

Hoe wordt Gastvrije Zorg toegepast?

Een onderzoek naar het verlenen van Gastvrije Zorg door zorgverleners aan patiënten.



Bachelorproef

Naam student: Bruno Eggers

Student nummer: 09036237

Opleiding: SPH deeltijd, duaal

Hogeschool: De Haagse Hogeschool

Academie: Sociale Professies

Studiejaar: 2011 – 2012

Opdrachtgever: Taco Coenders, Teamleider van de FPA

Scriptie begeleider: Marthy Langendonk, docente op de HHS

Tweede beoordelaar: Wouter Reith

Samenvatting

“Hoe zou de methode van Gastvrije Zorg zo optimaal mogelijk binnen de FPA kunnen worden toegepast?”, is de hoofdvraag van mijn onderzoek. Dat Gastvrije Zorg goed wordt toegepast is belangrijk, omdat het de agressie bij patiënten vermindert doordat patiënten zich veiliger en meer op hun gemak voelen, waardoor de doelstelling (van de overheid) de reductie van de inzet van dwang- en drangmiddelen mogelijk gemaakt kan worden. Daarnaast is gebleken dat Gastvrije Zorg ervoor zorgt dat behandelingen effectiever verlopen. In deze bachelorproef wordt er nader ingegaan op het ontstaan van Gastvrije Zorg, hoe er tegen dwang en drang aangekeken wordt en er wordt gekeken naar het handelen van mensen aan de hand van het ASE-model. Ik heb getracht de hoofdvraag van het onderzoek te beantwoorden door informatiebronnen te raadplegen, antwoorden uit een evaluatie-instrument mee te nemen, te kijken naar resultaten van een cliënttevredenheidsonderzoek en acht interviews af te nemen bij zorgverleners op de FPA. Naar aanleiding van de resultaten uit deze onderzoekstechnieken kwam naar voren dat Gastvrije Zorg steeds meer en beter wordt toegepast. Zorgverleners zijn zich bewuster geworden van Gastvrije Zorg waardoor het denken vanuit het perspectief van een patiënt is toegenomen, de bejegening naar patiënten toe verbeterd is, er meer wordt samen gewerkt met patiënten, de afdeling heeft verder een meer open en gastvrijere uitstraling gekregen en er wordt veel meer preventief gewerkt om het gebruik van dwang- en drangmiddelen terug te dringen. De FPA is dus volop in beweging een cultuuromslag te maken. De meeste zorgverleners dragen hier in verschillende mate een steentje aan bij, al is de FPA er nog lang niet, ondanks dat het in 2011 de prijs won voor de meest Gastvrije Zorg-verlenende afdeling van Palier. Er kan nog veel progressie geboekt worden. Om dit te verwezenlijken heb ik naar aanleiding van het onderzoek verbeterpunten geopperd voor het Management van de FPA om een bijdrage te leveren aan deze progressie.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	Blz. 05
1.1	Probleemstelling	Blz. 05
1.1.1	Aanleiding voor de probleemstelling	Blz. 05
1.1.2	Wat is het probleem	Blz. 06
1.1.3	Voor wie is het een probleem	Blz. 06
1.1.4	Waarom is het een probleem	Blz. 07
1.2	Het onderzoek	Blz. 08
1.2.1	Wat wordt er onderzocht	Blz. 08
1.2.2	Het perspectief van het onderzoek	Blz. 08
1.3	Vraagstelling	Blz. 09
1.3.1	Hoofdvraag	Blz. 09
1.3.2	Deelvragen	Blz. 09
1.4	Doelstelling	Blz. 09
1.5	Verantwoording van het onderzoek	Blz. 09
2	Theoretisch Kader	Blz. 10
2.1	Dwang en Drang	Blz. 10
2.1.1	Wat is Dwang en Drang	Blz. 10
2.1.2	Wanneer worden dwang- en drangmiddelen ingezet	Blz. 10
2.1.3	Wet en regelgeving in Nederland ten aanzien van Dwang en Drang	Blz. 11
2.1.4	Toepassing dwang- en drangmiddelen in Nederland	Blz. 12
2.1.5	Gevolgen dwang- en drangmiddelen	Blz. 12
2.1.6	Terugdringen dwang en drang	Blz. 13
2.2	Gastvrije Zorg	Blz. 14
2.2.1	Wat is Gastvrije Zorg	Blz. 14
2.2.2	Het ontstaan van Gastvrije Zorg	Blz. 14
2.2.3	Eerste fase Gastvrije Zorg Parnassia Bavo Groep	Blz. 15
2.2.4	Tweede Fase Gastvrije Zorg Parnassia Bavo Groep	Blz. 16
2.2.5	Gastvrije Zorg Palier	Blz. 16
2.2.6	Hoe Palier Gastvrije Zorg meetbaar heeft gemaakt	Blz. 17
2.2.7	Stand van zaken Gastvrije Zorg anno 2012	Blz. 17
2.3	Het ASE model	Blz. 18
3	Onderzoeksopzet	Blz. 19
3.1	Onderzoeksvorm	Blz. 19
3.2	Populatie	Blz. 19
3.3	Onderzoeksmethode	Blz. 20
3.3.1	Informatiebronnen	Blz. 20
3.3.2	Interviews	Blz. 20
3.3.3	Spiegelbijeenkomsten	Blz. 21
3.3.4	Cliëntenraad	Blz. 21
3.4	Betrouwbaarheid	Blz. 22
3.5	Validiteit	Blz. 22
4	Analyse	Blz. 23
4.1	Informatiebronnen	Blz. 23
4.2	Uitkomsten uit de afgenomen interviews	Blz. 24

4.2.1	Ben je bekend met het begrip Gastvrije Zorg en zo ja wat verstaat je er onder?	Blz. 24
4.2.2	Indien je op zoek bent naar informatie over Gastvrije Zorg waar en bij wie zou je dat zoeken?	Blz. 25
4.2.3	Hoe belangrijk vind jij Gastvrije Zorg en hoe belangrijk denk je dat de gemiddelde collega op de FPA Gastvrije Zorg vindt?	Blz. 25
4.2.4	Noem voorbeelden van toepassing van Gastvrije Zorg die jij de afgelopen week gebruikt hebt tijdens je werk op de FPA?	Blz. 27
4.2.5	Zijn er situaties waarin je bewust Gastvrije Zorg niet toepast en zo ja welke zijn dat?	Blz. 27
4.2.6	Merk je verschil onder collega's bij de toepassing van Gastvrije Zorg? Beschrijf mogelijke verschillen. Heeft de unit waar een collega werkt hier invloed op? Zo ja, waar blijkt dit uit? Pas jij Gastvrije Zorg anders toe als je op andere units werkt?	Blz. 28
4.2.7	In welke mate en wanneer wordt er door collega's en door jou gebruik gemaakt van dwang- en drangmiddelen op de FPA? Wordt dit middel pas laat of vaak al in een vroeg stadium ingezet? Maakt het nog uit op welke unit patiënten zitten?	Blz. 28
4.2.8	Ben jij een voor- of tegenstander van het zo min mogelijk inzetten van dwang- en drangmiddelen? Beargumenteer je antwoord.	Blz. 29
4.2.9	Welke factoren belemmeren en bevorderen Gastvrije Zorg op de FPA?	Blz. 29
4.3	Uitkomsten spiegelbijeenkomsten	Blz. 33
4.4	Uitkomsten GGZ-thermometer 2011	Blz. 33
5	Conclusie en aanbevelingen	Blz. 35
5.1	Conclusie	Blz. 35
5.2	Aanbevelingen	Blz. 36
6	Literatuurlijst	Blz. 39
	Bijlage 1: De verschillende vormen dwang- en drangmiddelen in de BOPZ	Blz. 42
	Bijlage 2: Acht beloftes Palier	Blz. 45
	Bijlage 3: Interviews	Blz. 47
	Bijlage 4: Uitkomst GGZ-thermometer 2011	Blz. 49

1 Inleiding

In deze inleiding wordt een probleemstelling geschetst wat de aanleiding is geweest voor het onderzoek. Vervolgens zal dieper ingegaan worden wat het probleem is dat behandeld gaat worden; hierbij komt aan bod voor wie het een probleem is en waarom het een probleem is. Daarna zal dieper ingegaan worden op hetgeen dat onderzocht wordt en vanuit welk perspectief dit gaat gebeuren, waarna stil gestaan zal worden bij de hoofd- en deelvragen van het onderzoek. Het hoofdstuk eindigt met het beoogde doel en de verantwoording van het onderzoek.

1.1 Probleemstelling

1.1.1 Aanleiding voor de probleemstelling

De afgelopen drie jaar heb ik als leerling van de Parnassia Bavo Groep veel ervaring opgedaan in de zorg. Dit deed ik op de volgende drie afdelingen: Duinroos (een open woonafdeling voor patiënten die intensieve zorg en begeleiding nodig hebben, waarbij de zorg erop gericht is om houvast te geven in het dagelijks leven), Kliniek Depressie Lijnbaan (een gesloten afdeling van Psy-Q voor patiënten met een ernstige vorm van depressie) en de Forensisch Psychiatrische Afdeling (een gesloten afdeling voor patiënten met een ernstige psychiatrische, veelal psychotische, stoornis vaak in combinatie met middelenmisbruik en persoonlijkheidspathologie, die worden behandeld in het kader van een strafrechtelijke maatregel). Een van die ervaringen heeft mij flink aan het denken gezet en is sindsdien verbonden met de manier hoe ik zorg wil verlenen.

Tijdens mijn leerjaren ben ik er achter gekomen dat de juiste (positieve) attitude en bejegening ten aanzien van patiënten een wereld van verschil maakt ten opzichte van een verkeerde (negatieve) attitude en bejegening. Een voorbeeld hiervan is dat depressieve patiënten die vrolijk gewekt worden, door ze bijvoorbeeld goede morgen te wensen en te vragen of zij goed geslapen hebben, eerder uit bed zullen komen dan patiënten die mede gedeeld wordt dat ze over dertig minuten aan tafel dienen te zitten. Tevens is het netter om te vragen of ze het misschien prettig vinden als het licht in de kamer aangedaan wordt om te helpen opstaan, dan dit gewoon uit te voeren. Uit deze twee voorbeelden blijkt dat kleine nuance verschillen in de manier van bejegening en attitude een wereld van verschil kunnen maken voor het behandelingsproces van een patiënt. Het niet op bed blijven liggen is immers een onderdeel van het behandelingsproces van een depressieve patiënt. Patiënten benaderen met de juiste attitude en bejegening is een onderdeel van Gastvrije Zorg. Gastvrije Zorg houdt zich bezig met de wijze waarop zorg wordt verleend. Onder Gastvrije Zorg vallen de volgende elementen: dat patiënten zich welkom voelen; dat patiënten menselijk worden benaderd door zorgverleners (bejegening); dat patiënten regisseur kunnen zijn over hun eigen leven (autonomie); dat patiënten eigen verantwoordelijkheid hebben en dat patiënten over keuzevrijheid beschikken (Alflen, 2008). Gastvrije Zorg gaat om een algemeen gevoel van welbehagen en dat is nadrukkelijk niet beperkt tot de medische aspecten. Gastvrijheid heeft dus te maken met beleving en die is voor ieder mens anders. De Parnassia Bavo Groep past Gastvrije Zorg toe door middel van de juiste attitude en bejegening, empathiebevordering, cliëntgericht werken maar ook door te kijken of de gebouwen en faciliteiten gastvrij zijn ingericht en toegepast.

Sinds mijn bewustwording van de toegevoegde waarde van een positieve benadering van patiënten ben ik mij in dit onderwerp gaan verdiepen. Dit heb ik onder andere gedaan door het thema als onderwerp te nemen voor het vak aan de Haagse Hogeschool: Studie Loopbaan Begeleiding (SLB). In dit vak stel je leerdoelen om jezelf verder te ontwikkelen als

professional in de zorg. Een van mijn leerdoelen waaraan ik alle drie de jaren heb gewerkt was bij mij positieve zorg. Hierin keek ik naar mijn attitude en bejegening ten aanzien van de patiënten en hoe ik deze kon verbeteren. Een manier om dit te bewerkstelligen was het observeren van en discussiëren met collega's hoe zij hun bejegening en attitude toepassen. Gedurende dit ontwikkelingsproces viel het mij regelmatig op dat er een grote variatie is hoe collega's een positieve bejegening en attitude ten aanzien van de patiënten toepassen. De ene collega past een positieve bejegening en attitude toe met een grap, de ander doet dit door kalm te blijven, soms wordt het gerealiseerd door een patiënt ruimte te geven en een ander doet het juist door veel contact te zoeken met een patiënt. In vergelijkbare uitgangssituaties lijken collega's vaak niet dezelfde methode van Gastvrije Zorg toe te passen, wat mij doet vermoeden dat collega's een positieve attitude en bejegening elk op hun eigen manier toe te passen. Daarnaast viel het mij op dat er een groot verschil lijkt te zijn in de mate van toepassing van Gastvrije Zorg. Er zijn collega's die bij hun zorgverlening continu gebruik maken van deze benaderingswijze, terwijl er ook collega's zijn die niet of nauwelijks gebruik lijken te maken van Gastvrije Zorg. De Parnassia Bavo Groep stelt Gastvrije Zorg als een belangrijk onderdeel van haar taken en heeft een methode ontwikkeld hoe en wanneer Gastvrije Zorg geleverd dient te worden (FPA, 2011). De vraag is echter in hoeverre zorgverleners binnen de Parnassia Bavo Groep op de hoogte zijn van de methodiek van Gastvrije Zorg. Zo ben ik zelf pas in mijn laatste leerjaar door mijn werkbegeleidster gewezen op de term Gastvrije Zorg en de informatie achter deze methode, terwijl attitude en bejegening sinds mijn eerste leerjaar een onderwerp is waarop ik gefocust ben. Dit terwijl de Parnassia Bavo Groep sinds 2006 bezig is met Gastvrije Zorgverlening (ZM magazine, 2008). Uit mijn observaties blijkt dat een gedeelte van de collega's binnen de Parnassia Bavo Groep deze methode wel en een ander gedeelte deze methode niet toepast. Tevens verschillen zij in de manier waarop zij dit doen. Hoe komt dit? Waarom passen sommige collega's de methode van Gastvrije Zorg niet toe? Naar aanleiding van deze observaties heb ik besloten om in mijn bachelorproef onderzoek te gaan doen naar hoe de medewerkers van de FPA de methode van Gastvrije Zorg toepassen tijdens hun werk. Naar aanleiding van deze gegevens wil ik een advies schrijven voor het management van de FPA in de vorm van een verbeterplan. Dit advies dient weer te geven welke mogelijkheden er zijn om de Gastvrije Zorg op FPA te verbeteren.

1.1.2 Wat is het probleem

De methode ontwikkeld door de Parnassia Bavo Groep ten aanzien van Gastvrije Zorg wordt verschillend en niet door alle collega's op de afdelingen van de Parnassia Bavo Groep toegepast.

1.1.5 Voor wie is het een probleem

Wanneer de methode van Gastvrije Zorg niet door alle zorgverleners wordt toegepast is het allereerst een probleem voor de patiënten. Onderzoek toont aan dat patiënten zich veiliger en op hun gemak voelen wanneer er gebruik gemaakt wordt van een positieve bejegening en attitude (Wassink & de Wilde, 2009); deze benadering is een onderdeel van Gastvrije Zorg. Dit leidt tot minder agressie bij de patiënten, waardoor er minder situaties ontstaan waar er ingegrepen dient te worden door de medewerkers in de zorg. Dit zorgt ervoor dat er minder gebruik gemaakt hoeft te worden van Dwang en Drang (ZM magazine, 2008). Voorbeelden van dwang en drang zijn het isoleren van een psychotische patiënt die door zijn stemmen agressie dreigt te gaan vertonen naar zorgverleners en het toedienen van rustig makende dwangmedicatie bij een manisch patiënt, wanneer de patiënt door zijn onrust niet meer eet.

Het gebruik van dwang en drang kan vele negatieve effecten hebben op patiënten waartegen dwang- en drangmiddelen worden ingezet. Vormen hiervan zijn: angst, woede, pijn, verdriet, machteloosheid, vernedering, onzekerheid en eenzaamheid (Soulet & Ouevray, 2006; Menger & Krechtig, 2004). Daarnaast kan de behandeling van een patiënt langer duren wanneer er geen gebruik gemaakt wordt van Gastvrije Zorg. Onderzoek van Bovenberg, Takkenkamp, Vennik en Francken (2010) toont aan dat patiënten die zich veilig en tevreden voelen, eerder herstellen.

Het niet toepassen van de methode van Gastvrije Zorg door zorgverleners heeft ook nadelige gevolgen voor de zorgverleners. Om goede zorg te kunnen leveren is het van belang dat patiënten een band met zorgverleners opbouwen. Wanneer een zorgverlener geen gebruik maakt van een positieve bejegening en attitude ten aanzien van een patiënt dan is de kans groter dat de patiënt geen of weinig vertrouwen heeft in de desbetreffende hulpverlener. Er is dan sprake van een niet optimale begeleiding ten aanzien van de patiënt, omdat er meer weerstand is van de patiënt ten aanzien van zorgverlener. Dit kan tevens invloed hebben op de kijk die de patiënt heeft ten aanzien van de behandeling en de zorginstelling. Een ander probleem dat ontstaat wanneer zorgverleners de methode van Gastvrije Zorg niet gebruiken is dat zij meer gevaar lopen om in situaties van agressie terecht te komen. Situaties van agressie kunnen de nodige risico's voor de zorgverlener met zich mee brengen. Een afdeling die Gastvrije Zorg toepast zorgt voor minder agressie in het algemeen omdat patiënten zich veiliger en op hun gemak voelen, dit is inclusief agressie van patiënten naar zorgverleners toe (ZM magazine, 2008).

Het niet toepassen van de methode heeft dus allereerst gevolgen voor de patiënten en ten tweede voor de zorgverleners. Naast deze twee probleemeigenaren is het tevens een probleem voor de leiding van de FPA (en dus Palier alsmede de Parnassia Bavo Groep) omdat de zorg voor patiënten van mindere kwaliteit is wanneer er geen Gastvrije Zorg verleend wordt en omdat het risico's met zich meebrengt voor haar werknemers. Tevens is het een probleem voor de samenleving omdat de samenleving beïnvloed wordt door de effectiviteit van de zorgverlening. Binnen de samenleving heerst een nieuwe tijdgeest die zich uitspreekt tegen het gebruik van dwang en drang. Deze gedachtegang wordt onder andere verwoord door het platform GGZ waarin de mening van patiënten, hun familie en van zorgverleners weergegeven wordt. De Nederlandse overheid ondersteunt dit project van het platform GGZ en zet zich daarnaast sterk in voor het terugdringen van dwang en drang. De overheid heeft er baat bij dat de methode van Gastvrije Zorg goed wordt toegepast, omdat de zorg hierdoor zo effectief mogelijk gegeven kan worden.

1.1.6 Waarom is het een probleem

Het niet toepassen van de methode van Gastvrije Zorg is een probleem, omdat het kan leiden tot de inzet van Dwang- en Drangmiddelen door zorgverleners op de afdeling van de Parnassia Bavo Groep, hetgeen een hoop nadelige gevolgen kan meebrengen voor de patiënt (Soulet & Ouevray, 2006; Menger & Krechtig, 2004) en voor de vertrouwensband die een zorgverlener probeert op te bouwen met een patiënt. Tevens blijkt het de behandeling van patiënten ten goede te komen wanneer er Gastvrije Zorg wordt geboden aan patiënten. Een positieve bejegening en attitude leidt tot minder agressie bij de patiënten, waardoor er minder situaties ontstaan waarbij er ingegrepen dient te worden door medewerkers in de zorg. Het is bewezen dat Gastvrije Zorg de behandeling van patiënten doet versnellen, doordat zij zich veiliger en meer op hun gemak voelen (Bovenberg et. al, 2010).

1.2 Het onderzoek

1.2.1 Wat wordt er onderzocht

In mijn laatste leerjaar werk ik als leerling op de Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA). De FPA is een gesloten afdeling met een residentiële 24-uurs setting binnen het zorgbedrijf Palier van de Parnassia Bavo Groep. Op de FPA worden patiënten met ernstige psychiatrische, veelal psychotische stoornissen, vaak in combinatie met middelenmisbruik en persoonlijkheidspathologie behandeld in het kader van een strafrechtelijke maatregel. De meeste patiënten worden niet op basis van vrijwilligheid behandeld, zij worden (in mate) verplicht dit te doen naar aanleiding van hun strafrechtelijke maatregel. Dwang en drang speelt vanuit dit kader dus een grote rol op de FPA. Daarnaast worden er gedurende het werk geregeld dwang- en drangmiddelen ingezet door zorgverleners op de FPA om de veiligheid van patiënten zelf, van mede patiënten, van de zorgverleners en de samenleving als geheel te bewaken. De FPA heeft als doelstelling om patiënten de oversteek te laten maken tussen zorg opgelegd door Justitie en de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Veel van de patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen zijn namelijk niet geschikt voor detentie, zij hebben gepaste zorg en begeleiding nodig (FPA, 2011). Een onderdeel van deze gepaste zorg is het bieden van de juiste attitude en bejegening (Gastvrije Zorg), zodat patiënten zich veilig en vertrouwd voelen en er minder gebruik gemaakt hoeft te worden van dwang en drang.

Ik heb besloten om onderzoek te gaan doen naar hoe zorgverleners de methode van Gastvrije Zorg toepassen tijdens hun werk, omdat het bieden van de juiste attitude en bejegening altijd al mijn interesse heeft gehad. Ik wil dit gaan onderzoeken op de gesloten afdeling de FPA, mijn huidige leerplek, omdat er daar nog geregeld gebruik gemaakt “moet” worden van dwang- en drangmiddelen en ik door middel van dit onderzoek een bijdrage wil leveren in het verbeteren van de zorg door de inzet van dwang- en drangmiddelen terug te dringen.

