pilot kwamen diverse randvoorwaarden naar voren. De eerste afdeling benadrukte het belang van de dialoog met de afdeling over de weging en duiding van de observaties. Daarbij moet een pvp niet alleen kritische observaties geven, omwille van de dialoog is het ook van belang positieve punten aan te geven. De pvp'en in de klankbordgroep benadrukten dat een monitorende functie vereist dat er extra uren voor beschikbaar komen. Het is niet mogelijk om een dergelijke opdracht binnen de reguliere functie erbij te doen. Daarnaast ervaaarde de pvp-onderzoeker in zijn monitorende rol ook dat het andere vaardigheden en attitude vraagt. Men moet actief op zoek naar informatie in plaats van dat cliënten zelf met klachten naar hen toe komen.

Aandachtspunten

Uit de pilot kwamen een aantal issues naar voren. De pvp wil zich niet mengen in het beleid van de afdeling en de afdeling zelf wil dit ook niet, maar tegelijk is het frustrerend als observaties 'afgedaan' worden als geldkwesties. De pvp observaties verdienen wel een bepaalde autoriteit, maar het zal per situatie afgewogen moeten worden.

Daarnaast blijkt dat de lijst met aandachtspunten deels overlappen met de signalerende rol. Hieruit blijkt dat de rollen van signaleren en monitoren nog onvoldoende onderscheiden zijn. Het verschil is vooral dat de pvp binnen een monitorende rol actief op zoek gaat naar hoe zaken ervoor staan rond de verschillende items volgens zowel eigen observaties als op basis van informatie van cliënten. Tot slot geldt dat tijdens de pilot op de betreffende afdelingen geen separaties plaatsvonden. Hierdoor kwam dit type dwang en omgang daarmee met dwang op de afdelingen niet in beeld.

Ten aanzien van de organisatie van een monitorende functie zijn betrokkenen het erover eens dat de onafhankelijkheid van de pvp voor de cliënt zichtbaar moet zijn, zodat zijn reguliere taak niet in de knel komt. Daartoe heeft het de voorkeur om het monitoren door een aparte pvp te laten uitvoeren die niet op de betreffende afdeling als reguliere pvp werkt. Tevens heeft dit als voordeel dat een pvp niet werkzaam op de betreffende afdeling, nog beter zaken kan monitoren vanuit een 'frisse blik'. Door de klankbordgroep van pvp'en en de actiegroepen van de afdelingen wordt aangegeven dat een korte intensieve periode van observaties en informele gesprekken op de afdeling het meest wenselijk is. Men stelt zich hierbij het karakter van een audit voor. Gedurende een maand kan de pvp een afdeling meerdere keren per week bezoeken. Een langere periode is minder wenselijk omdat de pvp dan te veel betrokken wordt bij de afdeling. Binnen de pilot heeft de pvp-onderzoeker steeds twee maal per week gedurende vier uur geobserveerd op de afdelingen. Dit bleek voldoende

te zijn om observaties te doen. Het is echter denkbaar dat het aantal observaties af kan hangen van de aanwezige problematiek op afdelingen. Afhankelijk van de (ernst van de) observaties kan afgesproken worden binnen welke periode een follow-up kan plaatsvinden.

Conclusies en aanbevelingen

De onderzoekers concluderen dat een monitorende rol van meerwaarde is. De pilot laat zien dat de pvp in staat is de afdelingen een spiegel voor te houden en zichtbaar te maken hoe cliënten de afdeling en/of hun rechtsbescherming ervaren. De pilot leverde in dat perspectief waardevolle informatie op. Een bijkomend voordeel is dat door het intensief aanwezig zijn op de afdeling, de pvp ook in contact komt met minder mondige cliënten waardoor zij een betere rechtsbescherming kunnen ontvangen dan nu het geval is.

We concluderen dat de nieuwe functie van de PVP niet het karakter van toezicht heeft waarbij de onder toezicht gestelde verantwoording af moet leggen over diens handelen of nalaten en maatregelen opgelegd kan krijgen om de zorg te verbeteren. Het gaat veeleer om het voorhouden van een spiegel aan afdelingen, zodat deze daarvan kunnen leren en verbeteren. De PVP kan hiermee een impuls geven aan kwaliteitsverbetering op de werkvloer. Het verdient aanbeveling om bij implementatie niet het woord "toezicht" te gebruiken, dit roept verkeerde associaties op en kan leiden tot onnodige weerstand.

