

**Voorkomen van separatie  
van psychiatrische patiënten vereist  
versterking van patiëntgerichte zorg**

Onderzoek naar insluiting in de separeer op de eerste dag van opname  
in psychiatrische opnameafdelingen van GGZ-instellingen

Den Haag, december 2008



Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

De laatste 15 jaar is veel geïnvesteerd in de vermaatschappelijking en daarmee ook de ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De beleidskeuze om deze zorg te vermaatschappelijken was een reactie op de intramurale psychiatrie die de GGZ vóór die tijd karakteriseerde. Op zich waren en zijn deze vermaatschappelijking en ambulantisering ambitieus en terecht. Verder is de GGZ zonder meer een 'zorg van velen'.

Toch laten de resultaten van het inspectietoezicht in het kader van het thematisch onderzoek 'Separeren op de eerste dag van opname' zien dat de kwaliteit van vereiste specialistische zorg in de psychiatrische opnameafdeling om hernieuwde aandacht vraagt: het is van groot belang de kwaliteit van zorg in de intramurale psychiatrie extra impulsen te geven. De inspectie voerde dit onderzoek uit tussen april en juli 2008 op basis van een steekproef (gebaseerd op het aantal separaties op de eerste dag van opname) van 40 opnameafdelingen van de in totaal rond de 140 opnameafdelingen van GGZ-instellingen in Nederland.

De praktijk van het separeren blijkt al zo lang te bestaan en daarmee vaak zo vergroeid te zijn met het doen en laten binnen de psychiatrische opnameafdeling, dat veel instellingen separatie niet langer als een ongebruikelijke of onwenselijke interventie ervaren. Het is dus hard nodig dat GGZ-instellingen het onder coördinatie van GGZ Nederland en door VWS gesubsidieerde enkele jaren geleden ingezette verbeterprogramma Dwang en Drang van GGZ Nederland voortzetten. Zo kunnen deze verbeteringen daadwerkelijk worden ingebed in de psychiatrische zorg van de opnameafdeling.

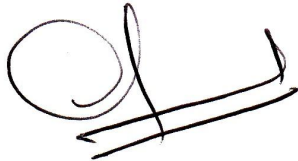
Uit ons thematisch onderzoek naar de mate van inbedding van de geboden kwaliteit van zorg op deze opnameafdelingen in een beleid dat insluiting van de patiënt in een separeerruimte op de eerste dag van opname helpt te voorkomen, blijkt op hoofdlijnen het volgende.

- Eén derde van de bezochte opnameafdelingen besteedt vrij consistent en systematisch actief aandacht aan het terugdringen van separatie bij opname. Drie van deze afdelingen verdienen met recht het predikaat 'voorbeeldafdeling' (vaak 'best practice' genoemd). Zij zijn erin geslaagd geleidelijk het aantal en de duur van het insluiten van patiënten in een separeerruimte te verminderen.
- In één derde van de bezochte opnameafdelingen lopen al wel verschillende beleidsinitiatieven om verbeteringen te implementeren, maar zij moeten nog meer doen om te bereiken dat dit beleid systematisch onderdeel van de zorg wordt.
- In één derde van de opnameafdelingen is sprake van verhoogd risico. Deze afdelingen voeren op dit moment op aandringen van de inspectie de noodzakelijke verbeteringen door. Hier volgt de inspectie de voortgang nauwgezet. Bij één

opnameafdeling concludeerde de inspectie zelfs een zodanig hoog risico, dat de Raad van Bestuur in kwestie op eigen initiatief besloot de afdeling te sluiten. Alle betrokkenen spannen zich in om zo snel mogelijk een situatie tot stand te brengen waarin op verantwoorde wijze zorg kan worden geboden. De inspectie volgt deze ontwikkelingen intensief.