1.2.2 Het perspectief van het onderzoek

De focus van mijn onderzoek ligt op hoe zorgverleners op de FPA de methode van Gastvrije Zorg toepassen tijdens hun interacties met patiënten. Ik hoop door middel van vragen na te kunnen gaan wat de oorzaken zijn voor het wel of niet toepassen van de methode van Gastvrije Zorg door de zorgverleners op de FPA. Ik wil in mijn onderzoek nagaan in hoeverre zij bekend zijn met de methode van Gastvrije Zorg (kennis), of zij achter de methode staan, in welke mate zij Gastvrije Zorg alsmede de methode erachter toepassen tijdens hun werkzaamheden op de FPA, hoe vaak zij in aanraking komen met dwang en drang tijdens hun werk en welke belemmeringen/mogelijkheden zij zien tijdens hun werk om Gastvrije Zorg alsmede de methode erachter toe te passen. Daarnaast wil ik in het onderzoek de mening van het Afdelings Management Team (AMT) van de FPA meenemen. Wat is hun beeld ten aanzien van de gemotiveerdheid van de zorgverleners om de methode toe te passen en in welke mate denken zij dat Gastvrije Zorg wordt toegepast op de FPA. Tevens wil ik vragen naar de belemmeringen/mogelijkheden die het AMT hierin ziet en hoe belangrijk zij de Gastvrije Zorg achten ten opzichte van de andere kernfuncties van de FPA. Ook wil ik gegevens van de cliëntenraad en spiegelbijeenkomsten gaan gebruiken om een beeld te schetsen van hoe de patiënten op de FPA de toepassing van de Gastvrije Zorg ervaren.

De hoop is dat dit onderzoek een bijdrage kan leveren aan de Gastvrije Zorgverlening aan patiënten binnen de FPA, doordat oorzaken zichtbaar worden die bijdragen aan het feit of zorgverleners de methode van de Gastvrije Zorg al dan niet toepassen. Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek zal een verbeterplan geschreven worden. Hopelijk dat verbeterpunten tevens kunnen dienen voor andere afdelingen van de Parnassia Bavo Groep en

mogelijk zelfs voor andere GGZ-instellingen, zodat er vaker een alternatief geboden kan worden voor dwang- en drangmiddelen en patiënten een betere kwaliteit van zorg geboden kan worden.

1.3 Vraagstelling

1.3.1 Hoofdvraag

- *Hoe zou de methode van Gastvrije Zorg zo optimaal mogelijk binnen de FPA kunnen worden toegepast?*

1.3.2 Deelvragen

- *Wat houdt de methode van Gastvrije Zorg binnen de Parnassia Bavo Groep in?*
- *Hoe wordt de methode van Gastvrije Zorg door de medewerkers op de FPA toegepast?*
- *Hoe staan medewerkers van de FPA tegenover Gastvrije Zorg en de methode die hierbij hoort?*
- *Met welke vormen van dwang- en drangmiddelen hebben medewerkers van de FPA te maken tijdens hun werkzaamheden?*
- *Welke factoren belemmeren/bevorderen de toepassing van Gastvrije Zorg door de medewerkers aan patiënten op de FPA?*

1.4 Doelstelling

Het doel van deze bachelorproef en het aansluitende adviesrapport is tweezijdig. Het eerste doel is om meer inzicht te krijgen in de methode van Gastvrije Zorg, hoe medewerkers van de FPA deze methode toepassen en welke factoren hierbij spelen. Dit alles wordt onderzocht in de bachelorproef. Het tweede doel is om op basis van de inzichten een adviesrapport te schrijven, waarin een advies gegeven wordt aan het AMT van de FPA hoe zij de methode van Gastvrije Zorg zo optimaal mogelijk binnen de FPA kunnen toepassen.

Door de oorzaken te weten wanneer medewerkers wel Gastvrije Zorg leveren en wanneer zij dit niet doen, ben je in staat om de zorg gastvrijer te maken. Dit zorgt ervoor dat patiënten zich veiliger en meer op hun gemak voelen, wat de agressie onder patiënten vermindert (ZM magazine, 2008). Gastvrije Zorg is een alternatief voor de inzet van dwang en drang, dat een hoop nadelige gevolgen voor patiënten met zich mee brengt (Soulet & Oeuvray, 2006; Menger & Krechtig, 2004). Gastvrije Zorg leidt tot een betere behandeling van patiënten (Bovenberg et. al, 2010). Dit alles verbetert de kwaliteit van zorg die geleverd wordt aan de patiënten.

1.5 Verantwoording van het onderzoek

De Nederlandse overheid is in 2005 nadrukkelijk gestart met het terugdringen van Dwang en Drang (Wassing & de Wilde, 2009). Onderzoek wees uit dat patiënten, wanneer zij zich welkom, veilig en prettig voelen, minder snel geneigd zijn om agressie te vertonen waardoor er minder gebruik gemaakt hoeft te worden van Dwang en Drang. Het welkom, veilig en prettig voelen kan gerealiseerd worden door middel van de juiste attitude en benadering ten aanzien van de patiënt. Naar aanleiding van dit gegeven is de Parnassia Bavo Groep in 2006

gestart met het project Gastvrije Zorg (ZM magazine, 2008). Tevens toont onderzoek aan dat Gastvrije Zorg ervoor kan zorgen dat behandelingen sneller verlopen (Bovenberg et. al, 2010). Om deze doelen zo goed mogelijk te verwezenlijken heeft de Parnassia Bavo Groep een methode en visie ontwikkeld ten aanzien van de Gastvrije Zorg.

Voor de kwaliteit van de zorg is het van belang dat de methode en visie van de Gastvrije Zorg door alle medewerkers wordt toegepast. Om dit te kunnen verwezenlijken dient er eerst nagegaan te worden wat de oorzaken zijn dat medewerkers de methode van Gastvrije Zorg wel of niet toepassen. Naar aanleiding van dit gegeven is deze bachelorproef geschreven.

2 Theoretisch Kader

Dit hoofdstuk heeft als doel verdieping te geven. Er zal ingegaan worden op de volgende onderwerpen: dwang en drang, Gastvrije Zorg en het ASE model. Bij dwang en drang wordt besproken wanneer het ingezet moet worden, de wet en regelgeving, wanneer het daadwerkelijk wordt ingezet, de gevolgen ervan en hoe het gebruik teruggedrongen kan worden. Tevens wordt in dit hoofdstuk nader uitgelegd wat Gastvrije Zorg inhoudt, het ontstaan en het verloop van Gastvrije Zorg bij de Parnassia Bavo Groep wordt onder de loep genomen, er wordt gekeken wat Palier heeft gedaan ten aanzien van dit onderwerp, hoe Palier het meetbaar heeft gemaakt en het sluit af met de stand van zaken anno 2012. Het laatste onderwerp dat in dit theoretische onderdeel van de bachelorproef naar voren komt is het ASE model, wat een inzicht probeert te geven in het handelen van mensen.

2.1 Dwang en Drang

2.1.1 Wat is Dwang en Drang

Dwang en drang is door vele auteurs omschreven. In dit onderzoek zal dwang gedefinieerd worden als: iemand dient tegen zijn wil in iets te doen of juist te laten, waarbij hij door ‘de ander’ geen keuze wordt gelaten (zoals omschreven in Ket de, 2011). Janssen, de Jonge en Pols (1995) benadrukken dat het bij dwang in de psychiatrie vooral gaat om machtsuitoefening die op onvrijwillige basis gebeurt. Bij drang wordt iemand alleen gestuurd om iets te doen of te laten, maar is er dus wel degelijk sprake van keuzemogelijkheid en enige vorm van zelfbeschikking. Daarnaast wordt drang vaak beschreven als een milde vorm van dwang (zoals omschreven in Ket de, 2011).

Wanneer dwang en drang ingezet wordt, dan spreekt men van dwang- en drangmiddelen. Dwang- en drangmiddelen worden ook wel eens beschreven als middelen of maatregelen (MofM). Een voorbeeld van de inzet van een dwang- en drangmiddel in de psychiatrie is een patiënt te verplichten aanwezig te zijn bij de dagopening of de avondmaaltijd. Of het uitgangspunt dat patiënten gedurende bepaalde tijden van de nacht niet wakker zijn. Maar ook een weeklang isolatie, of het injecteren van medicatie tegen de wil van een patiënt die een gevaar vormt voor zichzelf in, valt hieronder.

2.1.2 Wanneer worden dwang- en drangmiddelen ingezet

Dwang- en drangmiddelen dienen ingezet te worden als interventie in noodsituaties, wanneer patiënten een gevaar vormen voor zichzelf en/of hun omgeving. Zij hebben het doel om de rust te laten wederkeren op een afdeling. Dwang- en drangmiddelen hebben normaal geen therapeutische werking, met uitzondering van dwangbehandeling (de Roode, 2003). Een dwangbehandeling heeft als doel om een patiënt te behandelen tegen zijn (psychische) klachten om verdere schade te voorkomen. In een behandelplan van een patiënt met dwangbehandeling zijn dwang- en drangmiddelen vastgelegd die in crisis situaties kunnen en

moeten worden toegepast. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan patiënten met suïcide gevaar, patiënten die vanuit hun psychose medepatiënten en/of zorgverleners fysiek iets willen aandoen en patiënten die door het weigeren van hun medicatie hun eigen gezondheid in gevaar brengen. De Nederlandse overheid heeft wet en regelgeving ontwikkeld om erop toe te zien dat dwang- en drangmiddelen alleen onder strikte voorwaarden mogen worden toegepast.

2.1.3 Wet en regelgeving in Nederland ten aanzien van Dwang en Drang

Bij het inzetten van dwang- en drangmiddelen dienen zorgverleners in de psychiatrie zich te houden aan de Nederlandse wet- en regelgeving, de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrisch Ziekenhuizen (BOPZ). In deze wet worden de volgende zaken omschreven: de gronden van onvrijwillige opname, de rechten van de patiënten, richtlijnen voor de instellingen, richtlijnen voor de professionals bij het toepassen van dwang en drang en het klachtenrecht van de patiënt alsmede de directe belanghebbende van de patiënt. De wet BOPZ is sinds 1994 in werking. Naar aanleiding van de wet BOPZ heeft de Parnassia Bavo Groep in 2005 zijn protocollen aangepast (Parnassia Bavo Groep, 2005). De wet BOPZ beschrijft de volgende dwang- en drangmiddelen: afzondering, separatie, fixatie en gedwongen medicatie. Voor specifieke informatie over de verschillende dwang- en drangmiddelen die in de wet BOPZ zijn beschreven, zie bijlage 1. De wet BOPZ maakt geen duidelijk onderscheid tussen wat middelen en wat maatregelen zijn, alles valt onder dezelfde noemer.

Dwang- en drangmiddelen mogen uitsluitend worden toegepast binnen een psychiatrische instelling wanneer een patiënt gedwongen is opgenomen en de patiënt een gevaar voor zichzelf en/of zijn omgeving vormt (wet BOPZ). Er dient dus sprake te zijn van een noodsituatie. Bij vrijwillig opgenomen patiënten in een noodsituatie kunnen alleen dwang- en drangmiddelen worden ingezet wanneer een Inbewaarestelling-procedure (IBS-procedure) in gang wordt gezet. Wanneer dwang- en drangmiddelen worden toegepast dan dient dit gemeld te worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (wet BOPZ). Daarnaast stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat dwang- en drangmiddelen hoogstens zeven opeenvolgende dagen mogen worden toegepast. Indien de noodsituatie in deze periode niet verholpen is, dan dient het behandelplan in overeenstemming met de patiënt of zijn vertegenwoordiger bijgesteld te worden of dwangbehandeling aangevraagd te worden.

De Parnassia Bavo Groep heeft in 2005 protocollen opgesteld die ervoor dienen te zorgen, dat de wet BOPZ wordt nageleefd bij het inzetten van dwang en drang (Parnassia Bavo Groep, 2005). In deze protocollen wordt weergegeven waarmee een hulpverlener rekening dient te houden bij het gebruik van dwang- en drangmiddelen. Hierin staat vermeld dat een dwang- en drangmiddel nooit als straf mag worden toegepast. Een dwang- of drangmiddel mag alleen worden gebruikt als gedrag van een patiënt wordt afgekeurd, niet als reflectie ten aanzien van de persoon zelf. De hulpverlener dient te allen tijde het doel van het dwang- en drangmiddel voor ogen te houden en rekening te houden met het feit dat de dwang- en drangmiddelen angst, krenking, boosheid en verdriet bij de patiënt teweeg kan brengen. Welles – nietes gesprekken moeten worden vermeden. De zorgverlener heeft de plicht om duidelijke afspraken te maken met de patiënt over wanneer de patiënt bezocht wordt tijdens de toepassing van de dwang- en drangmiddelen en deze afspraken na te komen. Te allen tijde dienen zorgverleners hun eigen handelen te reflecteren zeker tijdens en na de uitoefening van dwang- en drangmiddelen. Na de toepassing van een dwang- en drangmiddel dient er geëvalueerd te worden met de patiënt. Zorgverleners mogen binnen de Parnassia Bavo Groep besluiten over te gaan tot het toepassen van dwang- en drangmiddelen met uitzondering van dwangmedicatie; over dit dwang- en drangmiddel mag alleen besloten worden door een arts. Wanneer afzondering, separatie en fixatie worden toegepast, dient er achteraf contact opgenomen te worden met een dienstdoend arts (Parnassia Bavo Groep, 2005).

2.1.4 Toepassing dwang- en drangmiddelen in Nederland

Onderzoek wijst uit dat in Nederland vooral gebruik wordt gemaakt van de dwang en drang maatregel isolatie, terwijl andere Europese landen voornamelijk gebruik maken van gedwongen medicatie, om te voorkomen dat patiënten zichzelf of anderen wat aandoen (Raboch, Kalisova, Nawka, Kitzlerová, Onchev, Karastergiou, Magliano, Dembinskas, Kiejna, Torres-Gonzales, Kjellin, Priebe & Kallert, 2010). In Nederland wordt bij 22% van de dwang en drang situaties gedwongen medicatie toegepast en in 59% van de gevallen wordt een patiënt geïsoleerd (Dutch Mental Health Inspectorate, 2008). Volgens onderzoek van Langelaan (2001) en Vorselman (2003) wordt er gemiddeld per jaar 18000 maal gesepareerd in Nederland.

Mogelijke oorzaak voor het grote aantal separaties in Nederland is dat vanuit juridisch perspectief dwangmedicatie gezien wordt als het meest ingrijpende Dwang- en drangmiddelen, aangezien het lichaam van de patiënt wordt binnengedrongen. Separatie wordt vanuit dit perspectief als minder ingrijpend gezien. Mogelijk heeft dit bijgedragen aan een cultuurnorm binnen de GGZ dat separatie een minder ingrijpende vorm is van dwang dan gedwongen medicatie (Georgieva, Mulder & Wierdsma, 2011). Deze norm is echter in strijd met de Nederlandse grondwet, die gedwongen medicatie en separatie als gelijkwaardige interventies ziet om acute gevaarlijke situaties binnen een instelling te lijf te gaan (Georgieva, Mulder & Wierdsma, 2011). Tevens wijst onderzoek uit dat patiënten geen voorkeur hebben voor een van de twee dwangmiddelen, separatie of dwangmedicatie (Veltkamp, Nijman, Stolker, Frigge, Dries & Bowers, 2008).

Naast het gebruik van dwangmedicatie lijken Europese landen ook andere alternatieven toe te passen voor separatie. Zo heeft Denemarken zelfs een verbod op separatie. Daar wordt gebruik gemaakt van het uren lang vasthouden van een patiënt door zorgverleners. Fixatie mag in Denemarken niet langer dan vier uur. In moeilijke gevallen wordt de politie ingeschakeld om een patiënt in bedwang te houden (van Delft, 2009). In Noorwegen worden “seclusion areas” ingezet (van Delft, 2009). “Seclusion areas” zijn compleet ingerichte kleine afdelingen, waar een patiënt gescheiden wordt van andere patiënt zodat de patiënt de juiste zorg kan krijgen. De patiënt mag hier ten tijden van crisis nooit en te nimmer alleen gelaten worden (van der Werf, 2003). Hoewel er in Engeland geen separeerverbod is wordt er nauwelijks gebruik gemaakt van separatie. In dit land gebruiken ze als alternatief de eerder genoemde dwangmedicatie, “holding” en “talking down” (van Delft, 2009). “Holding” is de Engelse term voor fixatie, ‘het belemmeren van de bewegingsmogelijkheid van een patiënt door een hulpverlener in welke vorm van vasthouden dan ook’ (Wet BOPZ). Onder “talking down” valt het blijven praten met een patiënt totdat deze tot rust is gekomen (van Delft, 2009).

2.1.5 Gevolgen dwang- en drangmiddelen

Het gebruik van dwang- en drangmiddelen kan vele negatieve effecten hebben op de patiënt waarop de middelen worden ingezet. De beperking van vrijheid tegen zijn wil in kan veel gevoelens bij de patiënt losmaken tijdens Dwang- en drangmiddelen als erna. Hierbij valt te denken aan gevoelens van: angst, woede, pijn, verdriet, machteloosheid, vernedering, onzekerheid en eenzaamheid (Soulet & Ouevray, 2006; Menger & Krechtig, 2004). Vaak komt dit doordat patiënten niet begrijpen waarom er dwang en drang werd toegepast (Bosch, 2005).

In Nederland is vooral onderzoek gedaan naar het Dwang- en drangmiddelen separatie en weinig naar Dwang- en drangmiddelen dwang medicatie, dit vanwege de hierboven genoemde cultuur in Nederland om voornamelijk het dwangmiddel separatie te gebruiken in

crisissituaties. Naast de hierboven genoemde algemene gevolgen van dwangmiddelen voor de patiënt zal er nu kort ingegaan worden op de gevolgen van het dwangmiddel separatie. Abma (2005) benoemt dat separatie de volgende negatieve effecten kan hebben voor de patiënt: het zelfvertrouwen en het vertrouwen in de ander kan aangetast worden, sommige patiënten durven na een separatie niet meer in kleine ruimtes te verblijven en sommige patiënten blijven na de separatie met vragen zitten, ze begrijpen niet waarom ze gesepareerd zijn. Studies naar de verwerking van separatie door patiënten geeft aan, dat veel patiënten moeite hebben met die verwerking. Wanneer zij weinig steun hierbij ervaren, kunnen zij de gebeurtenis geen plaats geven. Patiënten zouden over de separatie graag met lotgenoten, familie en/of zorgverleners praten, maar ervaren hierbij helaas dat zij zelf het initiatief moeten nemen om dit te verwezenlijken (Hoekstra, Lendemeijer & Jansen 2004). Patiënten zelf zijn overwegend negatief over hun ervaring in de separeercel (Hoekstra et al., 2004; Lendemeijer, Ruitenbeek, Kahn & Shortridge-Baggett, 2000; Meehan, Vermeer & Windsor, 2000). Er zijn echter ook patiënten die hun ervaring met een separatie als positief ervaren. Onderzoek van Meehan et al. (2000) en Hoekstra et al. (2004) wees uit dat duidelijke communicatie een belangrijke factor speelt in de ervaring van patiënten ten aanzien van hun verblijf in de separeer. Ook het feit dat patiënten achteraf hun eigen handelen als gevaarlijk beoordelen blijkt een factor.

2.1.6 Terugdringen dwang en drang

In 2002 is dwang en drang binnen de GGZ op de voorgrond komen te staan. Hier waren twee redenen voor: een onderzoek van Trimbos in 2002 en een nieuwe tijdsgeest die tegen dwang en drang is.

Naar aanleiding van het onderzoek van Trimbos in 2002 heeft dwang en drang de nodige aandacht gehad (zoals weergegeven in Psychiatrie Nederland, 2010). In dit onderzoek kwam naar voren dat veel separaties niet gemeld werden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, terwijl dit wel verplicht is door de wet BOPZ. Dit gegeven zorgde voor alarmerende berichten in de media en er volgde meerdere malen Kamervragen naar aanleiding van deze bevindingen. Om dit probleem aan te pakken is het landelijke project dwang en drang reductie in het leven geroepen door de minister van Volksgezondheid, Sport en Welzijn. In de stuurgroep van dit landelijke project namen de volgende instanties deel: het Landelijk Platform GGZ, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Vereniging van Eerste Geneeskundigen, Verpleegkundigen & Verzorgende Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland. Naast dit landelijke project bleek dat GGZ Nederland bezig was het gebruik van dwang- en drangmiddelen in de psychiatrie terug te dringen. Tussen 2002 en 2004 heeft GGZ Nederland samen met andere twaalf organisaties acht kwaliteitscriteria opgesteld (Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport, 2010) aan de hand van de theorie van Berghmans (Berghmans, Elfahmi, Goldsteen & Widdershoven 2001) voor bij het toepassen van dwang en drang, voor verdere informatie zie bijlage x2. Daarnaast is GGZ Nederland in 2004 zelf een project dwang en drang gestart. Het doel van dit deelproject was om per jaar het aantal separaties met 10 procent terug te dringen. Ondanks de goede voornemens rapporteerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2005 dat er wederom meer patiënten waren gesepareerd dan het jaar ervoor. Vanaf 2006 is er voor het deelproject dwang en drang subsidie vrij gemaakt. In 2008 maakte 42 GGZ instellingen gebruik van deze subsidie met veelbelovende resultaten (Wassink & de Wilde, 2009). In 2010 maakte 52 GGZ-instellingen gebruik van deze subsidie om dwang en drang terug te dringen. Op dit moment richt de stuurgroep zich op het inventariseren van de 'best practices' om de toepassing dwang en drang in de GGZ te doen verminderen. Op 31 januari 2011 heeft de stuurgroep een intentieverklaring opgesteld; hierin verklaren de deelnemende partijen er alles aan te doen om dwang- en drangmiddelen in de zorg te voorkomen.