De onderzoekers stellen vast dat de afdelingen waar het actie-onderzoek werd uitgevoerd zich open opstelden ten aanzien van de nieuwe rol van de PVP. Een bias van het onderzoek is dat de pilot is uitgevoerd op afdelingen die gemotiveerd waren en open stonden voor feedback. Het is de vraag in hoeverre afdelingen die minder openheid kennen, eveneens een monitorende rol voor de pvp als positief zullen ervaren. Door met een dergelijke rol van start te gaan, zal dat vanzelf zichtbaar worden. De onderzoekers adviseren dan ook om een monitorende rol voor pvp'en stapsgewijs in te zetten en langzaam uit te bouwen, bijvoorbeeld per regio. Op deze wijze krijgen instellingen en pvp'en zelf de ruimte om te wennen aan deze nieuwe taak en erin te groeien (vaardigheden eigen maken).

De onderzoekers adviseren de pvp'en om per instelling samen te werken met de cliëntenraad indien een monitoring van start gaat. Afhankelijk van de ambities en mogelijkheden van de cliëntenraad kan men hierin een samenwerking aangaan. Het is wenselijk dat observaties zowel met de afdeling als de cliëntenraad worden besproken. Welke betekenis en acties ten aanzien van geobserveerde problemen wenselijk zijn, kan met elkaar worden besproken. Indien de uitkomsten voor de pvp onbevredigend zijn, dient hij of zij met de Stichting en de cliëntenraad te overleggen of het probleem neergelegd dient te worden bij de raad van bestuur. Op deze wijze kan de betreffende pvp zijn verantwoordelijkheden ten aanzien van de observaties delen.

We constateren dat partijen aangeven dat de signalerende rol van de PVP in de praktijk nog niet optimaal wordt benut. Het advies is om deze signalerende taak naar behoren uit te voeren en dat het management van de PVP daarop zal toezien. Voorts wordt opgemerkt dat pvp'ers een sterk individuele invulling kennen van hun functie. Tot op zekere hoogte zal de invulling gerelateerd zijn aan de context waarin men werkzaam is. Enige variatie is verdedigbaar. Echter, harmoniseren van taken en rolopvatting zal bijdragen aan de herkenbaarheid en professionaliteit van de PVP. Dit moet eerst ter hand worden genomen alvorens de nieuwe taak op te pakken.

De uitvoerende medewerkers van de PVP hebben aangegeven dat betere randvoorwaarden nodig zijn om de nieuwe taak naar behoren uit te voeren. Het management en beleidsmakers van VWS zullen hierover afspraken maken en verkennen welke mogelijkheden er zijn om deze taak te financieren. Mogelijk zal niet iedere PVP deze taak op zich willen en kunnen nemen. Training en ontwikkelen van vaardigheden is nodig alvorens de nieuwe taak breed te implementeren. Implementatie van de nieuwe taak zal projectmatig en gefaseerd worden opgepakt om de organisatie niet te overbelasten. Een drie-tranche invoering van regio's (noord, midden, zuid) is denkbaar.

BIJLAGE I

Informatie met betrekking tot wijziging onderzoeksactiviteiten in de tweede fase september 2010 (Bron: brief aan VWS dd. 28 september 2010)

Voortgang onderzoek

De eerste helft van het onderzoek richtte zich op het in kaart brengen van het draagvlak voor een monitorende functie door de Stichting PVP bij interne en externe partijen en inzichten verwerven van mogelijke risico's en spanningsvelden van een monitoring functie en hoe die eventueel zijn te ondervangen.