Voor dit thematisch onderzoek is een steekproef samengesteld op basis van een eerste risico-inschatting. De inspectie verwacht echter dat ook in veel niet-bezochte opnameafdelingen verbeteringen noodzakelijk zijn. Zij zal daarom alle geïntegreerde GGZ-instellingen in Nederland informeren over de resultaten van dit onderzoek met het verzoek zich te spiegelen aan de resultaten en hierop gebaseerd een plan van aanpak te formuleren om waar nodig verbeteringen door te voeren. Bovendien zal zij in 2009 steekproefsgewijze toezichtbezoeken brengen aan de circa 100 niet-bezochte opnameafdelingen. De IGZ wil hierbij ook de signalen meenemen van onder meer de Stichting PVP, vertrouwenspersonen in de zorg; dit is echter alleen mogelijk als deze stichting de namen van de betrokken instelling aan de inspectie bekend maakt.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'G' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

Prof. dr. G. van der Wal

Den Haag, december 2008

## Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft tussen april en juli 2008 bij 40 psychiatrische opnameafdelingen een thematisch toezichtonderzoek uitgevoerd naar het insluiten van patiënten in een separeer op de eerste dag van hun opname. Dit onderzoek vond plaats naar aanleiding van signalen dat patiënten bij hun opname onnodig in de psychiatrische opnameafdeling worden gesepareerd. Het weinige onderzoek dat zich op dit onderwerp richt, geeft bovendien aan dat in Nederland patiënten vaker worden gesepareerd dan in een aantal andere landen. Dat *kan* mogelijk schadelijke gevolgen hebben voor de gezondheid: de psychiatrische aandoening kan verergeren, er kunnen posttraumatische stressreacties ontstaan en het kan afbreuk doen aan de motivatie voor behandeling of aan het vertrouwen in de hulpverlening.

Doel van de inspectie is het toezicht op de naleving van wet- en regelgeving; toetsing op doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit maakt hier deel van uit. De inspectie betreft bij deze toetsing dat de betrokken opnameafdelingen de minst schadelijke en meest efficiënte interventie voorstellen en uitvoeren. Dwang, waaronder separatie, kan een proportionele interventie zijn, maar moet wel zo beperkt, zo veilig en zo patiëntgericht mogelijk worden toegepast.

Voor dit onderzoek selecteerden de inspecteurs 40 opnameafdelingen; deze werden bij het begin van het onderzoek ondergebracht in drie groepen met een hoog, laag en tussenliggend percentage separaties op de eerste dag van opname op de opnameafdeling. Bij hun bezoeken gingen de inspecteurs na of en in hoeverre de hulpverlening zich actief richt op het voorkómen van separeren van patiënten op de eerste dag van hun opname. Dit gebeurde door gesprekken met de betrokken leiding en hulpverleners, inspectie van de opnameafdeling en analyse van patiëntendossiers en documenten.

De centrale vraagstelling was vast te stellen in hoeverre de geboden zorg vanaf de eerste minuut van binnenkomst op de opnameafdeling daadwerkelijk is toegesneden op de individuele zorgbehoeften en daarmee ook op het niet onnodig separeren van de patiënt. Daarnaast wilde de inspectie achterhalen met welke structuur- en proceskenmerken de verschillen tussen de instellingen in aantallen en duur van de separatie samenhangen.

Het landelijke beleid om separatie te verminderen, loopt al enige jaren. Het toezicht laat zien dat in veel opnameafdelingen dan ook diverse initiatieven in gang gezet zijn om de toepassing van dwang – en in het bijzonder separeren – te verminderen dan wel te verbeteren.

Op grond van de onderzoeksresultaten zijn de opnameafdelingen grofweg in drie categorieën te verdelen.

- Een derde van de opnameafdelingen besteedt op een voldoende consistente en systematische wijze actief aandacht aan het terugdringen van separatie bij opname. Opnameafdelingen die een dergelijk op preventie van separeren gericht beleid effectief voeren, slagen erin geleidelijk het aantal en de duur van het insluiten van patiënten in een separeer te verminderen. Deze afdelingen hebben als verbindend kenmerk dat het personeel getalsmatig en inhoudelijk effectief is toegerust om specialistische ‘intensieve zorg’ te bieden.