De nieuwe tijdgeest die tegen het gebruik van dwang- en drangmiddelen is, valt goed te omschrijven in de woorden van Kassander, Hrachovec en Hutschemaekers (2003), namelijk dat separeren, een vorm van Dwang- en drangmiddelen, barbaars en traumatisch is voor patiënten en een uitvloeisel is van onduidelijke hiërarchische verhoudingen, waarbij uiteindelijk alleen nog met een machtsmiddel ingegrepen kan worden als alle grenzen zijn overschreden. Dit statement geeft de huidige opinie van de samenleving mooi weer, dat vrijheidsbenemingen niet passen in een beschaafd land (GGZ Nederland, 2007). Tevens toont onderzoek aan dat patiënten op lange termijn eerder schade dan baat ondervinden van het gebruik van Dwang- en drangmiddelen. Deze nieuwe tijdgeest vroeg om alternatieven die gebruikt kon worden tijdens en vooraf aan crisissituaties, zodat er minder gebruik gemaakt hoeft te worden van dwang- en drangmiddelen. Voorbeelden van alternatieven zijn: signaleringsplannen en crisiskaarten. Een signaleringsplan is een weergave wat een patiënt en zijn naasten kunnen doen om een crisis te voorkomen en om de rust bij een patiënt te laten terugkeren. Elk signaleringsplan is uniek gemaakt voor een patiënt en is geschreven in begrijpelijke taal zodat de patiënt deze kan lezen. Een signaleringsplan loopt van fase 0, “goed in mijn vel”, tot en met fase 4, een ernstige crisis. Het signaleringsplan heeft als doel om de patiënt alsmede zijn omgeving inzicht te geven hoe het op dat moment met de patiënt gaat, het dient duidelijkheid te verschaffen (van der Werf, 1995). Op een crisiskaart staat wat er moet gebeuren in geval van een (psychische) crisis. De patiënt bepaalt zelf hoeveel en welke informatie er op de kaart komt te staan. Familie wordt alleen bij het opstellen betrokken als de patiënt dat wil (Hielkema, 2005). De nieuwe tijdgeest heeft bijgedragen bij de uitvoering van het project dwang en drang.

2.2 Gastvrije Zorg

2.2.1 Wat is Gastvrije Zorg

Gastvrije Zorg is een manier van zorg verlenen waarbij de focus ligt op de attitude en bejegening ten aanzien van patiënten. Gastvrije Zorg wordt door veel instellingen op veel verschillende manieren vorm gegeven en is daarom moeilijk eenduidig te definiëren. Winters (2010) omschrijft Gastvrije Zorg als volgt: “Het ontvangen en onderhouden van gasten, bezoekers of vreemdelingen, daarbij het individu waarderen en respecteren en het individu ondersteuning aanbieden waar het individu baat bij heeft”. De Parnassia Bavo Groep schaaft onder Gastvrije Zorg de bewustwording van de zorgverleners ten aanzien van de gevolgen van de inzet van dwang- en drangmiddelen voor patiënten en empathie ten aanzien van de patiënt.

Voorbeelden van activiteiten binnen de Parnassia Bavo Groep die vallen onder de Gastvrije Zorg zijn: het bevorderen van een gezonde en veilige omgeving, oog hebben voor zingeving, het reduceren van dwang- en drangmaatregelen, het diversiteitsbeleid, het bevorderen van maatschappelijke integratie van onze patiënten, de introductie van ervaringsdeskundigheid en goede voeding (Palier, 2009).

2.2.2 Het ontstaan van Gastvrije Zorg

Hierboven is genoemd dat het landelijk project dwang en drang in 2004 is gestart met als doel om een actieplan te ontwikkelen, waarmee dwang en drang in de psychiatrie terug gedrongen kon worden. Het organiseren van congressen was een van de manieren hoe het landelijke platform dit wou bewerkstelligen. Eind 2005 vond het tweede congres plaats. Tijdens dit congres werd er een belangrijke ontdekking gedaan. Er werd een succesvol alternatief voor dwang- en drangmiddelen naar voren gebracht, dat past binnen de nieuwe cultuur dat dwang- en drangmiddelen niet meer van deze tijd zijn. De aanwezige cliënten, naastbetrokkenen,

beleidsmakers en zorgverleners gaven aan, dat er succes geboekt kan worden bij het terugdringen van dwang- en drangmiddelen binnen een instelling door de attitude van zorgverleners en de sfeer te verbeteren en de bereidheid tot communiceren. Kortom de cultuur binnen de instellingen diende te veranderen (Wassink & de Wilde, 2009).

Naar aanleiding van de ontdekking dat de juiste cultuur een goed alternatief is voor het inzetten van dwang- en drangmiddelen, wat aansloot bij de wens om minder gebruik te maken van dwang en drang, is de Parnassia Bavo Groep in 2006 zelfstandig gestart met het project Gastvrije Zorg (ZM magazine, 2008). De Parnassia Bavo Groep is een moderne GGZ organisatie en heeft de missie om de kwaliteit van leven van haar patiënten en de kwaliteit van de samenleving te verbeteren door middel van het bieden van geestelijke gezondheidszorg. Tevens streeft de Parnassia Bavo Groep voortdurend naar verbetering en vernieuwing, met behoud van het goede. De visie die de Parnassia Bavo groep hierbij hanteert is: “Uw vraag is onze zorg”. Hierbij wordt gewerkt vanuit drie kernwaarden: deskundigheid, respectvol en optimistisch (Parnassia, 2011). De Parnassia Bavo Groep telt acht zorgbedrijven en er werken in totaal meer dan achtduizend medewerkers voor de Parnassia Bavo Groep.

De Parnassia Bavo Groep was de eerste GGZ-instelling in Nederland die de principes van Gastvrije Zorg invoerde (PVP Krant, 2009). Het doel van dit project sloot aan bij het beleid van de overheid (landelijke project) en GGZ Nederland om een cultuurverandering teweeg te brengen. Tevens is Gastvrije Zorg een perfecte match met de visie van de Parnassia Bavo Groep omdat dit nauw samenhangt met de drie kernwaarden van de organisatie. Een juiste attitude ten aanzien van de patiënt is een respectvolle en optimistische manier van zorg verlenen. Om deze zorg te verlenen dienen zorgverleners wel over de juiste deskundigheid te beschikken. Daarnaast is Gastvrije Zorg een ideale manier om de kwaliteit van leven van zowel patiënten als de samenleving te verbeteren. De missie van de Parnassia Bavo Groep kan dus worden bereikt met behulp van Gastvrije Zorg. Daarnaast is de visie een weergave van cliëntgericht werken, er wordt namelijk gekeken naar de individuele hulpvraag van een patiënt. Ook op dit punt wordt er een aansluiting gemaakt met het onderwerp Gastvrije Zorg.

2.2.3 Eerste fase Gastvrije Zorg Parnassia Bavo Groep

In 2006 is de Parnassia Bavo Groep dus gestart het project Gastvrije Zorg. Het eerste jaar van het project stond in het teken van bewustwording van de medewerkers van deze ‘nieuwe cultuur’ van minder dwang en drang (ZM magazine, 2008). Aan dit project deden vijf gesloten afdelingen van de twee zorgbedrijven Parnassia en Palier mee. Het idee achter het project was, dat wanneer patiënten zich welkom, veilig en prettig voelen zij minder snel geneigd zijn om agressie te vertonen, waardoor zorgverleners minder vaak gebruik hoeven te maken van dwang- en drangmiddelen (ZM magazine, 2008), die door patiënten als emotioneel en traumatisch worden ervaren (Soulet & Oeuvery, 2006; Menger & Krechtig, 2004). De Parnassia Bavo Groep heeft getracht de Gastvrije Zorg te verwezenlijken binnen de vijf gesloten afdelingen door hulp in te schakelen van de Haagse Hotelschool. Docenten van de Haagse Hotelschool trainden management en behandelaars vanuit de vraag: wie is de klant, wat wil die klant en hoe is dit te organiseren. Om zo het management en behandelaars te trainen en te leren wat Gastvrije Zorg is. Een jaar tijd na invoering van Gastvrije Zorg op de vijf afdelingen was het aantal dwang- en drangmiddelen om agressie bij GGZ patiënten tegen te gaan met 25% afgenomen. Het aantal separatedagen was met 40% afgenomen (bij de afdeling waar in het verleden de meeste separaties plaats vonden, het Klinische Centrum Acute Psychiatrie, nam het aantal separatedagen zelfs met 50% af), het aantal agressie meldingen ten opzichte van mede patiënten was gedaald met 10% en het aantal agressie meldingen ten opzichte van medewerkers met 38% (Zmmagazine, 2008).

Naar aanleiding van het project Gastvrije Zorg zijn er veranderingen in het bedrijf doorgevoerd om de Gastvrije Zorg te vergroten en dus de toepassing van dwang- en drangmiddelen te verkleinen. Een van de veranderingen die naar aanleiding van de training door de docenten van de Haagse Hotelschool is ingevoerd is de intake. Patiënten krijgen bij binnenkomst eerst te eten en te drinken om te acclimatiseren alvorens er gevraagd wordt wat er met de patiënt nu werkelijk aan de hand is (Kroon, 2010). Cliëntgericht werken is een ander belangrijk thema als een afdeling Gastvrije Zorg wil leveren. Zorgverleners denken doorgaans dat ze al erg cliëntgericht werken, maar dit blijkt vaak nog niet het geval te zijn. Een manier om na te gaan wat patiënten willen, is door hen hiernaar te vragen. Een punt dat hierbij de nadruk heeft is, dat gastvrijheid niet overal hetzelfde betekent. Patiënten die zelfstandig wonen hebben andere Gastvrije Zorg nodig dan een patiënt in een gesloten woonvorm (Kroon, 2010). Tevens kwam naar voren dat communicatie erg belangrijk is, maak afspraken en kom deze na (Kroon, 2010). Daarnaast werd duidelijk dat de afdelingen een open uitstraling moesten krijgen. Hierop zijn de afdelingen anders ingericht, is er nagedacht over de kleuren en de inrichting van de afdelingen (Kroon, 2010). Een huiselijke sfeer is hier een belangrijk onderdeel van. De sfeer wordt mede bepaald door de deur van verpleegposten open en toegankelijk te houden voor patiënten (Kroon, 2010). Andere concrete voorbeelden van praktische uitvoering van Gastvrije Zorgverlening zijn het herinvoeren van bedrijfskleding en naambadges voor zorgverleners, omdat patiënten het prettig vinden als deze herkenbaar zijn (Kroon, 2010).

2.2.4 Tweede Fase Gastvrije Zorg Parnassia Bavo Groep

Oorspronkelijk had het project Gastvrije Zorg dus alleen maar als doel om de toepassing van dwang- en drangmiddelen terug te dringen, door middel van bewustwording. In een later stadium is hier een tweede doel, empathiebevordering bij medewerkers ten opzichte van patiënten, aan toegevoegd (Palier, 2009). Onder empathiebevordering wordt verstaan dat patiënten door zorgverleners als gast gezien en benaderd dienen te worden; zorgverleners zich verdiepen in en begrippen hebben voor de situatie van een patiënt; er familiegericht gewerkt dient te worden; er gedacht dient te worden vanuit het patiëntenperspectief; er door zorgverleners afgezien wordt van eigen wijsheden; zorgverleners een professionele houding hebben en hanteren; zorgverleners alert zijn op vroegsignalering, zij dienen te weten waarmee de patiënt bezig is en wat voor de patiënt belangrijke thema's zijn (Palier, 2009).

Het project ging in deze periode met de bevordering van empathie een nieuwe fase in. In deze nieuwe fase werden alle afdelingen van de Parnassia Bavo Groep (inclusief de ambulante zorg) betrokken bij het project. Tevens kreeg het project een "nieuwe" naam Gastvrije Zorg en Gastvrijheid. Er is in deze fase een visie geformuleerd met een concrete richting en handvaten (Palier, 2009), zodat duidelijk wordt wanneer geleverde zorg en dienstverlening te betitelen valt als Gastvrij en waar en aan wie we dat afmeten.

2.2.5 Gastvrije Zorg Palier

Palier is een van de acht zorgbedrijven van de Parnassia Bavo Groep en was vanaf het begin van de invoering van de Gastvrije Zorg binnen het GGZ bedrijf betrokken bij het project om de toepassing van dwang- en drangmiddelen door de medewerkers van de Parnassia Bavo Groep terug te dringen. Het zorgbedrijf Palier is gespecialiseerd in forensische en intensieve zorg op het gebied van psychiatrie. Het richt zich hierbij op behandeling, begeleiding en reclassering van patiënten met een complexe en meestal meervoudige problematiek, veelal binnen een juridisch kader. Dwang- en drangmiddelen zijn een belangrijk onderwerp voor Palier omdat er in de forensische en intensieve zorg veel patiënten worden opgenomen op basis van onvrijwilligheid. Zij worden verplicht behandeld. Er is dus sprake van Dwang en

Drang. Daarnaast worden er gedurende het werk geregeld dwang- en drangmiddelen ingezet door zorgverleners van Palier om de veiligheid van patiënten zelf, van mede patiënten, van de zorgverleners en de samenleving als geheel te bewaken. Bij Palier werken circa zeshonderddertig medewerkers.

Het zorgbedrijf Palier was dus vanaf de start in 2006 bij het project Gastvrije Zorg betrokken. Zoals eerder vermeld stond de eerste fase van het project in het teken van bewustwording en de tweede fase in het teken van empathiebevordering bij medewerkers ten opzichte van patiënten (Palier, 2009). Palier heeft dezelfde veranderingen doorgevoerd binnen de zorg naar aanleiding van de trainingen van docenten van de Haagse Hotelschool (Kroon, 2010). In de tweede fase van het project Gastvrije Zorg was er behoefte aan een concrete richting en handvaten waarmee duidelijk werd wanneer zorg nu echt Gastvrij is. Er dienden ijkpunten gecreëerd te worden om te kunnen meten of zorg betiteld kan worden als Gastvrije Zorg.

2.2.6 Hoe Palier Gastvrije Zorg meetbaar heeft gemaakt

De eerste stap die Palier gezet heeft om Gastvrije Zorg meetbaar te maken is het formuleren van acht beloften. De beloften zijn gericht op de patiënten en hun naasten. De acht beloften zijn: aandacht voor zingeving en welzijn; contact met naastbetrokkenen; in de maatschappij (blijven) staan; keuzevrijheid en beslisrecht; kunnen genieten van het eten; optimale behandeling en zorg; verblijven in een helende omgeving; vriendelijk en respectvolle benadering (Palier, 2009). Vervolgens zijn deze acht beloften uitgewerkt in ijkpunten (Palier, 2009). Voor verdere informatie over de acht beloften zie bijlage 2. Bij deze acht beloften spelen grenzen een belangrijke rol om onze beloften te realiseren, omdat de patiënten van Palier veelal juridische titels en maatregelen hebben. Hierbij dient in acht genomen te worden welke grenzen titels, maatregelen en zorgprogramma's stellen ten aanzien van de acht beloften. Een professionele houding van zorgverleners is een vereiste om deze acht beloften te kunnen waarborgen. Onder een professionele houding valt: het zo nodig motiveren en respectvol confronteren; een proactieve houding om in gesprek te blijven als we het niet eens zijn met elkaar; gericht op gedragsverandering, maar met oog voor het proces van de patiënt en bij de hand nemend; bescheidenheid over eigen rol en credits bij de patiënt leggend; respect en oog voor onder andere de afkomst en geaardheid van de patiënt (Palier, 2009).

Nadat er een duidelijke visie geformuleerd was waarin aangegeven stond wat men dient te verstaan onder Gastvrije Zorg, is er gewerkt aan een nieuwe structuur (Palier, 2009). Om de structuur te realiseren en te bewaken is er een stuurgroep Gastvrije Zorg door Palier in het leven geroepen. De stuurgroep Gastvrije Zorg en Gastvrijheid van Palier is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van beleid en monitort de invoering van Gastvrije Zorg. Tevens moet zij een actieplan gaan ontwikkelen ten aanzien van de verbetering van Gastvrije Zorg voor de toekomst. In de stuurgroep hebben ambassadeurs een belangrijke rol. Zij denken enerzijds mee met de stuurgroep en anderzijds trekken zij de kar op hun eigen afdeling qua invoering van het beleid ten aanzien van Gastvrije Zorg. Elke afdeling dient tenminste een ambassadeur te hebben (Palier, 2009).

2.2.7 Stand van zaken Gastvrije Zorg anno 2012

De Parnassia Bavo Groep heeft de afgelopen jaren een hoop gedaan om de zorg Gastvrij te maken. Maar hoe staat het met de geleverde zorg? Is deze nu echt Gastvrij of moeten er nog grote stappen gemaakt worden om de kwaliteit van de geleverde zorg op een hoog en acceptabel niveau te krijgen?

De FPA als onderdeel van het zorgbedrijf Palier, Parnassia Bavo Groep, heeft een methode ontwikkeld ten aanzien van Gastvrije Zorg om de geleverde zorg aan patiënten

Gastvrij te verlenen en de toepassing van dwang- en drangmiddelen door zorgverleners bij patiënten te doen afnemen. Het ontwikkelen van deze methodiek heeft een hoop voeten in de aarde gehad maar op 21-11-2011 volgde de beloning voor de FPA. De afdeling die tot voorkort nog gezien werd als het zorgenkindje van Palier, kreeg namelijk een prijs uitgereikt door de cliëntenraad voor de afdeling die in 2011 het best Gastvrije Zorg heeft geleverd binnen dit zorgbedrijf (FPA, 2011). Het lijkt er dus op dat de FPA zijn zaakjes flink op orde heeft ten aanzien van Gastvrij Zorg. Desondanks laat de praktijk zien dat sommige medewerkers binnen de FPA deze methodiek verschillend toepassen en ook dat niet alle medewerkers op de afdeling de methodiek toepassen. Het gedrag van medewerkers binnen de FPA ten aanzien van het leveren van Gastvrije Zorg is dus verschillend. Maar hoe komt dit, welke oorzaken spelen hierbij een rol?

2.3 Het ASE model

Een manier om gedrag van mensen te analyseren is door gebruik te maken van het ASE model (de Vries, 1988), dat samengesteld is op basis van de theorie van gepland gedrag. Deze theorie is een nadere uitwerking van het model van beredeneerd gedrag (Ajzen & Fishbein, 1980) en de sociaal-lernen theorie (Bandura, 1986). Het ASE model is een model om gedrag te verklaren en kijkt naar de verschillende factoren, alsmede de manier waarop deze factoren invloed hebben op het wel of niet vertonen van gedrag door mensen. Dit model gaat ervan uit dat intentie om gedrag te vertonen, de beste voorspeller is voor gedrag. De intentie van mensen is de bedoeling, het 'van plan zijn', om bepaald gedrag te vertonen. Wanneer bijvoorbeeld zorgverleners op de FPA geen intentie hebben om Gastvrije Zorg aan patiënten te leveren, dan zullen zij naar alle waarschijnlijkheid tijdens hun werkzaamheden weinig gebruik maken van Gastvrije Zorgverlening.

Intenties worden volgens het ASE model beïnvloed door drie determinanten: attitude (A), sociale invloeden (S) en eigen effectiviteit (E). Onder attitude wordt de persoonlijke opvatting van een persoon verstaan. De afweging van een persoon van de voor- en nadelen van gedrag. De gedachten, ideeën en overwegingen van een persoon spelen hierbij een belangrijke rol. Een onderdeel hiervan is kennis en dan voornamelijk de kennis die een persoon heeft over de consequenties van bepaald gedrag; dit heeft een grote invloed bij de vorming van de attitude (Sassen, 2006). Een andere voorspeller voor de attitude is affectieve gewaarwording, de ontstane emoties die aan een attitude gekoppeld worden bij de uitvoering van gedrag (de Kok, 2005). Wat vindt de persoon van Gastvrije Zorg. Is hij een voorstander of een tegenstander van Gastvrije Zorg, vindt hij of zij positieve bejegening belangrijk. Sociale invloeden geven de invloeden van de sociale omgeving weer. Wat ervaart een persoon aan druk als hij of zij de algemene norm handhaaft of trotseert. Hierbij speelt de mate waarin een persoon wel of niet instemt met de opvattingen van zijn sociale omgeving een belangrijke rol. Genegenheid, wil een persoon graag bij de groep horen, heeft ook invloed op de determinant sociale invloeden (Sassen, 2006). Hoe denken de andere zorgverleners op de FPA over de Gastvrije Zorg en wat doen zij als een zorgverlener op een andere manier Gastvrije Zorg levert dan dat zij dit normaal doen. Persoonlijke effectiviteit kijkt naar de verwachting van een persoon dat hij of zij zal slagen in de activiteit, het gedrag. Denkt de persoon het gedrag uit te kunnen voeren en hoe veel moeite kost dit hem of haar. Het vertrouwen dat een persoon heeft in eigen kunnen speelt hierbij een grote invloed. Gelooft de zorgverlener dat hij of zij de capaciteiten heeft om Gastvrije Zorg te kunnen leveren op de FPA. Naast de drie determinanten hebben barrières en een tekort aan vaardigheden invloed op de relatie tussen de intentie en het uiteindelijk wel of niet uitvoeren van het gedrag. Een barrière of een tekort aan een vaardigheid kan ervoor zorgen, dat gedrag door een persoon niet wordt vertoond, ondanks de aanwezige positieve intentie om het gedrag te vertonen.