De resultaten laten zien dat interne en externe partijen, met uitzondering van het cliënten- en familieperspectief, terughoudend zijn ten aanzien van een monitorende functie voor de pvp. Gedeelde zorgen zijn een verslechtering in verhouding van de pvp met de zorgverleners en een toename aan bureaucratie. Zorgverleners ervaren een monitoring instrument bijvoorbeeld als controlerend en gebaseerd op wantrouwen. Managers geven aan dat er al een veelheid aan controlesystemen in de laatste jaren zijn ingevoerd. Desalniettemin bestaat er een gedeelde consensus over de risico's op gesloten psychiatrische afdelingen ten aanzien van de rechtswaarborging voor cliënten door het ontstaan van bedrijfsblindheid en tunnelvisie. Alle stakeholders ervaren de signalerende rol van de pvp als meerwaarde om feedback te geven en om kwesties aan te kaarten die de rechtswaarborging voor patiënten beperken.

Voorstel inrichting laatste fase

Op basis van de uitkomsten wordt, in overleg met de projectgroep en de klankbordgroep, voorgesteld de laatste fase van het onderzoek anders in te richten. Vanwege de bevindingen uit de eerste fasen van het onderzoek zal niet expliciet worden ingezet op de ontwikkeling van een specifiek monitoring instrument. Daarvoor bestaat (vooralsnog) onvoldoende draagvlak. Gezien het feit dat de respondenten de signalerende rol van belang achten en feedback vanuit pvp-perspectief waarderen, zal het vervolgonderzoek zich richten op de volgende 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 wordt een pilot uitgevoerd op een afdeling, waarbij de pvp wordt gevolgd en ondersteund in het uitvoeren van een op een signalerende rol geente werkwijze en zullen de ervaringen van betrokken stakeholders in kaart worden gebracht. Op microniveau wordt, 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 accentverschuiving in de onderzoeksvraag impliceert een verandering in onderzoeksactiviteiten. De uitvoerend onderzoeker zal de pvp op de pilotafdeling intensief begeleiden door het afnemen van interviews met de pvp en betrokkenen van de betreffende afdeling. Daarnaast wordt de pvp gevraagd een logboek bij te houden. Om inzicht te krijgen in hoeverre micro-ervaringen kunnen worden gegeneraliseerd zal maandelijks een reflectiegroep met andere pvp'en en pvp-hoofden worden georganiseerd. Zodra de eerste bevindingen bekend zijn, zal een tweede pvp binnen een andere instelling vergelijkbare activiteiten uitvoeren, zodat een vergelijking kan worden gemaakt.

Het onderzoek beoogt niet langer het ontwikkelen van een instrument an sich, aan de orde is vooralsnog eerder het bieden van handvatten waarmee een verbreding van de inzet van pvp'en te realiseren is.

Nieuwe inrichting onderzoeksactiviteiten:

- Fase 3 Integratie (2 maanden) verandert in organisatie en uitvoering van pilot met de pvp. Actieonderzoek, interviews en focusgroepen staan centraal (4 maanden, sept t/m dec).
- Fase 4 Pilot en evaluatie (2 maanden; jan, febr.) verandert in evaluatie van ervaringen (interviews en focusgroepen) en het schrijven van de eindrapportage inclusief aanbevelingen voor verdere implementatie.

BIJLAGE II

Observaties (gesloten afdeling) 12 - 13 januari 2011

Separeer

- Geen radio of andere mogelijkheid voor cliënt om naar muziek te luisteren.
- Duidelijk aanwezige camera achter plexiglas boven de deur heeft dode hoek.
- Luchtverversingssysteem ruist constant.
- Kartonnen po's en kartonnen urinaals, geen vaste wc.
- Separeer maakt schone indruk maar er is geen mogelijk om dweilwater af te voeren, d.w.z. geen afvoerputje in de buurt van de separeer.
- Achter het plexiglas boven de deur hangt een vel A-3 met informatie voor de cliënt. Dat hangt er al vrij lang en de vraag is of alles wat er staat nog even relevant en kloppend is. Het telefoonnummer van de pvp klopt in ieder geval niet.
- Er is geen mogelijkheid voor cliënten om te luchten.
- De voorruimte van de separeer is een kale ruimte en bevat 1 tafel en een paar simpele stoelen. Het raam in de deur kijkt uit op de hal van de afdeling waar iedereen doorheen loopt en iedereen dat wil kan naar binnen kijken.
- Direct naast de separeer zit de comfortroom. Het lijkt mij logisch dat je in bepaalde gevallen die comfort room kunt gebruiken om patiënten in te laten verblijven als ze gedesepareerd worden of om een andere reden even buiten de separeer zijn. Uit de reactie van het personeel begreep ik dat dit niet alleen weinig maar gewoon niet voorkomt. Het is geen overweging.
- In de comfortroom stonden op het moment dat ik er was een rolstoel en een elektrische invalidenscooter die opgeladen werd. De ruimte was daardoor niet klaar voor gebruik en het risico is dat er meer en vaker 'dingen' worden neergezet waardoor het steeds onaantrekkelijker wordt om de comfortroom te gebruiken. En als die zaken er staan: wordt de comfortroom dan per definitie wel gebruikt?