- In een derde van de opnameafdelingen is de klinisch psychiatrische zorg echter, ondanks alle verbeterinitiatieven, te weinig specialistisch toegerust, met een te krappe verpleegkundige bezetting toebedeeld of – afgemeten naar de dagelijkse praktijk – te weinig interdisciplinair afgestemd. Ook de samenwerking tussen opnameafdeling en verwijzende instanties, zoals de crisisdienst of de ambulante zorgverlening, is hier nog onvoldoende geborgd. Tenslotte schieten deze afdelingen nog tekort in het systematisch aanbieden van training en scholing in kennis, methodieken en communicatieve vaardigheden
- In het kader van de handhaving hebben de inspecteurs tenslotte vastgesteld dat binnen een derde van de opnameafdelingen sprake is van verhoogd risico. Eén opnameafdeling vertoonde een zodanig hoog risico dat de Raad van Bestuur in kwestie besloot deze te sluiten. De inspectie heeft het toezicht op deze kliniek geïntensiveerd. De overige opnameafdelingen zijn bezig noodzakelijke verbeteringen te introduceren/implementeren. De inspectie volgt hun voortgang intensief.

De verschillen tussen de instellingen in aantallen en duur van de separatie hangen dus vooral samen met al dan niet systematisch(e):

- Gebruik Argusregistratie en feedback.
- Scholings- en trainingsbeleid.
- Intervisie en besprekingen.
- Verslaglegging.
- Onderzoek naar relaties tussen dwang en zorg in opnameklinieken.

De aanbevelingen aan het ministerie en de betrokken beroepsgroepen zijn te vinden in §2.3, die aan de zorgaanbieders instellingen en GGZ Nederland in §2.4.

Hoewel in dit onderzoek een steekproef is samengesteld op basis van een eerste risico-inschatting, is de inspectie van mening dat ook niet-bezochte opnameafdelingen zich moeten spiegelen aan de gepresenteerde resultaten. De inspectie verwacht dat ook in de niet-bezochte opnameafdelingen verbeteringen noodzakelijk zijn. Zij zal daarom alle geïntegreerde GGZ-instellingen in Nederland informeren over de resultaten van dit onderzoek met het verzoek zich te spiegelen aan de resultaten; ook zal zij op basis hiervan vragen een plan van aanpak te formuleren om waar nodig verbeteringen door te voeren. De IGZ zal het toezicht in 2009 verbreden, steekproefsgewijs en/of op geleide van meldingen, zodat ook de niet-bezochte afdelingen worden gestimuleerd daadwerkelijk de noodzakelijke verbeteringen te realiseren.

# Inhoudsopgave

## Samenvatting 5

### 1 Inleiding 9

### 2 Conclusies en beoogd vervolgtraject 13

- 2.1 Inbedding in beleid laat vaak nog te wensen over 13
- 2.2 Verschillen tussen instellingen hangen samen met diverse structuur- en proceskenmerken 13
  - 2.2.1 Verschillen in systematisch gebruik Argusregistratie en feedback 14
  - 2.2.2 Verschillen in systematisch scholings- en trainingsbeleid 14
  - 2.2.3 Verschillen in systematische intervisie en besprekingen 14
  - 2.2.4 Verschillen in verslaglegging 14
  - 2.2.5 Verschillen in systematisch onderzoek naar relaties tussen dwang en zorg in opnameklinieken 15
- 2.3 Aanbevelingen aan ministerie van VWS en betrokken beroepsgroepen 15
- 2.4 Door GGZ Nederland en zorgaanbieders te treffen maatregelen 16
- 2.5 Handhaving door de inspectie 17

### 3 Resultaten 21

- 3.1 Inleiding 21
- 3.2 Resultaten voorbeeldafdelingen: kritische succesfactoren 24
  - 3.2.1 Er is veel aandacht voor de gezamenlijke ontwikkeling van een beleidsvisie (1) 24
  - 3.2.2 De stafbezetting is stevig (1) 24
  - 3.2.3 Deskundigheidsbevordering en ervaringsuitwisseling zijn versterkt (1) 24
  - 3.2.4 Beleid is meer gericht op voorkomen separatie (2) 25
  - 3.2.5 Er is draagvlak gecreëerd (2) 25
  - 3.2.6 Samenwerking met verwijzende instanties is bestanddeel van behandeling (3) 25
  - 3.2.7 Binnenkomst in de kliniek is zorgvuldig voorbereid (4) 26
  - 3.2.8 Er zijn nieuwe methoden van begeleiding en behandeling ingevoerd (4) 26
  - 3.2.9 Er is goed nagedacht over bouwkundige voorzieningen en tuinaanleg (4) 27
  - 3.2.10 Patiëntendossiers zijn een bron van informatie voor patiënt, behandelteam en verwijzende partij (5) 27
  - 3.2.11 Als separeren moet, zijn besluitvorming en verslaglegging zorgvuldig (5) 27
  - 3.2.12 Separeerprotocol wordt systematisch gebruikt (6) 28
- 3.3 Resultaten overige opnameafdelingen 28
  - 3.3.1 Meeste afdelingen werken met separeerprotocol (6) 28
  - 3.3.2 Intensieve zorg wordt nog weinig consequent in teamverband uitgevoerd (1) 29
  - 3.3.3 'Intensievezorgbenadering' onvoldoende ingebed (2) 29
  - 3.3.4 Verbeterproject Dwang en Drang nog niet overal consequent toegepast (2) 29
  - 3.3.5 Systematische registratie van separatie vindt onvoldoende plaats (2) 30
  - 3.3.6 Overleg kliniek met verwijzende instanties niet systematisch geëvalueerd (3) 31
  - 3.3.7 Beleid bij scholing en training onvoldoende systematisch (4) 31
  - 3.3.8 Intervisie en besprekingen niet systematisch (4) 31