3 Onderzoeksopzet

In het hoofdstuk onderzoeksopzet komen de volgende onderwerpen aan bod: de vorm van het onderzoek, de methoden die gebruikt zijn tijdens het onderzoek, de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek.

3.1 Onderzoeksvorm

Voor deze bachelorproef is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. In het onderzoek wordt nagegaan hoe de methode van Gastvrije Zorg zo optimaal mogelijk binnen de FPA kan worden toegepast. Naar aanleiding van de uitkomst wordt een advies, het product, geschreven voor het Afdelings Management Team (AMT) van de FPA.

Bij het onderzoek in mijn bachelorproef is er gebruik gemaakt van de volgende onderzoekstechnieken: interviews, uitkomsten van een evaluatie-instrument en cijfers van tevredenheidonderzoek uitgevoerd door de cliëntenraad. Tevens is gebruik gemaakt van informatiebronnen (Internet, Intranet, K- en U-schijf) om weer te geven wat de methode Gastvrije Zorg inhoudt op de FPA. Er zullen vier vov'ers (verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden) die een uitgesproken mening hebben ten aanzien van Gastvrije Zorg geïnterviewd worden, verder de Managers Zorg en Bedrijfsvoering, een behandelaar en een sleutelinformant allen werkzaam op de FPA. De antwoorden die de medewerkers van de FPA geven tijdens deze interviews zullen gebruikt worden om een beeld te schetsen, hoe de medewerkers van de FPA de methode van Gastvrije Zorg toepassen en hoe zij hier tegenaan kijken. Tevens wordt er gekeken met welke vormen van dwang- en drangmiddelen zij te maken hebben en naar de factoren die van invloed zijn op hun toepassing van Gastvrije Zorg. De uitkomsten van de interviews met de zorgverleners op de FPA geeft niet een compleet beeld van de toepassing van de methode van Gastvrije Zorg, omdat er niet gekeken wordt naar de bevindingen van de patiënten op de FPA. De uitkomsten van spiegelbijeenkomsten en de input van onderzoek van de cliëntenraad ten aanzien van de patiënttevredenheid dienen hier uitsluitsel over te geven.

3.2 Populatie

De populatie voor dit onderzoek zijn de zorgverleners van de FPA. Onder de medewerkers worden zowel de vov'ers, alsmede de behandelaren, het Afdelings Management Team (AMT) en de ondersteunende functies gerekend. Uit deze populatie zullen er representatieve personen gekozen worden door de onderzoeker, die meer inzicht kunnen geven in de Gastvrije Zorg op de FPA. De volgende acht zorgverleners zullen worden geïnterviewd: twee vov'ers die een voorstander lijken te zijn van Gastvrije Zorg, twee vov'ers die een tegenstander lijken te zijn van Gastvrije Zorg, de Manager Zorg, de Manager Bedrijfsvoering, een behandelaar en een sleutelinformant. Een contra indicatie voor het deelnemen aan het interview was het zitten in de werkgroep Gastvrije Zorg, omdat de werkgroepleden al een hoop weten en gedaan hebben met het begrip Gastvrije Zorg. De contra indicatie is niet van toepassing op de sleutelinformant, omdat het juist belangrijk is dat de sleutelinformant deel uit maakt van de werkgroep, aangezien de sleutelinformant juist over veel kennis van Gastvrije Zorg moet beschikken.

Daarnaast zal er ook gekeken worden naar eerder verzamelde data uit gehouden spiegelbijeenkomsten en verzamelde gegevens van de cliëntenraad ten aanzien van de patiënttevredenheid op de FPA. Deze informatie is op een eerder tijdstip verkregen bij patiënten van de FPA.

3.3 Onderzoeksmethode

Aan de hand van de vijf deelvragen zal er een antwoord gegeven worden op de hoofdvraag: “Hoe zou de methode van Gastvrije Zorg zo optimaal mogelijk binnen de FPA kunnen worden toegepast?”. Deze deelvragen worden beantwoord met behulp van de volgende onderzoekstechnieken: gebruik van informatiebronnen, interviews, uitkomsten van een evaluatie-instrument en cijfers van de cliëntenraad. Hieronder volgt per onderzoekstechniek een weergave hoe de techniek in het onderzoek wordt toegepast en welke deelvraag de techniek dient te beantwoorden.

3.3.1 Informatiebronnen

Diverse informatiebronnen werden gebruikt om na te gaan wat de FPA gedaan heeft om de methode Gastvrije Zorg te ontwikkelen, wat er onder deze methode valt en wat de plannen zijn voor de toekomst. Er is door mij naar informatie over Gastvrije Zorg op de FPA gezocht op het Internet, het Intranet van Palier, het Intranet van de Parnassia Bavo Groep, de K-schijf van Palier en de U-schijf van Palier.

Het Internet werd gebruikt om artikelen en informatie te vinden over Gastvrije Zorg en de bijbehorende methode. Het Intranet is een eigen netwerk van een organisatie, in dit geval van Palier en de Parnassia Bavo Groep, waarbij gebruik gemaakt wordt van aan elkaar gekoppelde computers. Het is vergelijkbaar met een private versie van het Internet. Op het Intranet staan onder andere nieuwsberichten en het kwaliteitssysteem is er te zien. Bij beide items komt Gastvrije Zorg aan bod. De K- en U-schijven zijn de schijven waar alle medewerkers van de FPA op hun pc toegang toe hebben. Op deze schijven is eveneens veel informatie te vinden over Gastvrije Zorg op de FPA. Al de gevonden informatie werd gebruikt om mijn eerste deelvraag, “Wat houdt de methode van Gastvrije Zorg binnen de FPA in?”, te beantwoorden.

3.3.2 Interviews

Het doel is om semi gestructureerde interviews af te nemen bij de zorgverleners en sleutelinformanten om zo een antwoord te geven op de volgende vier deelvragen: “Hoe wordt de methode van Gastvrije Zorg door de medewerkers op de FPA toegepast?”, “Hoe staan medewerkers van de FPA tegenover Gastvrije Zorg en de methode die hierbij hoort?”, “Met welke vormen van dwang- en drangmiddelen hebben medewerkers van de FPA te maken tijdens hun werkzaamheden?” en “Welke factoren belemmeren/bevorderen de toepassing van Gastvrije Zorg door de medewerkers aan patiënten op de FPA?”.

De eerste vraag die bij het interview aan bod komt is de tweede deelvraag, hoe passen de zorgverleners de methode van Gastvrije Zorg toe op de FPA. Mijn ervaring is dat medewerkers de methode op verschillende manieren toepassen, maar is deze observatie wel juist? Indien dit juist is, kan het mogelijk interessant zijn om te kijken naar mogelijke patronen. Zijn er groepen medewerkers die op dezelfde manier de methode toepassen en tussen welke medewerkers zitten de meeste verschillen? Een volgend onderwerp dat in het interview behandeld zal worden is, hoe zichzelf tijdens hun werkzaamheden staan tegenover Gastvrije Zorg en de methode, de derde deelvraag. Zijn zij pro, contra of onverschillig? Tevens wil ik nagaan hoe belangrijk zij het onderwerp Gastvrije Zorg vinden in verhouding tot andere hoofdtaken van de FPA. Vervolgens wil ik nagaan in welke mate medewerkers op de FPA dwang- en drangmiddelen inzetten. Dit wordt gedaan aan de hand van de volgende deelvraag, de vierde: “Met welke vormen van dwang- en drangmiddelen hebben medewerkers van de FPA te maken tijdens hun werkzaamheden?”. Worden dwang- en drangmiddelen veel ingezet en wanneer wordt er gebruik gemaakt van deze middelen? Mogelijk dat blijkt dat medewerkers op verschillende units dwang- en drangmiddelen verschillend inzetten. Tot slot

wordt er gevraagd welke factoren de toepassing van Gastvrije Zorg belemmeren/bevorderen, de laatste deelvraag. Hierbij wordt er gekeken welke factoren invloed hebben op de toepassing van Gastvrije Zorg. Zijn er belemmerende en/of bevorderende factoren en zo ja welke zijn dit. Worden er veel verschillende factoren door de medewerkers genoemd of zijn er factoren die veel terugkomen. Deze factoren zijn erg belangrijk omdat ze een grote bijdrage kunnen leveren aan het product, het verbeterplan, dat aan het AMT van de FPA zal worden gepresenteerd. Voor een weergave van het gestructureerde deel van het interview, zie bijlage 3.

Er zal een interview afgenomen worden bij een sleutelinformant, de oud ambassadeur Gastvrije Zorg van de FPA. Daarnaast zullen de Manager Zorg en de Manager Bedrijfsvoering van het AMT van de FPA worden geïnterviewd. Tevens zullen er vier Vov'ers en een behandelaar geïnterviewd worden. De bedoeling is om twee Vov'ers te interviewen die uitgesproken voorstanders zijn van Gastvrije Zorg en twee uitgesproken tegenstanders. Verder zal er bij het selecteren getracht worden om rekening te houden met een goede verdeling qua functie, unit, sekse en leeftijd. Het semi gestructureerde interview zal bestaan uit een aantal van te voren vastgestelde vragen. Op basis van de gegeven antwoorden van de geïnterviewde personen zal er door de interviewer doorgevraagd worden. Het interview zal plaats vinden in een van de gespreksruimtes van de FPA en zal vermoedelijk dertig minuten duren. Er zal aan de geïnterviewde zorgverleners worden meegedeeld dat alle gegeven antwoorden anoniem verwerkt zullen worden.

3.3.3 Spiegelbijeenkomsten

In de gezondheidszorg zijn spiegelbijeenkomsten ontwikkeld die gebruikt worden als een evaluatie instrument, waarbij patiënten hun ervaringen met de zorg kenbaar maken onder leiding van een onafhankelijke, speciaal hiervoor getrainde gespreksleider.

De spiegelbijeenkomst wordt gehouden in de vorm van een kringgesprek; de patiënten staan centraal en de zorgverleners zijn aanwezig op de achtergrond. Zij dienen alleen maar aan te horen wat de patiënten te zeggen hebben over hoe zij de zorg, behandeling en service ervaren. De zorgverleners mogen niet direct reageren op de ervaringen van de patiënten. Het is de bedoeling dat de zorgverleners van de gedeelde ervaringen en de feedback van de patiënten leren. Tevens kunnen zij tips van de patiënten ter harte nemen. De zorgverleners worden tijdens deze bijeenkomsten als het ware een spiegel voorgehouden ten aanzien van de door hen verleende zorg.

De FPA heeft twee spiegelbijeenkomsten gehouden, de eerste op 20 september 2011 en de tweede op 4 oktober 2011. Tijdens de gehouden spiegelbijeenkomsten vertelden patiënten over hun positieve en negatieve ervaringen met de verleende zorg op de FPA. De ervaringen van de patiënten van de FPA die te maken hebben met het onderwerp Gastvrije Zorg of de methode hierachter wil ik gebruiken om de door mij gestelde deelvragen te beantwoorden. Hopelijk dat deze weerspiegeling van de zorg op de FPA gedeeltelijk kan bijdragen aan het beantwoorden van de geformuleerde hoofdvraag en de deelvragen.

3.3.4 Cliëntenraad

Naast de interviews wordt onderzoek van de cliëntenraad gebruikt om de volgende vier deelvragen vanuit een ander oogpunt, de patiënt, te beantwoorden: “Hoe wordt de methode van Gastvrije Zorg door de medewerkers op de FPA toegepast?”, “Hoe staan medewerkers van de FPA tegenover Gastvrije Zorg en de methode die hierbij hoort?”, “Met welke vormen van dwang- en drangmiddelen hebben medewerkers van de FPA te maken tijdens hun werkzaamheden?” en “Welke factoren belemmeren/bevorderen de toepassing van Gastvrije

Zorg door de medewerkers aan patiënten op de FPA?”. Het onderzoek dat hiervoor gebruikt wordt is de GGZ thermometer.

De GGZ thermometer is een van de methodes die de Parnassia Bavo Groep gebruikt om onderzoek te doen naar hoe patiënten de geboden zorg waarderen. De uitslagen van deze thermometer presenteert de cliëntenraad jaarlijks in een eindrapport. De GGZ thermometer is ontwikkeld door het Trimbos-instituut. De huidige versie is in 2003 ontwikkeld. Er is een volwassen versie en een die gebruikt wordt bij de jeugd (Brouwer & Delnoij, 2004). In dit onderzoek zal gebruik gemaakt worden van de uitkomsten van de GGZ-thermometer 2011.

3.4 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van dit onderzoek, dat wil zeggen dat de resultaten niet gebaseerd zijn op basis van toeval, wordt gewaarborgd door de volgende punten: het gebruiken van semi-gestructureerde interviews, het opnemen van de interviews, er zijn verschillende mensen geïnterviewd, er is toestemming gevraagd voor de deelname en om het interview op te nemen, de interviews zijn anoniem en er is gezocht naar gemotiveerde deelnemers.

Er is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews waardoor alle geïnterviewden dezelfde hoofdvragen gesteld kregen. Door alle zorgverleners dezelfde hoofdvragen te stellen en zo min mogelijk van deze vraag af te wijken verklein je de kans van het toeval. Tevens is er nagedacht over de duidelijkheid van alle gestelde vragen om ook door middel hiervan de kans op toeval te verkleinen. Het moet namelijk niet zo zijn dat een geïnterviewde persoon een toevallig antwoord geeft omdat hij de vraag niet begrijpt.

Een andere manier waarmee getracht is de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is door het interview op te nemen en de resultaten te verwerken door middel van het uittypen van de interviews in manuscripten. Door alle verhalen uit te typen en dit te gebruiken als handvat voor de resultaten van de interviews, verklein je de kans dat zaken verdwijnen uit het onderzoek. Wat op haar beurt weer de kans op toevallige resultaten doet afnemen.

Het feit dat er diverse soorten zorgverleners zijn geïnterviewd, verhoogt ook de kans dat er niet toevallig alleen maar vanuit één kant over Gastvrije Zorg gesproken wordt. Er komen zowel voor- als tegenstanders van Gastvrije Zorg aan bod. Er is daarnaast bewust geselecteerd op functie, leeftijd, de tijd in dienst bij de FPA en sekse van de zorgverleners. Dit alles verkleint de kans op toevallige antwoorden.

Het feit dat er toestemming is gevraagd aan de geïnterviewden om deel te nemen aan het onderzoek en de garantie dat de resultaten anoniem verwerkt worden, verhoogt tevens de kans op betrouwbare antwoorden. Door deze twee maatregelen zijn de geïnterviewden eerder geneigd om antwoord te geven op de vraag in plaats van dat ze sociaal wenselijke antwoorden geven. De geïnterviewden geven betrouwbare antwoorden omdat zij geïnteresseerd zijn om deel te nemen en te helpen aan een beter inzicht te geven in de Gastvrije Zorg en ze hoeven door de anonimiteit niet bang te zijn dat ze gestraft kunnen worden voor hun eerlijke antwoorden. Er is daarom bewust gekozen om zorgverleners niet te pushen om deel te nemen aan het onderzoek, wanneer zij laten merken niet gemotiveerd te zijn. Daarnaast werd elke deelnemer aan het onderzoek nadrukkelijk verteld, dat zij ieder moment aan konden geven als zij wilden stoppen met het onderzoek zonder gevolgen voor hen, wat ook de kans op sociaal wenselijke antwoorden doet verkleinen.

3.5 Validiteit

Dat er in het onderzoek inderdaad gemeten wordt hoe de methode Gastvrije Zorg binnen de FPA zo optimaal mogelijk kan worden toegepast en niet iets anders, de validiteit, wordt gewaarborgd door: het gebruiken van een semi-gestructureerd interview, de verschillende visies van de geïnterviewden en door het gebruik van triangulatie.

De hoofdthema's die gesteld worden tijdens het gestructureerde onderdeel van het semi-gestructureerde interview zijn van te voren bedacht en sluiten perfect aan bij de onderzoeksvraag. Hiermee wordt gewaarborgd dat hetgeen dat je wilt meten ook daadwerkelijk gemeten wordt.

Het feit dat in het onderzoek zowel voorstanders als tegenstanders van Gastvrije Zorg en zorgverleners met verschillende functies worden geïnterviewd, waarbij tevens rekening is gehouden met het aantal jaren in dienst en de sekse van de geïnterviewden, verhoogt de kans dat er reëel beeld geschetst wordt van de Gastvrije Zorg op de FPA. Wat de validiteit van het onderzoek verhoogt.

Het feit dat er in dit onderzoek gebruik gemaakt wordt van meerdere onafhankelijke onderzoeksvormen (informatiebronnen, interviews, resultaten van de spiegelbijeenkomst en de uitkomst van de GGZ-thermometer), ook wel triangulatie genoemd, maakt dat de validiteit van dit onderzoek verhoogd wordt.

4 Analyse

In dit hoofdstuk zal afzonderlijk ingegaan worden op de resultaten van de toegepaste onderzoeksmethoden. Allereerst worden de resultaten van de informatiebronnen weergegeven. Hierin is te zien wat de FPA de afgelopen jaren gedaan heeft op het gebied van Gastvrije Zorg; dit heeft betrekking op de eerste deelvraag "Wat houdt de methode van Gastvrije Zorg binnen de Parnassia Bavo Groep in?". Vervolgens worden de resultaten van de interviews beschreven per gestelde vraag. Dit is een onderdeel van de analyse van de deelvragen twee, drie, vier en vijf. Vervolgens worden de resultaten van de spiegelbijeenkomsten gegeven; dit is tevens een onderdeel van de analyse van deelvragen twee, drie, vier en vijf. Het hoofdstuk eindigt met het laatste gedeelte van de analyse van deze deelvragen en dat wordt gedaan aan de hand van de resultaten van de GGZ-thermometer.

4.1 Informatiebronnen

Hieronder volgt een weergave van de resultaten die gevonden zijn op: het Internet, het Intranet van Palier, het Intranet van de Parnassia Bavo Groep, de K-schijf van Palier en de U-schijf van Palier.

Uit de informatiebronnen kwam naar voren dat de FPA een deelnemer is aan het project Gastvrije Zorg vanaf het begin in 2006 (ZM magazine, 2008). Naar aanleiding van dit project zijn er een aantal veranderingen doorgevoerd op de FPA. De bejegening is verbeterd door meer aandacht te hebben voor de communicatie naar patiënten toe; vov'ers worden gemotiveerd om meer op de groep aanwezig te zijn; de intake procedure is veranderd, patiënten krijgen eerst een moment om te acclimatiseren alvorens zij een intake gesprek krijgen; waar mogelijk wordt een voorschot op de uitkering vanuit het Materieel Juridische Dienstverlening (MJD) gegeven aan patiënten die hier nog geen beschikking over hebben; vov'ers geven uitleg waarom iemand moet wachten en bieden hem of haar wat te drinken aan (Kroon, 2010 en Palier, 2007). De FPA is cliëntgericht gaan werken door na te gaan hoe patiënten aangesproken wensen te worden (met achter- of voornaam) (Palier, 2007). Een ander punt is de focus op een open en gastvrije uitstraling. Dit is gerealiseerd door: de verpleegpost deur waar mogelijk open te houden, zodat patiënten vov'ers makkelijker kunnen bereiken; de afdeling en de units gezelliger te maken, door een huiselijke inrichting, nieuwe verf op de muur en de deurbel hoorbaar te laten zijn op de afdelingen, zodat patiënten horen wanneer er bezoek is; door behandelaars aan units te koppelen, zodat er meer duidelijkheid voor de patiënten ontstaat; er is een zitplek geregeld in de aankomsthal, zodat bezoek comfortabel kan wachten wanneer zij te vroeg zijn voor een afspraak op de FPA; vov'ers eten mee tijdens de door patiënten zelf gekookte maaltijden (Palier, 2007). Daarnaast werd, om de

herkenbaarheid te vergroten, het dragen van herkenbare kleding en naambordjes geïntroduceerd op de FPA als onderdeel van de Gastvrije Zorg (Palier, 2007).

In 2008 is de FPA bezig geweest om de Gastvrije Zorg nog verder te verbeteren. Er is getracht meer bewustwording in de samenhang en samenwerking met de patiënten te bewerkstelligen; de bejegening naar patiënten te verbeteren; medewerkers een pro actieve houding te laten aannemen in het maken alsmede het onderhouden van contact met patiënten; er is een ambassadeur Gastvrije Zorg aangesteld voor de FPA (FPA, 2008). Tevens heeft het AMT getracht de cultuur binnen de afdeling te veranderen. Het veranderen van de cultuur binnen de afdeling had als doel om de motivatie van de medewerkers te verhogen en elkaar in te zetten daar waar wij kracht voor hebben. Hiermee hoopte het AMT het plezier terug te brengen op de werkvloer. Als inspiratiebron om dit te realiseren is gebruik gemaakt van de FISH filosofie (Westland & Geleynse, 2008). Deze filosofie heeft MUIS tot stand gebracht, waarbij MUIS staat voor: Meedoen, Uitstraling, Iedereen blij, en Spelen. “Mee doen” houdt in dat vov’ers dagelijks actief patiënten opzoeken en contact onderhouden, in de vorm van informele gesprekken en het groeten van patiënten voor en na de dienst. Onder “Uitstraling” bedoelt het AMT dat vov’ers energie, zin, openheid naar patiënten toe uitdragen. “Iedereen blij” geeft weer dat vov’ers afspraken dienen na te komen, zaken moeten delen met patiënten die een positief karakter hebben en patiënten moeten aanmoedigen om een positieve kijk te krijgen. Onder “Spelen” wordt verstaan dat vov’ers waar mogelijk ook tijd ontspannen, luchtig en grappig moeten doorbrengen. Het is goed om de serieuze momenten af te wisselen met speelmomenten.