Dagopening

- De woonkamer met uitzicht op het parkeerterrein heeft nare verlichting: alleen maar tl-bakken. Het is geen huiskamerverlichting zoals in de andere ruimte.
- Mij viel op dat het bankstel versleten is en deels echt stuk en dat de fauteuils niet bij elkaar passen, net als de rest van het meubilair. Het lijkt of alleen de eettafel nieuw is aangeschaft.
- Als positief punt werd genoemd dat er iedere avond mogelijkheden om te sporten worden geboden.

- Het is onmogelijk om iets te eten tussen 13 en 17.30 uur. En als je te laat bent voor het ontbijt moet je ook maar wachten tot de lunch. Meerdere cliënten vonden dit onnodig beperkend, zeker ook de cliënten die geen vrijheden hebben.
- Positief vond ik dat de dagopening werd voorgezeten door twee verpleegkundigen die iedereen vertelden wat er die dag voor hen op het programma stond en de inbreng van cliënten structureerden.

Gehoord op de afdeling

- Tijdens de overdracht is er geen enkel personeelslid op de afdeling. Ik heb al vaker gehoord van cliënten dat zij vinden dat die overdrachten te lang duren en dat er dus te lang geen personeel op de afdeling is. Op andere locaties – vertelde een cliënt - kiest men er soms voor om tijdens de overdracht in ieder geval 1 personeelslid op de afdeling te laten verblijven

Rechtspositioneel

- In het kader van het onderzoek (en de signalerende taak van de pvp) heb ik vier cliënten gevraagd naar hun vrijheden. Die waren beperkt tot wandelen onder begeleiding ('Wob-en') of helemaal niets. Geen van hen - meerdere weken tot enkele maanden opgenomen - had de schriftelijke melding hiervan gekregen zoals vastgelegd in artikel 40 van de Wet BOPZ.
- Een cliënte vertelde dat zij niet meer mocht ontbijten omdat ze te laat was: alle ontbijtspullen waren al opgeruimd en opgeborgen in afgesloten kastjes. Dit staat feitelijk haaks op de zorgplicht van de instelling. Cliënten van de gesloten afdeling zijn klinisch opgenomen en daar hoort voeding, bijvoorbeeld in de vorm van drie maaltijden per dag bij. Aan het verstrekken van die maaltijden kunnen geen voorwaarden worden verbonden, zoals op tijd komen.

Zondag 16 januari 2010 (van 11 tot 14.30 op de afdeling)

- Weinig cliënten op de afdeling, gemiddeld drie tot vijf. De drie dienstdoende verpleegkundigen zijn deels op de afdeling, deels in kantoor. Een van de verpleegkundigen gaat wandelen met een cliënt.
- Het is lastig voor mij om op zondag op de afdeling te zijn. Er zijn weinig cliënten in de huiskamers en diegenen die er zijn heb ik al vaker gesproken. Ik word nu ook meer aangesproken door cliënten met individuele vragen en klachten over de rechtspositie en het wordt steeds vervelender om iedere keer naar Jeroen te verwijzen. Cliënten vertellen gewoon hun verhaal aan een pvp, daar zijn ze aan gewend, maar ik geef het door aan de vaste pvp.

Dat is een beetje raar. Twee pvp-en op één afdeling lijkt op de lange termijn toch niet zo'n goed idee.