- 3.3.9 Onvoldoende aandacht voor bouwkundige aspecten (4) 31
  - 3.3.10 Patiëntendossiers niet helder genoeg over afwegingsproces (5) 31
- 4 Summary 33**

## **Bijlagen**

- 1 Toetsingskader en toelichting scorekwalificaties 35
- 2 Onderzoeksmethode 37
- 3 Methodologische verantwoording 40
- 4 Tabel met aantallen operationeel en geborgd beoordeelde toezichtonderwerpen 43

# 1 Inleiding

## Achtergrond en aanleiding

In een psychiatrische opnameafdeling voor opname en kortdurende behandeling worden ernstig zieke patiënten opgenomen die op grond van hun ziekte ontregeld of gedesoriënteerd kunnen zijn en daardoor intensieve zorg behoeven. Mensen die als gevolg van een psychische stoornis een gevaar voor zichzelf of anderen dreigen te worden, kunnen *gedwongen* worden opgenomen in een psychiatrische opnameafdeling onder de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). Het accent in de BOPZ ligt op gedwongen opname met als doel het dreigende gevaar af te wenden, maar de BOPZ regelt ook (en in het verlengde hiervan) een aantal mogelijkheden om dwangmaatregelen en dwangbehandeling toe te passen.

Een van de dwangmaatregelen betreft het insluiten van de patiënt in een separeerruimte.

Hoe vaker patiënten worden gesepareerd, hoe meer dit een signaal is dat kán verwijzen naar tekortschietende zorg. Kán, want in een aantal gevallen is het insluiten van een patiënt in een separeerruimte de enig mogelijke veilige oplossing en kunnen er grote risico's ontstaan wanneer dit niet gebeurt.

Aanleiding voor dit onderzoek is allereerst de constatering dat separatie in Nederland in vergelijking met diverse andere landen<sup>[1]</sup> relatief vaak lijkt plaats te vinden, zowel qua aantal als qua duur. Het weinige wetenschappelijke onderzoek dat is uitgevoerd<sup>[2]</sup> laat bovendien zien dat het effect van separeren schadelijk kan zijn. Soms biedt separeren wel tijdelijke veiligheid, maar het vermindert zeker niet altijd de psychiatrische ontregeling van de patiënt, integendeel: deze kan er ook door verergeren. Om die reden maakte de brancheorganisatie van zorginstellingen in de GGZ, GGZ Nederland, het terugdringen van het separeren van psychiatrische patiënten en het gebruiken van alternatieve interventies tot een van haar beleidsspeerpunten.

Een belangrijke indicator die laat zien in hoeverre de behandelteams van psychiatrische opnameafdelingen uitvoering geven aan dit beleid, richt zich op de frequentie van het insluiten van de patiënt in een separeerruimte *op de eerste dag* van zijn of haar klinische dwangopname. Immers, tijdens en kort na het moment van de psychiatrische opname is de kans op toepassing van dwanginterventies het grootst, omdat vooral dan de opname zich als een noodsituatie kan kenmerken. De toepassing van separatie in een noodsituatie of in het kader van dwangbehandeling is aan wettelijke voorschriften gebonden; insluiting in een separeerruimte aan het begin van een gedwongen klinische opname uitsluitend *omdat* het een dwangopname betreft, is géén voldoende legitimatie.