De FPA heeft in 2011 als onderdeel van de Gastvrije Zorg de "Separeer nieuwe stijl" in gebruik genomen. Ook dit heeft bijgedragen aan de toename van de Gastvrije Zorg op de FPA, aangezien deze separeer uitgaat van het principe van de ‘Healing Environment’. Een gedachte die uitgaat van de behoefte van de patiënt om zelf een gedeelte van de eigen regie te behouden in een “prettige” omgeving. Jarenlang ging men ervan uit dat een prikkelarme, kale omgeving het beste is voor een patiënt in crisis. Onderzoek naar de ervaringen van patiënten die gesepareerd waren gaven aan, dat patiënten het heel erg vonden dat ze geheel afhankelijk waren van vov’ers en niets zelf konden bepalen; daarnaast meldden zij zich stierlijk te vervelen (Informatie Zuil, 2011). Op dit moment wordt er onderzoek door de Parnassia Bavo Groep gedaan naar de effecten van "Separeer nieuwe stijl".

Al deze verbeteringen hebben er toe geleidt dat op 25 november 2011 de FPA zelfs de prijs won voor meest Gastvrije Zorg afdeling van Palier, dit terwijl de FPA tot kort ervoor nog door de cliëntenraad werd gezien als zorgenkindje van Palier ten aanzien van het verlenen van Gastvrije Zorg (Intranet, 2011).

4.2 Uitkomsten uit de afgenomen interviews

4.2.1 Ben je bekend met begrip Gastvrije Zorg en zo ja wat verstaat je er onder?

Alle geïnterviewden geven aan bekend te zijn met het begrip Gastvrije Zorg. Een geïnterviewde gaf aan niet concreet te weten wat er onder Gastvrije Zorg verstaan dient te worden en er werd gemeld door een persoon dat zij pas bij de FPA voor het eerst gehoord heeft van het begrip Gastvrije Zorg. De uitleg die gegeven werd over wat er verstaan wordt onder het begrip Gastvrije Zorg kwam goed overeen met hetgeen dat de FPA/Palier er onder verstaat. Uit de antwoorden van de geïnterviewden werd duidelijk dat zeven geïnterviewden genoeg op de hoogte waren van het begrip Gastvrije Zorg om het te omschrijven, een geïnterviewde wist Gastvrije Zorg wel te omschrijven, maar wist maar een gedeelte te benoemen van het gehele aspect van Gastvrije Zorg. Het management, de behandelaar en de sleutelinformant wisten ook veel over het ontstaan van Gastvrije Zorg te vertellen.

Gastvrije Zorg werd onder andere omschreven als: mensen gastvrij behandelen en benaderen; mensen zich thuis laten voelen; extra cliëntgerichte zorg boven de reguliere zorg, waarbij het bieden van huiselijke extra's bijdraagt aan het algemene welzijn; mensen het gevoel van thuis geven. De geïnterviewden omschreven Gastvrije Zorg in verschillende kernwoorden. Al kwam de strekking van deze kernwoorden van de geïnterviewden wel degelijk overeen. De kernwoorden hebben te maken met hoe je patiënten als vov'er dient te bejegenen bij Gastvrije Zorg, een geïnterviewde noemde dit als kernwoord. Dit dient op een respectvolle, open, vriendelijke, warme en hartelijke manier te gebeuren aldus de geïnterviewden. Het begrip gastvrijheid speelt hierbij een belangrijke rol, aldus de geïnterviewden. Ook de sfeer op de afdeling werd genoemd door een geïnterviewde. Patiënten moeten zich er welkom, thuis, comfortabel, prettig en veilig voelen. Een aantal kernwoorden werd door meerdere geïnterviewden genoemd: respect (door drie) zich welkom voelen (door drie), gastvrijheid (door twee), thuis (door twee) en prettig laten voelen (door twee).

De volgende zaken werden genoemd als voorbeelden van Gastvrije Zorg: accurate informatie geven (gevraagd en ongevraagd); afspraken maken en nakomen; begeleiding bieden; behandelen; bereikbaar zijn voor patiënten; ervaringsdeskundigheid; extra moeite doen; feedback vragen; gastvrijheid; goede bejegening geven; goede sfeer creëren; goed eten; goed meubilair; inlevend vermogen; inrichting afdeling; interesse tonen; interculturalisatie; koken met en voor patiënten; kwetsbaar op durven stellen; leveren van middelen (condooms, oordopjes en wasartikelen); modules geven (Lieberman, "Health for you"); nagaan wat iemand wil; nazorg bieden; organiseren van activiteiten (familieavonden, thema- en feestdagen); op de groep staan; rekening houden met; respectvolle benadering; een schouderklopje geven; steunen; thuis laten voelen; uitleg geven; voorlichting geven; vrijwilligheid; welkom gevoel geven; zelf ontplooiing.

4.2.2 Indien je op zoek bent naar informatie over Gastvrije Zorg waar en bij wie zou je dat zoeken?

Alle geïnterviewden wisten effectieve manieren op te noemen om aan informatie over Gastvrije Zorg te komen. Door het aan de ambassadeur, de werkgroepleden, de manager, de kwaco of flexers te vragen, die op afdelingen gewerkt hebben waar veel Gastvrije Zorg wordt toegepast (Wonen). Het op te zoeken in het kwaliteitsstelsel, het intranet en het internet. Twee van de acht geïnterviewden benoemden in hun antwoord de ambassadeur van de Gastvrije Zorg op de FPA. De vov'ers benoemden in hun antwoorden niet de werkgroep Gastvrije Zorg als informatiepunt.

4.2.3 Hoe belangrijk vind jij Gastvrije Zorg en hoe belangrijk denk je dat de gemiddelde collega op de FPA Gastvrije Zorg vindt?

Zeven geïnterviewden gaven aan Gastvrije Zorg erg belangrijk te vinden. Volgens een geïnterviewde is Gastvrije Zorg zelfs hetgeen dat het verschil gaat maken in een goed of slecht functionerende FPA. Een andere geïnterviewde meldde per dienst tijd vrij te maken om Gastvrije Zorg te verlenen; hiermee kan je patiënten overtuigen van het gemeenschappelijke doel dat je samen hebt en dit zorgt ervoor dat je veel meer met een patiënt kan bereiken. Een geïnterviewde gaf aan het tot bepaalde hoogte belangrijk te vinden en dat je moet oppassen dat je niet doorslaat in Gastvrije Zorg. Uit de antwoorden werd duidelijk dat Gastvrije Zorg zich op een spanningsveld begeeft. In hoeverre kan en moet je het patiënten altijd naar de zin maken; je kan een patiënt niet altijd alles geven wat hij of zij wil. Een mooi voorbeeld is het feit dat we patiënten van veel verschillende soorten eten voorzien, ook extraatjes in de vorm van prik en chips. Dit sluit niet goed aan bij hetgeen dat we proberen te verkondigen in de module "Health for you", waarin we patiënten bewuster proberen te maken over eten.

Gastvrije Zorg gaat volgens de geïnterviewden goed samen met de andere doelen van de FPA (veiligheid, voorkomen van delictrecidive, enz.). Al werd er wel benadrukt door een behandelaar en het management dat dit nooit ten koste mag gaan van de veiligheid en de doelstelling op het verminderen van het risico op delictrecidive. Dit wil niet zeggen dat structuur en veiligheid niet op een gastvrije manier geboden kan worden. Wat tevens naar aanleiding van de antwoorden naar voren kwam is, dat Gastvrije Zorg door sommigen meer gezien wordt als een benaderingswijze en door anderen als een (groot) deel van het totaal pakket van de werkzaamheden van de zorgverleners op de FPA. Sommige geïnterviewden gingen zelfs verder en meenden dat Gastvrije Zorg een vereiste, een basisbeginsel is van waaruit men dient te werken. Gastvrije Zorg maakt dat je toekomt aan de andere taken, zij zien Gastvrije Zorg als een katalysator en peiler. Wanneer de FPA niet gastvrij is, dan ondermijnt dit de behandeldoelen, omdat er niet iets wordt opgebouwd met de patiënt. Een geïnterviewde benadrukte het belang van een goede communicatie naar patiënten toe om Gastvrije Zorg te verwezenlijken, in situaties waarin structuur en veiligheid geboden dient te worden aan patiënten.

De geïnterviewden gaven verschillend antwoord op de vraag hoe zij dachten dat collega's aankeken tegen Gastvrije Zorg. Vooral de twee vov'ers die "voorstanders" zijn van Gastvrije Zorg gaven aan, dat er grote verschillen zijn in de mate van belangrijkheid van Gastvrije Zorg onder de collega's. Zij schatten in dat er collega's zijn die (nog) geen voorstander zijn van Gastvrije Zorg. Een van de managers van de FPA brengt dit ook naar voren tijdens zijn interview. Mogelijke oorzaken die genoemd worden voor dit verschijnsel zijn het missen van vaardigheden en kennis, groepsdruk en de onwetendheid over de mogelijke resultaten die het leveren van Gastvrije Zorg aan patiënten kan opleveren. De manager voegde hieraan de verouderde, stijve opvatting over wat zorg is toe. Deze opvatting is gericht op regels, terwijl men juist moet leren om naar de geest van de regels te kijken, al is dit wel erg lastig. Het spelen met de regels dat hiervoor nodig is, is een kunst. De anderen schatten in dat de meeste zorgverleners bewust voorstander zijn van Gastvrije Zorg. Er zijn natuurlijk wel kleine verschillen. Zij beamen het nut ervan. Al wordt hier soms onbewust niet naar gehandeld. De sleutelinformant benadrukt dat de term Gastvrije Zorg zelf soms weerstand oproept; mensen zijn van nature geneigd om meer vanuit een beheersmatige manier te werken. Al laat hun gedrag dan nog wel vaak Gastvrije Zorg -acties zien. Waarschijnlijk komt dit door een tekort aan kennis over wat Gastvrije Zorg inhoudt. Een van de managers benoemt dat de creativiteit van een zorgverlener om invulling te geven aan Gastvrije Zorg hierbij een belangrijke rol speelt. De ene zorgverlener is hier beter in dan de ander. Maar deze variëteit is goed, want zo blijft Gastvrije Zorg een discussiepunt en wordt er kritisch gekeken naar het spanningsveld tussen gastvrijheid en alles toestaan. Hiermee voorkom je, dat de FPA alleen maar een hotel is en dat patiënten niet behandeld worden. Daarnaast benadrukt deze behandelaar dat je moet waken dat er niet een te groot verschil ontstaat tussen de zorg op de FPA en hetgeen dat de patiënt elders kan verwachten. De zorg moet wel representatief zijn voor hetgeen de patiënt later tegenkomt, bij een vervolgplek of in de samenleving. Een vov'er benoemde ditzelfde punt tijdens haar interview ten aanzien van het eten op de FPA. Een punt dat bij meerdere geïnterviewden naar voren kwam is, dat het belangrijk is om een balans te vinden tussen de taak van de forensische psychiatrie en de Gastvrije Zorg, het feit dat veel patiënten hier niet vrijwillig zijn speelt hierbij een belangrijke rol.

4.2.4 Noem voorbeelden van toepassing van Gastvrije Zorg die jij de afgelopen week gebruikt hebt tijdens je werk op de FPA?

Uit de antwoorden van de acht geïnterviewden blijkt dat zorgverleners zich vaak niet bewust zijn van hoeveel en wanneer zij Gastvrije Zorg verlenen. Ze moesten namelijk allemaal lang nadenken over wanneer zij zelf voor het laatst Gastvrije Zorg hadden verleend, terwijl zij er voor nog allemaal dagelijkse voorbeelden gaven van Gastvrije Zorg verlening. Eén vov'er benoemde in haar antwoord dat ze inderdaad dagelijks te maken heeft met Gastvrije Zorg.

Voorbeelden die genoemd werden waren: zorgen voor “up to date” informatie (folders); een open houding; ongevraagd familie van een cliënt van informatie voorzien wanneer je het idee hebt dat zij zich zorgen maken; zaken uitleggen aan patiënten, wat ik doe, waarom ik iets doe (het doel moet helder zijn); een belangstellende vraag stellen; het regelen van een maaltijd voor een nieuwe patiënt die aansluit bij zijn voedingswensen; patiënten een welkom gevoel geven; aandacht geven aan patiënten; een shagregeling bieden aan een patiënt, die nog geen mogelijkheid heeft gehad om rookwaar te kopen; verzorgingsproducten geven aan een nieuwe patiënt; het bieden van een tweede kussen zodat een patiënt beter kan slapen, wanneer deze voorhanden is; het geven van een schouderklopje aan patiënten; patiënten groeten; jezelf voorstellen aan patiënten; het management stuurt zorgverleners een kaartje wanneer zij jarig zijn; patiënten helpen met afvallen; de tijd nemen om uitleg te geven aan een mogelijk toekomstige patiënt en zijn familie; het binnen laten van patiënten die bij de deur staan te wachten; het bieden van een juiste bejegening; en het sturen van een e-mailtje met een idee voor een activiteit ten aanzien van het aankomende EK naar de AB.

4.2.5 Zijn er situaties waarin je bewust Gastvrije Zorg niet toepast en zo ja welke zijn dat?

In situaties waar gevaarcriteria aan de orde zijn heb je veelal te maken met de inzet van dwang- en drangmiddelen, met als meest extreme voorbeeld de inzet van separatie en dwangmedicatie. In deze gevallen komt Gastvrije Zorg op een lager pitje te staan, aldus de geïnterviewden. Het is niet dat er in deze situaties geen gebruik gemaakt wordt van Gastvrije Zorg; het is namelijk juist belangrijk om op zulke momenten de patiënt juist te bejegenen, goede afspraken te maken, de patiënt van informatie te voorzien. Maar het begrip separatie staat haaks op een term als gastvrijheid. Al heeft Gastvrije Zorg er wel aan bijgedragen dat zelfs een separatie aangenamer gemaakt kan worden; een voorbeeld hiervan is de nieuwe separeer. Er is dus een spanningsveld; Gastvrije Zorg betekent ook niet u vraagt wij draaien. Een taak van de FPA is ook om de patiënten op te voeden en hierbij is het belangrijk dat er ook zaken zijn die niet mogen. Er zijn wel degelijk grenzen. Een vov'er en de sleutelinformant voegen hieraan toe, dat zij naast het gevaar een inschatting maken of het op dat moment beter is voor de patiënt om hem/haar “minder” gastvrij aan te spreken. Er zijn namelijk situaties dat een patiënt hier helemaal geen baat bij heeft. Uitleg waarom er op dat moment zo gehandeld wordt is hierbij van cruciaal belang. Geef jezelf en de patiënt wel nieuwe kansen om Gastvrije Zorg te leveren in volgende ontmoetingen. Evalueer achteraf met de patiënt de situatie. Dit maakt de interactie tevens educatief voor de patiënt. Een andere vov'er benadrukte de verantwoordelijkheid die de FPA heeft ten aanzien van de maatschappij. Een vov'er vindt dat de FPA is doorgeslagen in het eten dat geleverd wordt aan de patiënten. Zij hebben te veel luxe. Een voorbeeld hiervan is dat ze uit drie soorten kaas kunnen kiezen. In haar ogen is dit niet representatief voor hetgeen mensen in de samenleving hebben. Ook vindt zij dat wij teveel energie steken in de feestdagen; zij zou graag zien dat dit geld in andere onderdelen van de Gastvrije Zorg gestoken wordt, in de behandeling of modules. Gastvrije Zorg is meer dan alleen maar monden vullen, aldus de vov'er.

4.2.6 Merk je verschil onder collega's bij de toepassing van Gastvrije Zorg? Beschrijf mogelijke verschillen. Heeft de unit waar een collega werkt hier invloed op? Zo ja, waar blijkt dit uit? Pas jij Gastvrije Zorg anders toe als je op andere units werkt?

Uit de antwoorden van de geïnterviewden blijkt dat voornamelijk de unit waar zorgverleners werken invloed heeft op de toepassing van de Gastvrije Zorg, al zijn er natuurlijk ook individuele verschillen in Gastvrije Zorg verlening naar patiënten toe. Gezegd is, dat het niet zo is dat het personeel van de verschillende units meer of minder gastvrij is. De setting van een unit maakt of er vaak of weinig Gastvrije Zorg wordt geleverd; units I, II en III hebben ten opzichte van units IV A en C een minder open karakter. Wat automatisch betekent dat units IV A en C meer Gastvrije Zorg leveren. Op deze units kunnen patiënten namelijk meer zelf bepalen en hebben ze meer inspraak. Daarnaast hebben units I en II heel veel afdelingsregels wat de Gastvrije Zorg ook beperkt. Mogelijk dat een aantal van deze regels afgeschaft zouden kunnen worden, zodat ook deze afdelingen meer Gastvrije Zorg kunnen leveren. Een aantal van de geïnterviewden benoemt dit. De sleutelpersoon geeft als tip, dat patiënten vaak zelf met realistische ideeën komen wanneer hen gevraagd wordt hoe een unit betere Gastvrije Zorg kan verlenen. De behandelaar benoemt dat werkdruk invloed heeft op de geleverde Gastvrije Zorg op een unit. Wanneer er een hoge werkdruk is, dan neemt de frustratie bij de zorgverleners toe. Ook kan er een gevoel ontstaan waarbij men het idee heeft onvoldoende gehoord en ondersteund te worden door het management. Dit kan ervoor zorgen dat er kortaf gereageerd wordt naar patiënten en dat patiënten moeten wachten.

Het management doet haar best om alle units meer vanuit Gastvrije Zorg oogpunt te laten werken. Dit is soms lastig omdat mensen Gastvrije Zorg wel of niet toepassen omdat dit bij hun past. Het is de truc om degenen die Gastvrije Zorg niet toepassen in te laten zien, dat het vanuit hun professionaliteit belangrijk is dat ze Gastvrije Zorg gaan verlenen. Zorgverleners moet gemotiveerd raken om bijvoorbeeld meer op de groep te zijn, dit kan niet opgedrongen worden.

4.2.7 In welke mate en wanneer wordt er door collega's en door jou gebruik gemaakt van dwang- en drangmiddelen op de FPA? Wordt dit middel pas laat of vaak al in een vroeg stadium ingezet? Maakt het nog uit op welke unit patiënten zitten?

Volgens de acht geïnterviewden wordt er opvallend minder gebruik gemaakt van dwang- en drangmiddelen dan een tijd terug. Dit is knap omdat de FPA te maken heeft met een lastige doelgroep. Een vov'er geeft bewustwording van de effecten van separatie door de vov'ers als oorzaak voor dit gegeven. Dit sluit aan bij een eigenschap waar de zorgverleners van de FPA volgens een geïnterviewde goed in zijn, namelijk praten met de patiënten. Een van de managers voegt hieraan toe, dat de cijfers over het aantal separaties de daling in separaties bevestigen. De nadruk ligt bij de FPA veel meer op het gebruik van alternatieven. Het streven is om separaties tot het minimum te beperken. Men moet niet angstig zijn dit middel te gebruiken, maar er dient te allen tijde nagedacht te worden hoe wij een patiënt weer uit de separeer kunnen krijgen. Een geïnterviewde noemt het gebruik van middelen en het onderling lenen van geld door patiënten als een oorzaak voor het ontstaan van conflicten. De manager zorg is bezig om beleid ten aanzien van dwang- en drangreductie te ontwikkelen.

Opvallend is dat zeven van de acht geïnterviewden in hun antwoord eerst alleen ingaan op ernstige vormen van dwang en drang, separatie. Zij geven aan dat er weinig gebruik gemaakt wordt van dwang- en drangmiddelen. Een vov'er zegt dat er wel degelijk veel gebruik gemaakt wordt van dwang- en drangmiddelen; het ontzeggen van zaken, het door zorgverleners appelleren op het uitstellend vermogen van patiënten en het intrekken van vrijheden zijn hier voorbeelden van.

4.2.8 Ben jij een voor- of tegenstander van het zo min mogelijk inzetten van dwang- en drangmiddelen? Beargumenteer je antwoord.

Er is een gedeelde mening van alle acht om dwang- en drangmiddelen waar mogelijk niet in te zetten. De focus ligt op zoveel mogelijk preventief werken. Voorkomen is beter dan genezen, aldus een van de managers. Een vov'er gaf als voorbeeld tijdens het interview dat in sommige gevallen het preventief kan werken wanneer de stress bij een patiënt toeneemt, om hem of haar vrijheden te laten opnemen. De manager zorg is aan het onderzoeken of de FPA het aantal afdelingsregels kan verminderen, om zo meer op basis van een volwassen relatie met patiënten om te gaan. Er wordt dan meer per individu gekeken naar zaken en regels; dit geeft waar mogelijk een patiënt meer ruimte en bevordert dus de Gastvrije Zorg. Uit de antwoorden van de geïnterviewden werd wel duidelijk, dat zorgverleners niet bang moeten zijn om dwang- en drangmiddelen in te zetten wanneer een situatie daarom vraagt. Grenzen dienen bewaakt te worden; de FPA heeft een verantwoordelijkheid naar de maatschappij. Al wordt de grens per moment en individu bekeken. De sleutelinformant benoemde hierbij een mogelijk verbeterpunt voor de FPA. Het meer gebruik maken van wet artikel 40 om individuele vormen van dwang te rapporteren. Soms is het goed iemand fouten te laten maken, bij de ander dient er meteen ingegrepen te worden. Het gevaarcriterium is een indicator wanneer dwang- en drangmiddelen wel ingezet dienen te worden; als een patiënt een gevaar is voor zichzelf en/of voor anderen. Hieronder vallen ook structurele verwaarlozing en teloorgang. Drie geïnterviewden benadrukten dat hierbij een wel overwogen inschatting gemaakt dient te worden, op basis van multifunctioneel overleg. Het ochtendrapport is hier een uitermate geschikt moment voor. Wanneer dwang- en drangmiddelen worden ingezet moeten zorgverleners niet vergeten om patiënten te informeren van hun klachtenrecht, aldus de sleutelinformant.