- Veel cliënten slapen uit en blijven op hun kamer. Tijdens de lunch beginnen er meer cliënten te verschijnen. Na de lunch gaat de ruimte van de creatieve therapie open en kunnen mensen op internet en knutselen. Een van de verpleegkundigen is aanwezig in de ruimte, met een laptop voor zich maar wel aanspreekbaar voor cliënten.
- Twee cliënten klagen er over dat de opbouw van vrijheden (te) langzaam gaat. Ze moeten lang wob-en (wandelen onder begeleiding), mogen dan een kwartier weg en dat traject duurt hen te lang. In zijn algemeenheid geven cliënten aan dat ze behoefte hebben aan tijd om naar de supermarkt te gaan voor zaken als shampoo, tandpasta en shag. Aan verpleegkundigen moeten vragen om dit soort zaken voor hen te kopen ervaren cliënten als vernederend en afhankelijk. Bovendien is het nog maar afwachten of het personeel tijd en zin heeft om boodschappen voor hen te doen. Bij een cliënt die graag naar huis wil stel ik wat vragen over vrijheden en ik hoor dat de cliënt geen schriftelijke melding van het intrekken van zijn vrijheden heeft gehad en ook nog geen behandelingsplan, ook al is hij al meer dan een maand opgenomen.
- Er kwam weinig bezoek toen ik aanwezig was. Één cliënt kreeg direct om 14 uur bezoek. De verpleegkundige die de deur open deed voor het bezoek kende hen en het welkom was hartelijk. Ik heb nog een aantal cliënten gevraagd of zij ook nog bezoek verwachtten die middag, maar dat bleek niet het geval te zijn.
- Omdat ik écht niet meer wist wat ik nou weer moest gaan doen of moest vragen aan die paar mensen in de huiskamers, ben ik lekker naar huis gegaan.

BIJLAGE III

Aandachtspunten pvp-onderzoeker

1. Bejegening

Acties:

- Participerende observaties tijdens dagopening/ eetmomenten.
- Informeren bij cliënten

Aandachtspunten:

- Omgang met minder mondige cliënten
- Communicatie/ interactie met de cliënt (algemeen niveau; infobord, ind. niveau, bp)
 - Welke momenten en hoe? (binnenkomst, vervolg, afspraken met hv)
- Omgang met spanningen, conflicten

2. Dagbesteding (verveling)

Acties:

- informeren bij cliënten
- observeren op de afdeling

Aandachtspunten:

- mogelijkheden van activiteiten op de afdeling, sluit het aan bij behoeften van cliënten?
- sportmogelijkheden op de afdeling
- computer/ internetfaciliteiten

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

Acties:

- observeren op de afdeling
- informeren bij cliënten

Aandachtspunten:

- ontvangst op de afdeling van cliënt, pvp zelf, bezoek
- kwaliteit van het eten
- kwaliteit van de fysieke afdeling (eigen kamers, eigen douche/ toilet/ gezamenlijke ruimtes, comfort room, verlichting)
- mate van (geluids)overlast

- zorg op maat
 - aanpassingen van afdeling tav specifieke cliënt.

4. Vrijheden

Acties:

- Bekijken van huisregels en protocollen
- Observaties op de afdeling
- Informeren bij cliënten

Aandachtspunten:

- Vrijheden binnen de afdeling (huisregels, algemene verplichtingen)
- Vrijheden naar buiten (afspraken met cliënten, wat moeten cliënten doen om vrijheden te verdienen?)
- Omgang met regels
 - Structuur/ omgang. flexibel- star.

5. Dwangtoepassing

Acties:

- controleren van separeerruimte/ afzonderingskamers
- informeren bij cliënten (ervaringen)
- observaties (positief/ negatief)
- protocollen rond dwangtoepassingen bekijken (afspraken tav DD/ methodieken/ trainingen)

Aandachtspunten:

- Separeerruimte: aanwezigheid van informatie, hygiëne, veiligheid, comfort bv radio, intercom werkzaam, camera, bouwvoorschriften/ veiligheid.
- Checklist van IGZ
- Aandacht voor preventie en de-escalatietechnieken
- Evalueren van dwangtoepassingen
- Aanwezigheid van verpleging op de groep
- Aanwezigheid en gebruik van comfort room

6. Patiëntenrechten

Acties:

- informeren bij cliënten
 - wijze van informeren bij binnenkomst van cliënt
 - huisregels bekijken

Aandachtspunten

- Aanwezigheid van behandelplan
- Contact met arts

BIJLAGE IV

Leden projectgroep:

- Nannie Flim, directeur Stichting PVP
- Ton Peter Widdershoven, jurist Stichting PVP
- Willy Schut, office manager Stichting PVP
- Tineke Abma, projectleider onderzoek VUmc
- Elleke Landeweer, onderzoeker VUmc

Leden begeleidingscommissie:

- Christien van der Hoeven, LPGGZ
- Ria Trinks, LPGGZ
- Ingrid van Hattum, Ministerie VWS
- Tineke Stikker, GGZ NL
- Marja van der Zanden, IGZ
- Pauline Meurs, Erasmus Universiteit
- Nannie Flim, Stichting PVP
- Ton Peter Widdershoven, Stichting PVP
- Tineke Abma, VUmc
- Elleke Landeweer, VUmc

• REFERENTIES

Abma, T. & Broerse J. (2007) *Zeggenschap in wetenschap. Patiëntenparticipatie in theorie en praktijk*. LEMMA: Den Haag.

Abma, T., Voskes, Y., Landeweer E. e a. (2009) Lerende netwerken. Uitdagingen en oplossingen voor dwangreductie in de praktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 09/ 6, 571-583.

Abma, T.A. & Widdershoven, G.A.M. (2006) *Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk*. Uitgeverij LEMMA: Den Haag.

Abma, T.A. & Widdershoven, G.A.M. & Lendemeijer, B. (2005) *Dwang en drang in de psychiatrie. De kwaliteit van vrijheidsbeperkende maatregelen*. Utrecht: Lemma

Abma, Tineke & Widdershoven, Guy (2005) Dwang en drang in de psychiatrie. Cultuurverandering in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 05/ 6, 608-622.

Berghmans, R., Elfahmi, D., Goldsteen, M. & Widdershoven, G.A.M. (2001). *Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie*. Utrecht/ Maastricht: GGZ Nederland/ Universiteit Maastricht.

Derde Evaluatie Wet Bopz (2006) Deel 1 *Evaluatierapport. Voortschrijdende inzichten*. Den Haag Ministerie van VWS.

Dijkers, W.J.A.M. en Widdershoven T.P. (2008). Commentaar op artikel 59. In: *De Wet Bopz, artikelsgewijs commentaar*. SDU Den Haag

Haidt, J. (2001) The emotional dog and its rational tail. A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*. 108:4 pp. 814-834.

Henskens, R. & Muusse, Chr. (2009) Van beheersen naar betrokkenheid. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 09/ 6, 437-450.

IGZ (2008) Beleidsdocument. *Sterk van Geest. Naar herstel van regie: effectief IGZ-toezicht op de GGZ 2008-2011*.

Janssen, W.A., Noorthoorn, E.O., De Vries, E.A. (2009) Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008. Nederland internationaal vergeleken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 09/ 6, 457-480.

Landeweer, Elleke G.M., Abma, Tineke, A., Widdershoven, Guy A.M. (2010) The essence of psychiatric nursing Redefining nurses' identity through moral dialogue about reducing the use of coercion and restraint. *Advances in Nursing science*. Vol 33, no. 4. pp E31-E42.

Schraven Theo P.M. (2010). Van inrichting naar inspiratie; beschouwing 10 jaar na Commissie Health Care Governance *ZMmagazine*, nr. 2

Tonkens, E. (2011) Vanwaar die roep om meer toezicht? *De Volkskrant* 27 april 2011.

Vorselman, A. (2003). *Seclusion, fixation and medication: the application of coercive measures in adult psychiatry internationally compared*. Proefschrift Universiteit van Twente.

Walker M.A., *Moral understandings. A feminist study in ethics*. 2nd ed. Oxford and New York: Oxford University Press; 2007. (First edition published in 2001).

Welles F. Rapportage Omstandigheden in de psychiatrie Een overzicht van situaties die verbetering behoeven. Stichting PVP oktober 2008

Zorgbrede Governancecode (2010) BOZ. Branchorganisaties Zorg.