Gedwongen insluiting in een separeer op de dag van opname is de uitkomst van een complexe, maar veelal te sturen interactie tussen patiënt en behandelteam. Het insluiten betekent dat de patiënt geen keuze meer heeft en dat wat er gebeurt daarmee per definitie tegen zijn of haar wil is. Daarom moet het wel en niet toepassen hiervan met de grootst mogelijke zorgvuldigheid gebeuren; dit wil zeggen dat de separatie

---

[1] Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software; 2001; Stolker JJ, Nijman H, Zwanikken PH. Separatie: een noodzakelijk kwaad? Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2004;59:193-204; Post L van der, Peen J, Schoevers RA, Dekker J. Psychiatrische behandeling na een inbewaringstelling. Tijdschrift voor Psychiatrie 2004;46:209-17.

[2] o.a. Psychiatric Services 56: 1051, september 2005, American Psychiatric Association.

doelmatig moet zijn en dat er voldaan moet zijn aan de principes van proportionaliteit en subsidiariteit. Juist omdat de eerste dag van opname een sterk beroep doet op de opnameafdeling om veilige en patiëntgerichte zorg te bieden, richt de IGZ het toezicht specifiek op wat er gebeurt met de patiënt direct na binnenkomst op de afdeling.

### **Belang**

De inspectie handhaaft door risicogericht toezicht en ontwikkelt – in samenwerking met het zorgveld – kaders en indicatoren waarmee de kwaliteit van de zorg, zeker daar waar dwang in het spel is, te meten en te handhaven is. Zij wil met name een beter toezicht op het systeem van gedwongen zorg, een terrein dat aanzienlijk breder is dan het bewaken van de interne rechtspositie, waar het (de kwaliteit van) de gehele besluitvorming en uitvoering van deze zorg betreft.

### **Doelstellingen**

De strategische visie 'Sterk van Geest, naar herstel van regie' (2008) beschrijft het IGZ-toezicht op de geestelijke gezondheidszorg voor de jaren 2008-2011. In deze visie neemt toezicht op de kwaliteit van zorg voor kwetsbare groepen een centrale plaats in. De IGZ wil door onderzoek en handhaving bijdragen aan de bescherming en de kwaliteit van behandeling van kwetsbare groepen. Dit geldt ook voor psychiatrische patiënten bij wie dwang wordt toegepast: patiënten moeten zo min mogelijk risico's lopen op gezondheidsschade en op inboeten aan kwaliteit van leven bij het toepassen van de soms noodzakelijke dwang. Instellingen moeten de toepassing van dwang en in het bijzonder van separatie op het moment van opname dus zo beperkt, veilig en patiëntgericht mogelijk uitvoeren.

Hierbij hanteert de inspectie twee uitgangspunten. De zorgaanbieder (instellingen en hulpverleners) is onder eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur primair verantwoordelijk voor de uitvoering en kwaliteit van de (gedwongen) zorg (intern toezicht). Zorgaanbieders zijn bovendien intrinsiek gemotiveerd om verantwoorde zorg te leveren.

Om het doel van dit thematisch toezicht te realiseren, wil de inspectie eraan bijdragen de hulp te verbeteren aan patiënten die op het moment van opname in een psychiatrische opnameafdeling ernstig ontregeld zijn. Over de brede linie strekt dit thematisch toezicht ertoe dat deze afdelingen waar nodig verbeteringen invoeren en opschuiven naar het kwaliteitsniveau van die opnameafdelingen die met recht als voorbeeldafdeling kunnen dienen (ook vaak 'best practices' genoemd). De succesfactoren van deze voorbeeldafdelingen krijgen in dit onderzoek dan ook veel aandacht.

Om deze zorg aan patiënten te helpen verbeteren, moeten deze afdelingen de noodzaak tot dwang zorgvuldig inschatten en afwegen. Separatie direct bij opname en daarna is daarbij een beheersmaatregel die alleen als uiterste maatregel worden toegepast. Een dergelijk op *preventie* gericht beleid is echter pas daadwerkelijk effectief te implementeren wanneer deze implementatie samengaat met een optimale kwaliteit van psychiatrische, lichamelijke en psychosociale zorg van de psychiatrische opnameafdeling in brede zin. De opnameafdeling is immers primair een 'Intensievezorgafdeling', die hoogwaardige professionele expertise en op de individuele zorgbehoeften afgestemde begeleiding en behandeling biedt. Goede bejegening en ondersteuning zijn hierbij essentieel.