De twee vov'ers die geselecteerd waren omdat zij een voorstander zijn van Gastvrije Zorg gaven aan tegen het gebruik van dwang- en drangmiddelen te zijn. Alleen in het uiterste geval grijpen zij naar dit middel. Hierbij geven ze aan dat het belangrijk is om de samenwerking met patiënten op te zoeken. Een van de twee voegde hieraan toe, dat hij zich in kan denken dat je dit middel gebruikt wanneer er nog te weinig bekend is over de patiënt. Zodra er informatie is hoe om te gaan met de patiënt (diagnostische onderbouwing) dan dient een goede hulpverlener een ommezwaaai te durven maken en de marge aan te grijpen om een alternatief voor de separatie aan te bieden.

4.2.9 Welke factoren belemmeren en bevorderen Gastvrije Zorg op de FPA?

Er werden door de acht geïnterviewden een hele hoop zaken genoemd die de Gastvrije Zorg op de FPA bevorderen. Dit heeft er uiteindelijk toe geleid dat de FPA op 25 november 2011 de prijs won voor de meest Gastvrije Zorg-verlenende afdeling 2012 van Palier. Hieronder volgt een weergave van de genoemde punten.

Het punt dat door de meeste geïnterviewden genoemd werd als verbeterpunt was de cultuuromslag die de FPA gemaakt heeft. De FPA richt zich nu veel meer op de bejegening naar patiënten toe, er wordt gedacht vanuit het perspectief van de patiënt en onderleiding van de Manager Behandeling wordt er ingezet op het terugdringen van dwang en drang. Dit alles is een verbetering ten opzichte van vroeger. Vroeger dacht men: zo die patiënt hebben we mooi gesepareerd. Terwijl nu de gedachten is: zo die separatie hebben wij mooi weten te voorkomen. De voorbeeldfunctie van de Manager Behandeling heeft hier een bijdrage aan geleverd, maar ook een aantal vov'ers hebben als voorbeeld naar anderen een steentje bijgedragen. Deze voorbeelden dienen als reclame voor andere vov'ers om Gastvrije Zorg te gaan leveren.

Een tweede punt dat genoemd werd door een aantal geïnterviewden was de inrichting van de afdeling. Er is de afgelopen tijd veel energie en geld gestoken om de afdelingen een huiselijker karakter te geven. Laatst zijn de muren van de gang en rookruimtes nog geverfd; patiënten van de verschillende units konden hierbij mee bepalen welke kleur de muren werden.

Een ander punt dat door meerderen als verbeterpunt werd gezien is: de nieuwe maaltijdservice. Als alles volgens plan verloopt dan start in september 2012 een nieuwe leverancier met het voorzien van de Parnassia Bavo Groep van eten. Hierdoor is de verwachting dat de maaltijden op de FPA weer echt een feestje worden. Tevens is het de bedoeling dat personeel dan mee gaat eten, wat de sfeer tijdens de maaltijd ten goede komt. Doordat zorgverleners dan niet alleen maar aanwezig zijn om orde te handhaven maar onderdeel uitmaken van de groep. Er wordt namelijk samen gegeten. Naast de nieuwe maaltijdservice zullen de units ook voorzien worden van nieuw bestek.

Een volgend punt van verbetering is, dat er meer modules (bestedingsmodule, impulscontrole module en CTG) komen op de FPA, wat de behandeling van de patiënten verbetert.

Ook de separeer nieuwe stijl is een voorbeeld van zaken die de Gastvrije Zorg verbetert op de FPA. In de separeer nieuwe stijl hebben patiënten een klein beetje autonomie en dit draagt bij aan de Gastvrije Zorg op de FPA.

Een ander punt is dat er binnen het bedrijf nagedacht wordt over interculturalisatie. Dit is van groot belang, omdat de populatie van de FPA bestaat uit patiënten met een diverse culturele achtergrond. Meer kennis over een cultuur zorgt voor inlevend vermogen wat de Gastvrije Zorg ten goede komt.

De laatste punten die genoemd werden door de geïnterviewden hebben meer betrekking op hoe het personeel van de FPA mogelijkheden geboden wordt door het management, wat ertoe kan leiden dat het personeel beter in zijn vel zit. Dit kan ertoe bijdragen dat vov'ers meer Gastvrije Zorg bieden aan de patiënten. Stimuleren en het bieden van mogelijkheden aan de zorgverleners om zich verder te ontwikkelen, is hier een voorbeeld van. Het andere voorbeeld is dat op de verjaardag van een zorgverlener de Manager Bedrijfsvoering een kaartje stuurt om diegene te feliciteren.

Naast de hierboven genoemde bevorderende punten zijn er ook zaken die Gastvrije Zorg juist belemmeren. Nu volgt er een overzicht van de genoemde punten door de acht geïnterviewden die Gastvrije Zorg in de weg staan.

Het forensisch kader van de FPA kan een belemmerende factor zijn voor Gastvrije Zorg, aldus de behandelaar. De afdeling heeft duidelijke grenzen die de Gastvrije Zorg beperken. Een voorbeeld hiervan is de beperking in de vrijheden van de patiënten.

Tevens is het pand zelf een belemmerende factor. Het onbreekt aan de juiste AB-ruimtes. Deze zijn er wel maar zijn te klein om grote groepen te huisvesten, waardoor het onmogelijk wordt om alle patiënten van een goede dagbesteding te voorzien. Tevens heeft de tuin van unit II geen open uitzicht.

Een andere belemmerende factor is de “laissez faire” cultuur die door een geïnterviewde werd genoemd. Iedereen ziet maar hoe hij of zij werkt. Dit sluit aan bij wat door anderen werd verteld tijdens de interviews dat er op de FPA nog te weinig onderling over Gastvrije Zorg wordt gesproken. Hierdoor is men nog van te weinig zaken op de hoogte. Dit wordt versterkt doordat zorgverleners elkaar nog te weinig aanspreken op hun professionaliteit. Mogelijk dat vov'ers elkaar weinig aanspreken, omdat zij nog niet voldoende beschikken over de kwaliteit om elkaar van goede negatieve feedback te voorzien. Het is dus belangrijk dat Gastvrije Zorg aandacht krijgt en dat er onderling over wordt

gecommuniceerd, omdat er anders een houding kan ontstaan waarbij zorgverleners gaan denken, het maakt toch niet uit of ik Gastvrije Zorg wel of niet lever. Het wordt immers toch niet opgemerkt wanneer Gastvrije Zorg wordt toegepast. Bij de invoering van Gastvrije Zorg had het onderwerp veel aandacht, het is belangrijk om deze focus niet af te laten zakken.

Een andere belemmerende factor die wordt genoemd door geïnterviewden is, dat sommige medewerkers op de FPA Gastvrije Zorg nog niet hoog in het vaandel dragen. Verklaringen hiervoor zijn dat een gedeelte van de zorgverleners niet op de hoogte is van de meerwaarde van het leveren van Gastvrije Zorg. Deze zorgverleners hebben zich nog niet verdiept in Gastvrije Zorg. De sleutelinformant benoemde dat het informatiesysteem overvol is; dit maakt het lastiger voor bereidwillige zorgverleners om de juiste informatie te vinden. De zorgverleners missen dus kennis omtrent het onderwerp Gastvrije Zorg en de voordelen van het hanteren van deze benaderingswijze. Een ander klein gedeelte van de zorgverleners is volgens de acht geïnterviewden tegen Gastvrije Zorg. Bij hen past Gastvrije Zorg niet bij hun manier van werken. Deze beide redenen kunnen ervoor zorgen dat er te weinig respect getoond, ingeleefd en rekening gehouden wordt met de patiënten op de FPA.

Daarnaast zijn er nog steeds vov'ers die te veel in de verpleegpost zitten in plaats van dat ze op de groep te vinden zijn. Wanneer men veel op de groep zit wordt er meer Gastvrije Zorg geleverd, op dat moment maak je namelijk meer deel uit van de groep.

Ook de financiële situatie door de crisis belemmert de Gastvrije Zorg, omdat het ervoor gezorgd heeft dat de personeelsbezetting op de FPA lager is. Wat weer invloed heeft op de frustratie, werkdruk en desinteresse, wat op haar beurt als belemmerende factor werkt voor de Gastvrije Zorg. Op een onbewust niveau kan dit zelfs leiden tot een stukje opstandigheid, recalcitrantie richting patiënten, collega's en/of leidinggevenden. Wanneer men het idee heeft onvoldoende gehoord te worden of zich onvoldoende gesteund voelt door de leidinggevende, dan kan dit ervoor zorgen dat er een houding ontstaat van "laat ze maar lekker het heen en weer krijgen en ik loop geen extra stapje meer"; dit is schadelijk voor de Gastvrije Zorg.

Een vov'er noemde de focus bij de FPA op het leveren van voedingsmiddelen als belemmerende factor voor Gastvrije Zorg in het algemeen. Door op één zaak te focussen is er minder geld voorhanden voor andere onderdelen van de Gastvrije Zorg en worden deze dus te weinig verwezenlijkt. Volgens deze vov'er zijn wij doorgeslagen in het voeden van monden en gaan wij te veel in op de grijpcultuur van de patiënten. De patiënten hebben op dit moment keuze uit drie soorten kaas en krijgen continu (vaak ook ongezonde) extraatjes. Wat op haar beurt tegen de "Health for you" module ingaat en tevens de somatiek van patiënten kan verslechteren.

Een ander genoemd punt is het ontbreken van een duidelijke taakhoud bij sommige vov'ers. Zij zien bepaalde zaken niet als hun verantwoordelijkheid. Een voorbeeld hiervan is het lopen op de deurbel, waardoor patiënten en bezoek soms erg lang voor de deur moeten wachten. Dit is niet goed voor de Gastvrije Zorg. Een ander voorbeeld dat in het verleden speelde was het schoonmaken van de separeer. Nu zien vov'ers het als een gedeelte van hun takenpakket om de separeers schoon te maken nadat een patiënt eruit komt; in het verleden weigerden sommige vov'ers dit te doen, aldus een geïnterviewde vov'er.

Als laatste werd het soms ontbreken van begeleiding, leiding en controle genoemd vanuit het management als belemmerende factor voor de Gastvrije Zorg. Dit kan er namelijk toe leiden dat er zorgverleners zijn die afspraken omtrent Gastvrije Zorg niet nakomen.

Naast de bevorderende en belemmerende factoren werden er ook verbeterpunten genoemd door de geïnterviewden. De verbeterpunten zijn als volgt.

Een verbeterpunt dat genoemd werd is het realiseren van een cultuuromslag op de FPA, waarbij de focus komt te liggen op hoe de patiënt zaken het liefst zou willen hebben in plaats van het beslissen voor een patiënt. Vraag zaken na bij patiënten; hiermee is een enorme stijging in Gastvrije Zorg te realiseren. Tevens is gebleken dat de eerste vijf minuten van een opname en dienst voor een patiënt cruciaal zijn, hoe zij bejegend worden. Dit is een van de landelijke interventies om de inzet van dwang- en drangmiddelen terug te dringen. De Manager Zorg zet zich in om dit binnen de FPA te interplementeren.

Daarnaast werd door de Manager Bedrijfsvoering het meer inzetten van familie en signaleringsplannen geopperd. Er wordt nu wel contact gezocht met familie, maar familie directer inzetten tijdens de behandeling is misschien een punt voor de toekomst. Dit is dan automatisch een verbeterpunt ten aanzien van Gastvrije Zorg. Een voorbeeld hiervan is waar mogelijk familie te laten ondersteunen tijdens een moment van crisis; in sommige gevallen is gebleken dat familie een veel betere ingang bij een patiënt heeft dan vov'ers. Dit is op zich niet vreemd, aangezien het bekenden zijn van de patiënt. Ook wordt er gekeken naar de mogelijkheid om een familiekamer te creëren op de FPA, zodat familie zich samen met de patiënt kan terugtrekken. Dit zou een grote bijdrage kunnen betekenen in het gastvrijer maken van de FPA. Patiënten verblijven vaak maanden op de FPA en hebben hier weinig privé momenten met hun familie. Het meer gebruik maken van signaleringsplannen is een ander verbeterpunt dat direct invloed heeft op het terugdringen van dwang- en drangmiddelen. Aangezien signaleringsplannen ontworpen zijn om crisissignalen bij patiënten te herkennen en indien nodig een interventie toe te passen, zodat een crisis voorkomen kan worden. Op dit moment wordt er op de FPA nog niet optimaal gebruik gemaakt van de signaleringsplannen; wanneer dit beter wordt gehanteerd tijdens de behandeling zal de Gastvrije Zorg toenemen.

Gastvrije Zorg dient meer een agendapunt te worden, zodat er vaker over dit onderwerp met elkaar wordt gesproken. Communicatie draagt bij aan de bewustwording door zorgverleners van Gastvrije Zorg. De bewustwording geeft kennis en inzicht in Gastvrije Zorg, wat er waarschijnlijk toe leidt dat meer zorgverleners Gastvrije Zorg gaan leveren, omdat ze weten wat het nut is van Gastvrije Zorg. Tevens zorgt bewustwording ervoor, dat het makkelijker wordt om als zorgverleners elkaar aan te spreken op Gastvrije Zorg-verlening en dit komt de professionaliteit, die eerder genoemd werd, ten goede. Dit effect zou versterkt worden wanneer zorgverleners op de FPA een training/cursus zouden krijgen in het op de goede manier verlenen van feedback.

Nog een verbeterpunt dat door een van de acht werd genoemd was om zorgverleners die Gastvrije Zorg goed toepassen op te hemelen. Zet ze in het zonnetje. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden door een stukje te plaatsen in de nieuwsbrief, aangezien gebleken is dat de nieuwsbrief goed gelezen wordt door de zorgverleners van de FPA. Door aandacht te besteden aan de goede prestaties voelen de zorgverleners zich gewaardeerd en zullen zij beter gemotiveerd zijn om Gastvrije Zorg te verlenen. Ook zien minder gemotiveerde vov'ers dat het een belangrijk onderdeel is van het takenpakket van een hulpverlener en hierdoor voelen zij zich eerder geneigd om wel Gastvrije Zorg te gaan leveren. Hiermee veroorzaakt je tevens een boost qua Gastvrije Zorg cultuurbewaking; dit zorgt ervoor dat nieuwkomers ook geneigd zijn om Gastvrije Zorg hoog in het vaandel te houden.

Een ander punt is helderheid. Maak duidelijke afspraken met elkaar als zorgverleners en kom deze na. Een voorbeeld hiervan is wie loopt er wanneer op de voordeur en wat doe je wanneer dit niet gaat. Hiermee voorkom je frustratie bij de zorgverleners wat de nodige gevolgen kan hebben voor de Gastvrije Zorg.

4.3 Uitkomsten spiegelbijeenkomsten

Tijdens de eerste spiegelbijeenkomst op 20 september 2011 gaven de patiënten meerdere onderwerpen aan die te maken hebben met Gastvrije Zorg. Hieronder worden de punten die zij naar voren brachten weergegeven.

Meerdere patiënten gaven aan dat zij het erg belangrijk vinden om goed begrepen te worden. Dit is een belangrijke factor voor patiënten omdat zij zich hierdoor prettig voelen. Daarnaast werd aangegeven dat interactie tussen patiënten en medewerkers van groot belang is om beter contact met en begrip voor elkaar te hebben. Zij deden de suggestie om steekproefsgewijs tijdens sommige dagafsluitingen de dag te evalueren met als onderwerpen: “hoe vinden jullie dat wij vandaag hebben gewerkt en hoe was de onderlinge relatie met elkaar”. Tevens werd benadrukt dat conversatie tijdens de maaltijden met mee-etend personeel als bevorderlijk werd ervaren. De patiënten gaven ook feedback naar de AB, namelijk dat er meer variëteit moet komen in het AB aanbod. Verder zouden de patiënten graag zien dat het MJD meer aandacht heeft voor de patiënten, laagdrempeliger is qua bereikbaarheid, meer uitleg geeft over langslpende processen en diverse procedures die doorlopen moeten worden.

Wat opviel tijdens de bijeenkomst was dat zorgverleners en patiënten qua gedachtegang niet zo veel van elkaar verschillen. Beide groepen maakten een aantal keer de opmerking, “het zijn net mensen” over de andere groep. Tevens bleek dat ze beiden een behoefte hebben om begrepen te worden door de ander. Patiënten willen dit omdat zij zich hierdoor prettiger voelen, zorgverleners omdat zij dan optimale zorg kunnen verlenen. Daarnaast bleek dat het AB-team zich bevestigd voelde in het verzoek van de patiënten; ook zij vinden het aanbod beperkt. Om de uitbreiding te realiseren vraagt het AB-team om meer ondersteuning van het Management.

Hieronder volgen de resultaten van de tweede spiegelbijeenkomst die te maken hebben met Gastvrije Zorg. Deze bijeenkomst werd gehouden op 4 oktober 2011. Ook tijdens de tweede spiegelbijeenkomst kwamen relevante onderwerpen naar voren.

Patiënten gaven aan een luisterend oor te willen. In de bejegening wordt het op prijs gesteld wanneer patiënten bij de voornaam worden genoemd, dit brengt een herkenninggevoel teweeg. Daarnaast werd de voorkeur uitgesproken voor één op één bejegening bij het toespreken in plaats van groepsgewijs; onderscheid maken per individu is belangrijk. Een ander punt dat naar voren kwam is, dat patiënten die veel de fout in gaan ook behoefte hebben om professioneel behandeld te worden door zorgverleners. Een positief feedbackpunt dat gegeven werd is dat de FPA zorg levert, die als persoonlijker en opener wordt ervaren dan detentie. Zij geven detentie weer als een plek met veel regelgeving, wat als traumatisch wordt ervaren. Tijdens de tweede spiegelbijeenkomst gaven patiënten wederom aan dat er meer diversiteit dient te komen in het activiteiten aanbod.

4.4 Uitkomsten GGZ-thermometer 2011

Hieronder volgt een weergave van de scores uit 2011 van de FPA uit de GGZ-thermometer, voor verdere informatie zie bijlage 4. Er zal ingegaan worden op de items waar de FPA hoog op scoort en op de items waar de FPA heel laag op scoort.

Uit de GGZ-thermometer blijkt dat de FPA heel laag scoort (onder de 50%) op de volgende items: genoeg informatie gekregen over de manier van behandelen; bent u tevreden over de uitvoering van het behandelplan; kunt u door de behandeling beter/makkelijker de dingen doen die u belangrijk vindt; zou u iemand anders aanraden hulp te vragen bij het zorgbedrijf; ik ervaar optimisme tijdens mijn behandeling. De laagste score, 38, werd behaaldt op het item “het ervaren van optimisme tijdens mijn behandeling”.

Lage scores (tussen de 51 en 65%) behaalde de FPA op de items: genoeg informatie gekregen over mogelijkheden Palier om u te helpen; genoeg informatie gekregen over de resultaten die men wil bereiken met de behandeling; kunt u meebeslissen over uw behandeling; is de behandeling de goede aanpak voor uw problemen en klachten; heeft u door de behandeling meer greep op uw problemen; bent u door de behandeling vooruit gegaan.

De FPA scoorde goed (boven de 65%) op de volgende items van de GGZ-thermometer: is er een behandelplan gemaakt; heeft u toestemming gegeven voor het behandelplan; vindt u de behandelaar deskundig; kunt u de hulpverlener vertrouwen; toont de hulpverlener u respect; is de behandelaar geïnteresseerd in uw mening; heeft de behandelaar genoeg tijd; ik ervaar deskundigheid tijdens mijn behandeling; ik ervaar respect tijdens mijn behandeling. “Toont de hulpverlener u respect” scoorde als item het hoogst.

De FPA behaalde het algemene rapportcijfer 6.7. Voor de huisvesting kreeg het tevens een 6.7 en voor de maaltijden een 6.8.

5 Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk geef ik antwoord op de hoofdvraag, “Hoe zou de methode van Gastvrije Zorg zo optimaal mogelijk binnen de FPA kunnen worden toegepast?” Dit antwoord wordt gegeven op basis van een analyse van de onderzoeksresultaten. Daarnaast worden de beperkingen van het onderzoek besproken en volgt er een advies aan het management.