### Vraagstelling

Het onderzoek richtte zich op opnameafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen alsmede op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en enkele psychiatrische universiteitsklinieken (PUK)<sup>[3]</sup>. Centraal staan de volgende twee vragen:

- 1 In hoeverre is de geboden kwaliteit van zorg op deze opnameafdelingen ingebed in een beleid dat insluiting van de patiënt in een separeerruimte op de eerste dag van opname helpt te voorkomen? Met andere woorden: in hoeverre is deze zorg vanaf de eerste minuut van binnenkomst op de opnameafdeling daadwerkelijk gericht op de individuele zorgbehoeften en daarmee ook op het niet onnodig separeren van de patiënt?
- 2 Met welke structuur- en proceskenmerken hangen gevonden verschillen tussen de instellingen in aantallen en duur van de separatie samen?

### Onderzoeksmethode

Het toezicht is uitgevoerd in 39 opnameafdelingen van GGZ-voorzieningen<sup>[4]</sup>, verdeeld over drie groepen met een respectievelijk hoog, laag en tussenliggend percentage separaties op de eerste dag ex artikel 39 Wet BOPZ. Deze opnameafdelingen kregen een inspectiebezoek tussen april en juli 2008. Tijdens het bezoek voerden de inspecteurs gesprekken met verschillende groepen medewerkers die aan de opnameafdelingen verbonden zijn. Ook vond een rondgang over de diverse afdelingen plaats. Verder analyseerden zij documenten en patiëntendossiers. In bijlage 2 vindt u een uitvoeriger beschrijving van de onderzoeksmethode.

In het kader van de methodologische verantwoording zijn drie vragen beantwoord (de antwoorden vindt u achter de vragen):

- Of en, zo ja, in hoeverre bestaat er samenhang tussen het percentage separaties volgens artikel 39 van de Wet BOPZ en het opname- en op preventie van separeren gerichte beleid van de klinieken? Die samenhang blijkt duidelijk aanwezig.
- Vertoont de spreiding van percentages separaties samenhang met de complexiteit van het verzorgingsgebied van de opnameafdeling? Het antwoord hierop is ontkennend: de verschillen in percentages separaties bij opname hangen samen met kenmerken van de opnameafdelingen en niet met externe factoren, zoals grotestadproblematiek.
- Is de spreiding van de percentages separaties voldoende groot om een zinvolle vergelijking te kunnen maken tussen drie groepen klinieken, namelijk de groep met een hoog (>40 procent), tussenliggend en een laag percentage (<25 procent) insluitingen in de separeer? Ook dit blijkt het geval te zijn.

Een uitgebreidere beschrijving en een toelichting op de relevantie van de beantwoording van deze vragen staan in bijlage 3.

---

[3] Instellingen voor verslavingszorg, forensische zorg en kinder- en jeugdpsychiatrie zijn op praktische gronden niet in dit toezicht betrokken.

[4] De IGZ hecht eraan op te merken dat zij bij de selectie van 39 GGZ-instellingen telkens één of meer opnameafdelingen heeft bezocht. Omdat de kwaliteitsverschillen tussen afdelingen van eenzelfde instelling groot kunnen zijn, is het beeld dat zij in dit rapport van de bezochte afdeling schetst, niet noodzakelijkerwijs representatief voor de totale instelling.

### Toetsingskader

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen, heeft de inspectie het Toezicht-instrument 'Separeren bij Opname' ontwikkeld. Het instrument is gebaseerd op de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en op de daarvan afgeleide veldnormen die onder andere de beroepsverenigingen hebben ontwikkeld. Het gaat in het bijzonder om het normatieve kader zoals geformuleerd in het project Dwang en Drang en de Kwaliteitscriteria Dwang en Drang van GGZ Nederland. Ook raadpleegde de inspectie het concept van de recente monodisciplinaire conceptrichtlijn Besluitvorming Dwang (versie april 2008) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

De inspectie heeft het toetsingskader eerst ter beoordeling en voor commentaar voorgelegd aan een aantal externe deskundigen<sup>[5]</sup>. Op basis van hun commentaar heeft zij het toetsingsinstrument verder aangepast en verbeterd. Daarna werd het toetsingsinstrument in een pilot uitgetoetst (zie bijlage 2, fase 2). Dit leidde tot een aantal verdere verbeteringen.