5.1 Conclusie

Uit de onderzoeksresultaten werd duidelijk dat de FPA net als het zorgbedrijf Palier veel gedaan heeft op het gebied van Gastvrije Zorg. Sinds de start van het project en later onder leiding van de werkgroep en het management zijn er vele veranderingen doorgevoerd die de zorg op de FPA gastvrij hebben gemaakt, met als bekroning het winnen van de prijs voor meest Gastvrije Zorg-verlenende afdeling van Palier in 2011. Een hele knappe prestatie in tijden van economische crisis voor een forensische organisatie, die duidelijk gebonden is in mogelijkheden door de verantwoordelijkheid die de afdeling heeft naar de samenleving toe. Deze verbetering kwam zowel in de informatiebronnen, de uitkomsten van de interviews, als in de uitkomsten van de spiegelbijeenkomsten naar voren. Al geeft de uitkomst van de GGZ thermometer 2011 een negatiever beeld ten aanzien van een aantal onderdelen van de Gastvrije Zorg. Gedurende het proces is er een cultuuromslag in gang gezet onder leiding van voorbeeldfiguren (de ambassadeurs, het AMT), waardoor er na een fase van bewustwording nu veel meer samen met de patiënten wordt gewerkt in plaats van hen te vertellen wat er moet gebeuren. Hier heeft de unit waar een patiënt zit wel invloed op. Op dit moment hebben de units I en II nog veel afdelingsregels, wat het lastiger maakt om dezelfde mate van Gastvrije Zorg te bieden als unit III. Op unit IV heeft een patiënt weer meer de mogelijkheid zaken te beslissen dan op unit III. De cultuuromslag is nog niet voltooid; op het moment is het AMT van de FPA druk bezig om de professionaliteit van de zorgverleners te verhogen, zodat hopelijk in de toekomst de FPA de “laissez faire” cultuur volledig achter zich kan laten. Belangrijke punten die deze cultuuromslag mogelijk hebben gemaakt zijn, een positieve bejegening naar patiënten, denken vanuit een patiëntenperspectief, zorgen voor een open gastvrije uitstraling op de afdeling en het terugdringen van dwang en dranggebruik. Uit de interviews werd duidelijk dat alle geïnterviewden over kennis ten aanzien van het onderwerp Gastvrije Zorg beschikken, er heerst dus bekendheid ten aanzien van het begrip Gastvrije Zorg. Zij zien Gastvrije Zorg als een pijler, waarop de rest van de taken op de FPA uitgevoerd kunnen worden. Het viel wel op dat een gedeelte van de geïnterviewden aangaf, dat er nog wel (veel) collega's zijn die Gastvrije Zorg nog niet hoog in het vaandel dragen. Mogelijke genoemde oorzaken hiervoor zijn het missen van benodigde vaardigheden, kennis over Gastvrije Zorg en het nut ervan. Het bleek dat er veel informatie over Gastvrije Zorg bij de geïnterviewden aanwezig was, alleen viel op dat indien er informatie gezocht moest worden, er niet gedacht werd aan het inschakelen van de huidige ambassadeur Gastvrije Zorg van de FPA of de werkgroepleden. Een andere genoemde oorzaak die ervoor zorgt dat Gastvrije Zorg niet uitgedragen wordt door een beperkt aantal van de zorgverleners, is het feit dat de naam weerstand oproept. De term Gastvrije Zorg past niet zo goed bij het forensische wereldje. Mogelijk dat al deze redenen ertoe bijdragen dat het nog te vaak voorkomt dat sommige vov'ers veel tijd in de verpleegpost doorbrengen in plaats van op de groep bij de patiënten. Een positief punt is dat de FPA op het punt staat om meer modules aan te gaan bieden en er komt een nieuwe maaltijdleverancier.

De FPA is dus in de afgelopen jaren Gastvrije Zorg gaan leveren en is bezig deze manier van zorgverlenen te perfectioneren. De ene zorgverlener helpt hier harder aan mee dan de ander, al is Gastvrije Zorg wel door de Manager Zorg benoemd als datgene dat ervoor zorgt dat de FPA zich kan onderscheiden van andere organisaties. Het zal in de toekomst ons

bestaansrecht betekenen. Hoe blij ik ook ben met deze uitspraak, aangezien ik een groot voorstander ben van Gastvrije Zorg, wil ik nog wel benadrukken dat er spanningsvelden zijn tussen Gastvrije Zorg en de verantwoordelijkheid die de FPA heeft ten aanzien van de maatschappij. De FPA kan niet zonder regels en grenzen. Het is belangrijk dat er gediscussieerd wordt over deze balans tussen regels en grenzen enerzijds en Gastvrije Zorg anderszijds. Het moet niet zo zijn dat alle wensen en vragen van patiënten zomaar worden toegepast onder het mom van Gastvrije Zorg. Hierbij kom ik terug op een opmerking die de Manager Bedrijfsvoering maakte, “Het is goed dat niet alle vov’ers over dezelfde creativiteit beschikken, want dit houdt de discussie omtrent Gastvrije Zorg op gang”.

Het uitgevoerde onderzoek heeft een aantal beperkingen. Allereerst zijn de gegevens maar beperkt generaliseerbaar voor andere afdelingen van de Parnassia Bavo Groep en waarschijnlijk nog minder voor afdelingen van andere organisaties, omdat er puur gekeken is naar de situatie omtrent Gastvrije Zorg op de FPA. Een andere beperking is, dat achteraf bleek dat de vooraf geselecteerd tegenstanders van Gastvrije Zorg in werkelijkheid niet erg tegen Gastvrije Zorg bleken te zijn. Dit werd mede veroorzaakt doordat een vov’er geen reactie gaf op de vraag voor deelname aan het onderzoek, waarop op het laatste moment besloten is iemand anders te interviewen. Een mogelijke verklaring voor de pro Gastvrije Zorg houding kan sociaal wenselijke beantwoording zijn, al verwacht ik meer dat toch de meeste zorgverleners, doordat ze geleerd hebben wat de voordelen van Gastvrije Zorg zijn, achter de visie zijn gaan staan, alleen dat zij, door wat voor omstandigheden dan ook, dit tijdens het werk niet altijd kunnen toepassen. Nog een beperking van het onderzoek is, dat het inzicht in de Gastvrije Zorg op de FPA ruimer was geweest, wanneer er meer zorgverleners geïnterviewd waren, per unit bijvoorbeeld een voor- en tegenstander en ook meer ondersteunende zorgverleners. De medewerkers van de receptie hebben bijvoorbeeld ook veel invloed op de Gastvrije Zorg. Wanneer ik meer tijd had gehad dan had ik dit zeker meegenomen in het onderzoek.

5.2 Aanbevelingen

Hieronder volgt het antwoord op de hoofdvraag: “Hoe zou de methode van Gastvrije Zorg zo optimaal mogelijk binnen de FPA kunnen worden toegepast?” Dit dient als advies aan AMT van de FPA. Het antwoord zal gegeven worden in een aantal verbeterpunten. De genoemde verbeterpunten hebben als doel om de zorgverleners op de FPA de Gastvrije Zorg nog beter te laten toepassen.

- Het eerste punt dat ik wil opmerken is, dat de zorgverleners op de FPA zich bewuster mogen worden over de Gastvrije Zorg die zij al verlenen; hier mogen ze trots op zijn. Hierdoor wordt de persoonlijke effectiviteit (ASE model) van de zorgverleners verhoogt. Dit werd duidelijk uit het feit dat zorgverleners zich maar beperkt bewust zijn van hoe vaak zij Gastvrije Zorg tijdens hun werk toepassen. Tijdens het interview werd er lang nagedacht om een antwoord te geven op de vraag, “Kan je een voorbeeld opnoemen van afgelopen week waarin je Gastvrije Zorg hebt toegepast?”. Dit terwijl ze ervoor met gemak allemaal voorbeelden opnoemden van Gastvrije Zorg. Het meer in het zonnetje zetten van zorgverleners wanneer zij Gastvrije Zorg toepassen, is een goede eerste stap om deze bewustwording te verwezenlijken. Ik zal als eerste hierop een voorschot nemen door te stellen: wij op de FPA hebben er het afgelopen jaar mooi voor gezorgd dat er Gastvrije Zorg wordt geleverd en dit heeft eraan bijgedragen dat er op een heftige afdeling als deze relatief weinig agressie incidenten hebben plaats gevonden. Voor de toekomst zou het goed zijn als medewerkers gecompimenteerd

worden wanneer zij goede Gastvrije Zorg hebben geleverd. De nieuwsbrief zou hier een mooi medium voor zijn om dit te doen.

- Om de cultuuromslag verder door te zetten is het allereerst van belang om de zorgverleners die Gastvrije Zorg nog niet dragen te informeren over het nut van Gastvrije Zorg. Het vermoeden is dat een gedeelte hiervan dit doet vanwege een gebrek aan kennis omtrent Gastvrije Zorg, wat een onderdeel is van de attitude van een zorgverlener (ASE model). Door de kennis te verhogen vergroot je de kans dat zorgverleners in hun gedrag meer Gastvrije Zorg gaan leveren. Deze kennis zou uitgebreid kunnen worden door per half jaar of jaar een Klinische les te organiseren die in het teken staat van Gastvrije Zorg. Dit biedt dan meteen een gelegenheid om stil te staan bij recente ontwikkelingen; zo breid je de kennis van andere collega's ook uit. De ambassadeur zou een uitgelezen persoon zijn om te waarborgen dat deze klinische lessen georganiseerd worden. Mogelijk dat de ambassadeur zelf de lessen zou kunnen geven, aangezien hij of zij een bron van informatie is op het gebied van Gastvrije Zorg.
- Naast het vergroten van kennis zou het goed zijn als Gastvrije Zorg meer een aandachtspunt wordt, benoem het op gezette tijden tijdens overleggen. Hiermee verhoog je de affectieve gewaarwording (ASE model). Hierbij valt te denken aan structureel gezamenlijk gehouden momenten. Het is niet belangrijk dat dit heel vaak gebeurt, zolang het maar een terugkomend gegeven is. Nu is Gastvrije Zorg nog te veel een punt dat lang sluimert en dan ineens weer hot is. Terwijl het veel beter zou zijn als het een structureel punt van aandacht was. Deze taak lijkt mij passen in het straatje van het AMT van de FPA.
- Het zou goed zijn als zorgverleners op de FPA nog professioneler leren te denken over hun handelen op het werk (attitude). Het AMT zet zich in om dit te promoten. Vov'ers horen na te denken over de zorg die zij verlenen en hier kritisch met elkaar naar te kijken, om te zien waar er nog verbetermogelijkheden zijn. Op de FPA zijn wij nog niet zo sterk in het negatief feedback geven aan elkaar. Daarom lijkt hij mij goed om medewerkers de mogelijkheid te geven tot het volgen van een cursus, of dat wij zelf een dag organiseren die in het teken staat van het leren van goed negatief feedback geven. Het organiseren van een dag of cursus lijkt mij de taak van het AMT; het bespreekbaar maken van de professionaliteit is een taak van alle zorgverleners.
- Mogelijk dat deze punten ertoe kunnen bijdragen dat er van 'beslissen voor een patiënt' wordt overgegaan naar 'nagaan wat een patiënt eigenlijk wil tijdens de behandeling'. Er wordt dan een nieuwe attitude gecreëerd. Deze gedachtengang is vrij nieuw en wordt al steeds meer toegepast in de zorg, al merk je dat het soms nog niet in alle situaties vanzelf gaat. Deze gedachtengang sluit perfect aan bij de methode van Motiverende Gespreksvoering. Binnen de afdelingen van Palier worden zorgverleners massaal gemotiveerd om de cursus Motiverende Gespreksvoering te gaan volgen onder de noemer van Gastvrije Zorg verbetering. Het zou goed zijn als vov'ers van de FPA deze cursus ook gaan volgen.
- Daarnaast is het belangrijk dat alle zorgverleners op de hoogte worden gesteld dat er een werkgroep Gastvrije Zorg is en dat Brigitta Montagne de ambassadeur is van Gastvrije Zorg op de FPA, dit verhoogt tevens de kennis van een zorgverlener (attitude). Mijn advies is om deze bekendmaking te doen via de nieuwsbrief, omdat deze goed door de meeste zorgverleners wordt gelezen. Daarnaast hoop ik dat deze bachelorproef een bijdrage levert aan deze kennisoverdracht.
- Voor de toekomst is het ook van belang dat medewerkers zich bewuster worden van de drangmiddelen die toegepast worden op de FPA; deze kunnen namelijk ook grote

gevolgen hebben voor een patiënt. Drang wordt vaak, zo blijkt uit de interviews, over het hoofd gezien. Tevens wordt er nog weinig op gerapporteerd en is het niet altijd verwerkt in behandelplannen van de patiënten. Dit terwijl het wettelijk verplicht is en artikel 40 hier wel de mogelijkheid toe biedt. Wanneer zorgverleners zich hier meer van bewust worden, zal dwang ook verwerkt gaan worden in de behandelplannen en de observaties van de vov'ers. Hopelijk dat het benoemen van dit punt in deze bachelorproef een aanzet kan zijn tot het op de kaart zetten van dit gegeven.

- Het activiteiten aanbod op de FPA dient uitgebreid te worden. Er is op het moment nog te weinig variëteit in de aangeboden activiteiten. Patiënten en AB'ers zouden graag zien dat er meer mogelijkheden voor handen zijn. Tevens moet er meer gekeken worden naar wat een individu nodig heeft op dat moment tijdens zijn behandeling. Hierbij is het belangrijk dat er ook nagegaan wordt wat de wensen zijn van de patiënten. Het AB-team heeft aangegeven dat zij om dit te realiseren meer ondersteuning nodig hebben van het AMT. Tevens is er een vraag om controle, zodat gemaakte afspraken ook daadwerkelijk nagekomen worden, hiermee haal je barrières weg (ASE model). Hierin hebben zowel het AMT als de AB'ers een belangrijke rol.
- Een verbeterpunt dat door het AMT overwogen wordt, is de inzet van familie tijdens de behandeling en het creëren van een familiekamer. Actief gebruik maken van de familie van een patiënt kan een manier zijn om Gastvrije Zorg effectiever toe te passen, wanneer een patiënt aangeeft hier baat bij te hebben. Ik heb gehoord van een situatie waarbij een separatie van een patiënt veel rustiger verliep door de hulp van een neef van de patiënt. Een familiekamer biedt patiënten privacy met familieleden die nu nog niet mogelijk is; dit is een perfect voorbeeld van creativiteit zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van de grenzen die de FPA dient te beschermen. Deze punten worden mogelijk in de toekomst door het AMT nog nader uitgewerkt.

6 Literatuurlijst

- Abma, T.A. (2005). *Dwang hoeft niet, Cliëntenperspectief op dwang en drang in de psychiatrie*. Medische Antropologie, 201-216.
- Berghmans, R., Elfahmi, D., Goldsteen, M., & Widdershoven, G. (2001). *Kwaliteitscriteria dwang en drang*. GGZ Nederland, Utrecht/Maastricht.
- Bosch, K. (2005). *Isoleren werkt angstverhogend*. Lemma, Utrecht, p. 31-36.
- Bovenberg, F., Takkenkamp, J., Vennik, L., & Francken, G. (2010). *Helende omgeving draagt bij aan herstel*. SP, jaargang 28, nummer 94.
- Brouwer, W., & Delnoij, D. M. J. (2004). *Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumenttevredenheid en patiënttevredenheid*. Utrecht: NIVEL.
- Delft, S., van. (2009). *Dwang in Europa*. Dossier Dwang en Drang. Geraadpleegd op 13 mei 2012 gevonden op http://www.psy.nl/fileadmin/files/Psyarchief/Files_2009/Dossier_dwang_en_drang.pdf.
- Dutch Mental Health Inspectorate. (2008). *Report Dutch Mental Health Inspectorate*. Den Haag.
- FPA (2008). Actieplan. Geraadpleegd op 15 mei 2012 gevonden op K:\FPA Werk\Werkgroepen\Werkgroep gastvrije zorg.
- FPA. (2011). Afdelingsplan FPA 2011-2012. Geraadpleegd op 15 mei 2012 gevonden op K:\FPA Beleid\Beleid + Zorgprogramma's\Afdelingsplan.
- FPA. (2007). Diagnosebijeenkomst. Geraadpleegd op 15 mei 2012 gevonden op K:\FPA Werk\Werkgroepen\Werkgroep gastvrije zorg.
- Georgieva I, Mulder CL, & Wierdsma A. (2011). *Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion*. Psychiatr Q. Nummer 83(1), p. 1-13.
- GGZ Nederland. (2007). *Plan van aanpak voor het opzetten en uitvoeren van een actieplan om 'dwang en drang' in de psychiatrie snel terug te dringen*. Geraadpleegd op 10 april 2012 vanaf <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/lpggz-reacties-persberichten-rapporten-etc/actieplan-dwang-en-drang-2007.pdf>.
- Hielkema, A. (2005). *"De monniken zijn nu eenmaal niet gelijk"*. Betere zorg maakt dwang en drang overbodig. In Landelijk Platform GGz. (2008). *Opsluiten is geen zorg. Een verslag van vier jaar werkgroep Dwang & Drang*. SENZ, Woerden.
- Hoekstra, T., Lendemeijer, H.H.G.M., & Jansen, M.G.M.J. (2004). *Seclusion: the inside story*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Nummer 11, p. 276-283.
- Informatie Zuil (2011). *Ggz-instelling Parnassia Bavo Groep neemt een nieuw soort separeercel in gebruik*. Gevonden op 12 mei 2012 op http://www.informatiezuil.com/News/16/Ggzinstelling_Parnassia_Bavo_Groep_neemt_een_nieuw_soort_separeercel_in_gebruik.
- Intranet (2011). *FPA wint gastvrije zorg award*. Gevonden op 12 mei 2012 op <http://intranet.palier.parnassiabavogroep.nl/nieuws?newspath=/News/palier/award%20gastvrije%20zorg>.
- Janssen, M., Jonge, M. de, & Pols, J. (1995). *Dwang in de psychiatrie. Dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven*. Babylon-De Geus, Amsterdam.
- Kasander, R., Hrachovec, Ch. & Hutschenmaekers, G. (2003). *'Dwang en drang in Europees Perspectief'*. Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2002-2003, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Ket, R. de. (2011). *Maximale keuze vrijheid voor patiënten bij toepassing van dwang en drangmiddelen binnen de psychiatrie*. Gevonden op 12 mei 2012 op <http://www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/hborecord.view/?uploadId=haagsehogeschool%3Aoi%3Arepository.hh.nl%3A2614>.
- Kroon, K. (2010). *Vriendelijkheid kost niets*. ZorgVisie. Jaargang 40, nummer 7.
- Langelaan, M. (2001). *Zwang, tvang, coercion, dwang*. Psy, 5 (7), p. 16-18.
- Lendemeijer, B., Ruitenbeek, T., Kahn, R. S. & Shortridge-Bagett, L. (2000). *Patients Perception of Seclusion*. Publicard, Utrecht. P. 49-66.
- Meehan, T., Vermeer, C. & Windsor, C. (2000). *Patients' perceptions of seclusion: A qualitative investigation*. Journal of Advanced Nursing, nummer 31, 2, p. 370-377.
- Menger A., & Krechtig, L. (2004). *Het delict als maatstaf*. Amsterdam, SWP.
- Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport. (2010). *Kwaliteitscriteria bij het toepassen van dwang en drang*. Geraadpleegd op 11 april 2012 vanaf <http://www.dwangindezorg.nl/procedures/verantwoord-omgaan-met-dwang-1/kwaliteitscriteria-bij-het-toepassen-van-dwang-en-drang>.
- Palier. (2009). *Gastvrije Zorg / Gastvrijheid*. Geraadpleegd op 15 mei 2012 gevonden op K:\FPA Werk\Werkgroepen\Werkgroep gastvrije zorg
- Palier. (2011). *FPA wint gastvrije zorg award*. Geraadpleegd op 15 mei 2012 gevonden op <http://intranet.palier.parnassiabavogroep.nl/nieuws?newspath=/News/palier/award%20gastvrije%20zorg>.
- Parnassia Bavo Groep. (2005). *Protocol M of M*. Geraadpleegd op 09 april 2012 vanaf <http://10.101.1.35/mavim/VRIJGEVEN/Parnassia%20Bavo%20Groep%20Kwaliteitsdocumenten/Theme/Html/Default.html?page=e1>.
- Parnassia Bavo Groep (2011). *Een andere instelling. Bedrijfsplan Parnassia Bavo Groep 2011-2013*. Schiedam: Parnassia Bavo Groep.
- Psychiatrie Nederland. (2010). *Alternatieven voor gedwongen separatie*. Geraadpleegd op 10 april 2012 vanaf <http://psychiatrie-nederland.nl/word/alternatieven-voor-gedwongen-separatie>.
- PVP Krant. (2009). *Nieuwe smaken in de ggz Gastvrije zorg en Verwenzorg*. Jaargang 19, nummer 2.
- Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S., & Kallert, T.W. (2010). *Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries*. Psychiatric services, Washington DC.
- Roode, R. P. de. (2003). *Bopz; De interne rechtspositie in de psychiatrie*. Sdu Uitgevers BV, Den Haag.
- Soulet, M-H., & Oeuvray, K. (2006). *Constructing, producing and analyzing the qualitative evidence*. QCT-Europe final report Freiburg, Universite de Fribourg.
- Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J.J., Frigge, K., Dries, P., & Bowers, L. (2008). *Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands*. Psychiatric Services, nummer 59(2), p. 209–211.
- Vorselman, A. (2003). *Seclusion, fixation and medication. The application of coercive measures in adult psychiatry internationally compared*. Wageningen, University of Twente. Master thesis, Public Administration and public policy, European studies.
- Wassink, M., & Wilde, G. de (2009). *Dwang en drang in de psychiatrie, een verkenning*. Eindrapportage. LPGGz, Utrecht.

- Werf, L.J. van der, (1995). *Zorg op Schaal: de ontwikkeling van de Zorg-Aanbod-Schaal en de toepassing ervan bij het opstellen van individuele zorgplannen voor chronisch psychiatrische patiënten*. Proefschrift V.U. Amsterdam, Bennebroek, P.Z. Vogelenzang.
- Werf, B. van der. (2003). *Dwangtoepassing in Europa; is Nederland voortrekker of achterloper?*. Geraadpleegd op 13 mei 2012 gevonden op <http://www.bwbc.nl/downloads.php>.
- Winters, S. (2010). Onderzoeksproject Gastvrijheid binnen Duurzaam verblijf “de klateringerweg”. Geraadpleegd op 13 mei 2012 gevonden op http://www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/hborecord.view/show?uploadId=windesheimhogeschool%3Aoa_i%3Ascr.chw.nl%3A12161.
- ZM magazine. (2008). *Kwart minder dwang- en drang op gesloten afdeling*. Geraadpleegd op 11 april 2012 gevonden op <http://www.zmmagazine.nl/Nieuws/Kwart-minder-dwang-en-drang-op-gesloten-afdeling.html>.

Bijlage 1: De verschillende vormen dwang- en drangmiddelen in de BOPZ

Afzondering

Afzondering wordt in de wet BOPZ omschreven als: ‘het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoonskamer’ (Wet BOPZ, zoals omschreven in Ket de, 2011). Deze eenpersoonskamer dient een afzonderingskamer te zijn, die afsluitbaar en prikkelarm is ingericht (bed, tafel, stoel, kledingkast en wasgelegenheid). Er dient persoonlijk of via andere communicatiemiddelen toezicht gehouden te kunnen worden (Roode de, 2003). De afzonderingskamer kan nooit de eigen kamer zijn.

In het protocol Afzondering (Parnassia Bavo Groep, 2005) staat dat afzondering toegepast kan worden wanneer een patiënt een gevaar is voor zichzelf, anderen of het behandelklimaat, waarop een prikkelarme omgeving is geïndiceerd voor een korte termijn (in principe niet langer dan 12 uur) of wanneer er sprake is van een time-out beleid wanneer dit is aangegeven in het behandelplan van een patiënt. Verder wordt in het protocol de gehele procedure omschreven en wat de afzondering inhoudt. Er wordt weergegeven hoe de ruimte van verblijf eruit dient te zien, welke kleding de patiënt aan mag in de ruimte en welke spullen de patiënt in de afzonderingsruimte mag hebben. Daarnaast dient de patiënt te allen tijde goed geïnformeerd te worden over wat er gaat gebeuren, wat het doel is van de afzondering en over eventuele aanvullende medicatie. Er dienen afspraken gemaakt te worden met patiënt over het gedrag, bezoektijd en luchten. Tevens dient de patiënt uitgelegd te worden hoe hij in contact kan komen met de aanwezige zorgverleners. Het wijzen op de rechten van de patiënt is eveneens erg belangrijk.

Separatie

Separatie wordt in de wet van BOPZ omschreven als: ‘het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een daarvoor bestemde en goedgekeurde afzonderlijke ruimte’ die dient als separatieruimte (Roode de, 2003, zoals omschreven in Ket de, 2011). Separatie dient alleen ingezet te worden om controle over een gevaarlijke situatie te krijgen en dient niet ingezet worden als een therapeutisch middel. Er is geen empirisch bewijs dat gedwongen separatie leidt tot een therapeutisch effect (Abma, Widdershoven & Lendemeijer, 2005). Indien een patiënt beschermd moet worden tegen zichzelf, kan separatie als vorm van dwangbehandeling worden toegepast (Wet BOPZ, zoals omschreven in Ket de, 2011).

In het protocol separatie (Parnassia Bavo Groep, 2005) staat dat separatie te allen tijde alleen gebeurt indien dit is vastgelegd in het behandelplan of ter overbrugging van een acute noodsituatie. Er dient een situatie te zijn ontstaan waarin het op medische gronden onverantwoord is dat de patiënt op de afdeling verblijft (omdat deze een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen is) en er geen lichtere oplossing mogelijk is. Wanneer het leefmilieu op de afdeling zodanig verstoord wordt dat het medepatiënten benadeelt in hun herstelproces, dan valt er ook te spreken over een ernstig gevaar. Aan een separatie dient door behandelaar geen termijn verbonden te worden; indien na een uur het benodigde effect niet bereikt is, dan dienen er afspraken gemaakt te worden over het tijdstip van heroverweging van het besluit tot separatie. Bij separaties langer dan twee uur dient er een schriftelijk begeleidingsplan opgesteld te worden. Daarnaast dient er elke 24 uur opnieuw overleg plaats te vinden over de toepassing van de separatie en dient het begeleidingsplan te worden bijgesteld. Patiënten hebben het recht om minimaal eenmaal per dag 20 minuten te luchten indien de risico's op gevaar niet te hoog zijn; dit is vastgesteld naar aanleiding van publicaties van de patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) en Kamervragen in 2002. Verder wordt in het protocol

van separatie de gehele procedure omschreven en wat de separatie inhoudt. Er staat hoe de separatieruimte eruit dient te zien (lege ruimte; met een slaapblok of matras, met scheurdekens, een kussen, minimaal twee wegwerp po's van karton, toiletpapier, een klok, een intercomsysteem, de separatierregels en kartonnen bekertjes met water), welke kleding de patiënt aanmag (de patiënt dient speciale scheurkleding te dragen in de isoleer) en welke spullen de patiënt in de isoleer mag hebben (de patiënt mag geen enkel eigen voorwerp de isoleer in meenemen in verband met zijn eigen veiligheid, de patiënt dient hierop gecontroleerd te worden). Een patiënt die geïsoleerd wordt dient van de volgende informatie voorzien te worden: de patiënt moet uitgelegd worden wat er gebeurt, waarom, hoe, er worden duidelijke afspraken gemaakt, de belangrijkste regels worden uitgelegd en het gebruik van het aanwezige materiaal, de bel en het intercomsysteem wordt uitgelegd (Wet BOPZ, zoals omschreven in Ket de, 2011).

Fixatie

Fixatie wordt in de wet van BOPZ omschreven als: 'het belemmeren van de bewegingsmogelijkheid van een patiënt door een hulpverlener in welke vorm van vasthouden dan ook' (zoals omschreven in Ket de, 2011). Voorbeelden hiervan zijn het vastbinden van patiënten aan een bed of stoel met een onrustband en het vasthouden van een patiënt. Fixatie is alleen toegestaan bij acuut gevaar, dat voortkomt vanuit een psychische problematiek (Wet BOPZ, zoals omschreven in Ket de, 2011). Dwangbehandeling kan hiervan een voorbeeld zijn. Wanneer fixatie wordt toegepast om ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheid van de patiënt te voorkomen, dan valt dit niet onder de wet BOPZ maar onder de wet op geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). Bij het toepassen van het dwangmiddel fixatie dienen zorgverleners op te passen, aangezien het gevaar mee kan brengen voor de patiënt. Er mag geen fixatie toegepast worden wanneer een patiënt last heeft van buikklachten (Roode de, 2003). Tevens dient men zich bewust te zijn van de mogelijke complicaties, variërend van lichamelijk ongemak tot strangulatie (Roode de, 2003; Parnassia Bavo Groep, 2005).

In het protocol fixeren (Parnassia Bavo Groep, 2005) staat dat fixatie mag worden toegepast bij heftige psychomotore onrust, ernstige agressie naar anderen, ernstige impulsiviteit of niet te bedwingen neigingen tot automutilatie. Er dient alleen tot fixatie overgegaan te worden wanneer andere methoden geen uitkomst bieden. Tevens is fixatie geïndiceerd gedurende twee uur na Elektroconvulsietherapie (E.C.T.), vanwege de vaak optredende verwardheid en duizeligheid. Fixatie is binnen Parnassia en Palier alleen toegestaan op een beperkt aantal afdelingen. Er mag geen termijn verbonden worden aan fixatie. Omdat fixatie een zeer ingrijpende maatregel is die in principe tegen de grondrechtelijke beginselen van zelfbeschikking en onaantastbaarheid van het lichaam ingaat, zijn er procedures ontwikkeld waaraan zorgverleners zich dienen te houden tijdens een fixatie van een patiënt. De eerste is dat fixatie te allen tijde voorkomen dient te worden; alleen wanneer het de enige oplossing is dient fixatie toegepast te worden. Daarnaast dient er alles aangedaan te worden om tijdens de fixatie schade aan de patiënt te voorkomen. Patiënten die gefixeerd worden dienen goed geïnformeerd te worden over hetgeen dat gaat gebeuren, waarom het gebeurt en welk doel de fixatie heeft. Daarnaast dienen zorgverleners er alles aan te doen om de patiënt die gefixeerd wordt gerust te stellen. Tevens dient de patiënt geïnformeerd te worden over zijn rechten en moet er duidelijkheid worden gegeven wanneer er iemand langs komt bij de patiënt.

Gedwongen medicatie

Dwangmedicatie wordt in de wet van BOPZ omschreven als: ‘het tegen de wil van de patiënt in toedienen van een geneesmiddel (Wet BOPZ, zoals omschreven in Ket de, 2011). Ook het toedienen van vocht valt hieronder. De wijze van toediening doet er niet toe, de werkingsduur mag een maximaal een termijn hebben van 7 dagen (Roode de, 2003). Meestal gebeurt het toedienen van dwangmedicatie in de vorm van een injectie, maar soms wordt een patiënt de optie geboden te “kiezen” tussen het slikken van medicatie of een spuit; ook hier spreekt men van dwang, omdat de patiënt geen keuze heeft de medicatie niet te nemen (Dwang in de zorg, 2011). Dwangmedicatie heeft wel een therapeutisch effect (Abma et. al, 2005).

In het protocol medicatie onder dwang (Parnassia Bavo Groep, 2005) staat dat dwangmedicatie alleen mag worden toegepast, wanneer een patiënt een ernstig gevaar is voor zichzelf dan wel voor anderen en er geen andere en/of lichtere oplossing denkbaar is. Ook kan er sprake zijn van ernstig gevaar indien het leefmilieu op de afdeling zodanig wordt verstoord, dat mede patiënten ernstig benadeeld worden in hun herstelproces. Verder wordt in de procedure van toedienen van dwangmedicatie weergegeven, dat dwangmedicatie het liefst voorkomen wordt, indien nodig uitgevoerd wordt door een verpleegkundige/dienstdoende arts en dat dwangmedicatie te allen tijde wordt gegeven buiten de aanwezigheid van andere patiënten. Daarnaast dient de patiënt geïnformeerd te worden over wat, waarom en het doel van de dwangmedicatie. Tevens dient de patiënt informatie te krijgen over de gekregen medicatie en de eventuele bijwerkingen.

Bijlage 2: Acht beloftes Palier

Palier heeft, samen met de cliëntenraad, acht beloftes aan patiënten uitgewerkt. Deze beloftes drukken uit waarvoor Palier wil staan op het gebied van gastvrijheid. Medewerkers van Palier werken aan de realisatie van deze beloftes.

Aandacht voor zingeving en welzijn

Patiënten die afhankelijk zijn, of zich geconfronteerd zien met een (chronische) psychiatrische ziekte, (blijvende) beperkingen hebben heel wat te verwerken. Ook hun naasten staan voor problemen en zorgen.

Bij ingrijpende gebeurtenissen regelt Palier aan aandacht, steun en troost. We bevorderen het door een leuke en zinvolle dag- besteding op maat, met aandacht voor de gewone dingen des levens en de eigen wensen van patiënt, al dan niet met tijdelijke ondersteuning van naasten en/of medewerkers.

Contact met naastbetrokkenen

Naasten zijn 'elk' gewenst moment, binnen onze instelling welkom zijn om hun naaste/onze patiënt te helpen en te steunen. Palier ondersteunt en stimuleert de betrokkenheid van familie en vrienden wanneer dit maar kan, zowel in de thuissituaties als binnen de instelling.

In de maatschappij (blijven) staan

We zorgen ervoor dat onze patiënten zich maatschappelijk betrokken (kunnen blijven) voelen. Dat doen we onder meer door 'de wereld binnen te halen' of 'de buitenwereld in te gaan' met onze patiënten. We staan open voor suggesties die kunnen helpen om de mogelijkheden voor maatschappelijke integratie en -betrokkenheid van onze patiënten te vergroten en te normaliseren.

Keuzevrijheid en beslisrecht

Elke patiënt kan op voet van gelijkwaardigheid van gedachten wisselen met de medewerker waar hij of zij rondom de zorgvraag mee te maken heeft.

Kunnen genieten van eten

Eten is van vitaal belang om gezond te blijven of te worden. Bovendien is het een prettige, vaak ook sociale bezigheid: naasten kunnen aanschuiven aan de sfeervol gedekte tafel. Tijd speelt geen rol en er zijn geen storende activiteiten tijdens de maaltijd. Maaltijden zijn voor patiënten belangrijke momenten van de dag en dat verdient aandacht. Dan is eten niet alleen voedsel, maar ook: genieten. Patiënten zijn vrij om te kiezen wat, waar, wanneer en met wie ze eten. Tenzij deze aspecten een onderdeel zijn van een behandeling waarbinnen het eten bewust een bepaalde vorm opzet (bijvoorbeeld eten als een groepsactiviteit).

Optimale behandeling en zorg

Onze medewerkers zijn vriendelijke en hebben een respectvolle omgang met de patiënt en hun naasten. Het deskundige zorgaanbod is niet alleen op maat gemaakt voor de patiënten en hun situatie maar bij voorkeur wetenschappelijk onderbouwd en gebaseerd op bewezen praktijken.

De zorgen begeleiding worden regelmatig geëvalueerd en bijgesteld. Patiënten en naasten zijn daarin gelijkwaardig gesprekspartners.

Medewerkers van Palier leveren ook in uitzonderlijke en ernstige situaties professioneel zorg. Professioneel betekent ook de patiënt zo nodig motiveren en respectvol

confronteren. En een proactieve houding om in gesprek te blijven als we het niet eens zijn met elkaar.

Verblijven in een helende omgeving

Er is een positieve wisselwerking tussen de mens en zijn omgeving, wanneer die omgeving aan bepaalde kenmerken voldoet. Aansprekende ruimte en licht, geur en kleur zijn de basis voor deze wisselwerking: een huiselijke maar ook professionele uitstraling. De (fysieke) klinische omgeving van/voor patiënten, waarin soms langdurig en/of gedwongen verbleven wordt, dient bij te dragen aan een prettig behandelmilieu en herstel: een helende omgeving.

Vriendelijk en respectvolle benadering

Palier wil excelleren als het gaat om een vriendelijk zijn en respectvolle omgang met elkaar, of het nu gaat om medewerkers, patiënten of hun naasten. In alle contacten staat een vriendelijk zijn en een respectvolle omgang met elkaar daarom centraal.

Bijlage 3: Interview

Introductiestukje

Beste collega, bedankt voor het meedoen aan mijn bacheloronderzoek. In het komende half à hele uur zal er interview bij jou afgenomen worden in het kader van mijn bachelorproef. Het interview zal gaan over het thema Gastvrije Zorg. Het doel van dit interview is om meer inzicht te krijgen in hoe en in welke mate Gastvrije Zorg geleverd wordt op de FPA. Een aantal van te voren door mij bedachte vragen ten aanzien van dit onderwerp zullen gesteld worden en er zal naar aanleiding van jouw antwoorden door gevraagd worden. Schroom dus niet om je antwoorden zo duidelijk mogelijk te beargumenteren. Daarnaast wil ik jou graag verzoeken zo eerlijk mogelijk antwoord te geven, ook wanneer je geen voorstander bent van Gastvrije Zorg. Deze informatie is namelijk net zo belangrijk om een beeld te vormen. Bedenk dus dat geen enkel antwoord fout is.

Alvorens het interview gestart wordt wil ik benadrukken, dat alle verkregen informatie naar aanleiding van dit onderzoek vertrouwelijk verwerkt wordt. In het uiteindelijke verslag zullen er geen namen genoemd worden en er zal getracht worden de resultaten zo anoniem mogelijk te verwerken. Tevens wil ik jou vragen om het papiertje dat ik je zo ga overhandigen te ondertekenen. Op dit papiertje staan een paar algemene vragen en het “informed consent” dat je dient te tekenen als bewijs dat je vrijwillig hebt meegedaan aan dit onderzoek

Algemene vragen

Naam:.....

Leeftijd:.....

Unit:.....

In dienst bij de FPA sinds:.....

In dienst bij de Parnassia Bavo Groep sinds:.....

“Informed Consent”

Je bent gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek naar Gastvrije Zorg op de FPA. Dit onderzoek zal bestaan uit een interview dat afgenomen wordt door Bruno Eggers in het kader van zijn studie SPH aan de HHS. Het interview dat afgenomen wordt is een semi-gestructureerd interview; een aantal van te voren bedachte vragen zullen gesteld worden en aan de hand van de gegeven antwoorden zal er doorgevraagd worden. Het gesprek zal opgenomen worden voor verslaglegging. In de verslaglegging zullen geen namen genoemd worden. Daarnaast wordt getracht de resultaten in de uiteindelijke bachelorproef zo anoniem mogelijk weer te geven.

Je kunt gedurende het interview op ieder moment stoppen en de toestemming voor het onderzoek alsnog in trekken. Indien je naderhand nog vragen hebt, kan je die stellen door te e-mailen naar B.eggers@palier.nl.

Ik heb dit formulier gelezen en stem er mee in,

.....

Datum

Handtekening participant

.....

Vragen

De vragen die ik zal stellen zullen gaan over Gastvrije Zorg op de FPA en hoe je hiermee in aanraking komt tijdens het werk.

- Ben je bekend met begrip Gastvrije Zorg en zo ja wat versta je hieronder? Kan je voorbeelden opnoemen van wat de FPA de afgelopen jaren gedaan heeft om de zorg Gastvrij te maken? Denk hierbij aan een andere mentaliteit, veranderingen in werk, invoering van protocollen, enz.
- Indien je op zoek bent naar informatie over Gastvrije Zorg waar en bij wie zou je dat zoeken?
- Hoe belangrijk vind jij Gastvrije Zorg en hoe belangrijk denk je dat de gemiddelde collega op de FPA Gastvrije Zorg vindt?
- Hoe verhoudt zich dit ten opzichte van andere belangrijke taken op de FPA? Welke taken vindt jij belangrijker en welke minder belangrijk dan Gastvrije Zorg?
- Noem voorbeelden van toepassing van Gastvrije Zorg die jij de afgelopen week hebt gebruikt tijdens je werk op de FPA?
- Zijn er situaties waarin je bewust Gastvrije Zorg niet toepast en zo ja welke zijn dat?
- Merk je verschil onder collega's bij de toepassing van Gastvrije Zorg? Beschrijf mogelijke verschillen. Heeft de unit waar een collega werkt hier invloed op? Zo ja, waar blijkt dit uit? Pas jij Gastvrije Zorg anders toe als je op andere units werkt?
- In welke mate en wanneer wordt er door collega's en door jou gebruik gemaakt van dwang- en drangmiddelen op de FPA? Wordt dit middel pas laat of vaak al in een vroeg stadium ingezet? Maakt het nog uit op welke unit patiënten zitten?
- Ben jij een voor- of tegenstander van het zo min mogelijk inzetten van dwang- en drangmiddelen? Beargumenteer je antwoord.
- Welke factoren belemmeren en bevorderen Gastvrije Zorg op de FPA?

Bijlage 4: Uitkomst GGZ-thermometer 2011

	CIB	CDP	TX	FPA	Remise	SOV	Entrada	Goudenr	DVV	Palier	PBG tot
Genoeg Info gekregen over mogelijkheden Palier om u te helpen?	67	36	68	53	67	43	25	50	67	50	61
Genoeg info gekregen over de manier van behandelen?	73	55	75	50	50	43	33	100	67	53	61
Genoeg info gekregen over de resultaten die men wil bereiken met behandeling?	67	41	88	60	50	50	41	100	67	57	59
Kunt u meebeslissen over uw behandeling?	87	41	63	53	45	76	67	100	67	67	69
Is er een behandelplan gemaakt?	93	67	93	79	67	90	75	100	67	84	68
Heeft u toestemming gegeven?	71	58	87	72	64	88	83	100	67	79	69
Vindt u de behandelaar deskundig?	100	64	75	84	33	57	73	100	67	68	78
Kunt u de hulpverlener vertrouwen	86	60	80	80	55	60	75	100	67	69	80
Toont hulpverlener respect?	93	90	88	85	82	70	92	100	67	84	87
Is behandelaar geïnteresseerd in uw mening	100	73	73	75	45	50	83	100	67	67	74
Heeft behandelaar genoeg tijd?	73	56	69	74	45	32	58	100	67	53	64
Bent u tevreden over de uitvoering v/h behandelplan?	71	60	73	45	67	55	42	100	67	58	64
Is de behandeling de goede aanpak voor uw problemen en klachten?	77	64	71	55	73	53	45	100	67	60	65
Heeft u door de behandeling meer greep op uw problemen?	60	36	73	53	55	65	58	100	67	60	60

Bent u door de behandeling vooruit gegaan?	60	73	73	56	64	67	90	100	33	67	65
Kunt u door de behandeling beter/ makkelijker de dingen doen die u belangrijk vindt?	60	50	57	40	70	57	42	50	67	54	55
Kunt u door de behandeling beter omgaan met uw problemen	60	64	67	55	45	68	72	50	67	63	60
Zou u iemand anders aanraden hulp te vragen bij het zorgbedrijf	86	56	83	39	78	77	64	100	50	70	70
Ik ervaar deskundigheid tijdens mijn behandeling	93	70	64	67	29	50	44	100	67	60	67
Ik ervaar respect tijdens mijn behandeling	93	73	67	75	38	69	67	100	67	71	78
Ik ervaar optimisme tijdens mijn behandeling	85	67	79	38	14	49	56	50	67	55	65
Tevredenheid gastvrijheid										53	
Veilig voelen										82	
Tevredenheid dagbesteding										45	
Rapportcijfer zorg	6.7	6.3	6.8	6.7	7.2	5.8	5.3	7.0	5.0	6.2	6.6
Rapportcijfer huisvesting	6.4	5.8	5.9	6.7	7.3	5.8	5.7	9.0	9.0	6.2	6.8
Rapportcijfer maaltijden	5.2	5.3	6.5	6.8	8.6	7.7	3.7	8.0	7.2	6.7	6.8

> 65%

score groen

51 - 65%

score oranje

< 50%

score rood

NB CDP: een te lage respons / uit het overzicht gelaten