Het toezichtinstrument bevat acht toezichtonderwerpen:

- 1 Algemene beleidsvisie van de opnameafdeling op haar taak.
- 2 Deelname aan project Dwang en Drang.
- 3 Scholing en training.
- 4 Op preventie van separeren gericht beleid.
- 5 Overleg met verwijzende instanties.
- 6 Beleid bij binnenkomst van patiënt op opnameafdeling.
- 7 Procedure bij besluit tot al dan niet toepassing van separatie.
- 8 Toepassen en beëindigen van separatie.

Binnen deze toezichtonderwerpen zijn verschillende structuur- en proceskenmerken benoemd. In bijlage 1 vindt u een toelichting hierop. In §3.1 vindt u de deelvragen bij het onderzoek.

---

[5] GGZ Nederland: Grace Herrmann; deelnemer Projectgroep Dwang en Drang: Bert Lendemeijer; Symphoragroep: Heidi de Kam, verpleegkundige.

## 2 Conclusies en beoogd vervolgtraject

Tegen de achtergrond van de in het vorige hoofdstuk aangegeven toezichtonderwerpen volgen hierna de belangrijkste conclusies van dit thematische toezicht. Vervolgens presenteert de inspectie enkele aanbevelingen aan het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), GGZ Nederland en de verschillende betrokken beroepsgroepen om de noodzakelijke randvoorwaarden te creëren. Daarna volgen de door de zorgaanbieders en GGZ Nederland te treffen maatregelen, om te bereiken dat de opnameafdelingen de toepassing van dwang en in het bijzonder van separatie op het moment van opname zo beperkt, veilig en patiëntgericht mogelijk uitvoeren. Tot slot volgt een paragraaf over de handhaving door de inspectie bij de psychiatrische zorginstellingen.

### 2.1 Inbedding in beleid laat vaak nog te wensen over

De inspectie heeft om te beginnen vastgesteld dat een derde van de bezochte opnameafdelingen vrij consistent en systematisch actief aandacht besteedt aan het terugdringen van separatie bij opname. Drie van deze afdelingen verdienen met recht het predikaat 'voorbeeldafdeling' (ook vaak 'best practice' genoemd). Deze afdelingen zijn erin geslaagd geleidelijk het aantal en de duur van het insluiten van patiënten in een separeerruimte te verminderen.

Tweederde van de opnameafdelingen werkt dus nog niet systematisch aan de terugdringing van het separeren. Wel leeft in veel GGZ-instellingen, vaak onder invloed van patiënt-/cliëntorganisaties en GGZ Nederland, in sterke mate de bereidheid het separeren zoveel mogelijk terug te dringen, zowel qua aantal als qua duur. Inmiddels nemen bijvoorbeeld 15 van de in totaal 40 door de inspectie bezochte opnameafdelingen op systematische wijze deel aan het landelijke verbeterproject Dwang en Drang. Weliswaar zijn inmiddels ook veel andere opnameafdelingen in het kader van dit project begonnen verbeteringen in te voeren, maar het project moet systematisch worden voortgezet en uitgebreid om deze verbeteringen stevig in de uitvoering van zorgprocessen in te bedden.

In één derde van de opnameafdelingen schiet de eerste opvang van de patiënt tekort. De inspectiebezoeken laten zien dat een systematisch en tijdig op de zorgbehoeften van de patiënt afgestemde soort zorg wordt belemmerd door de combinatie van grote opnamedruk met een kwetsbare personele bezetting, het ontbreken van voldoende eerste opvang en het niet zo kort mogelijk na opname uitvoeren van een psychiatrisch, psychosociaal en verpleegkundig onderzoek. Onnodige separatie van de patiënt is daarvan het gevolg.

### 2.2 Verschillen tussen instellingen hangen samen met diverse structuur- en proceskenmerken

Hieronder volgt een opsomming van de belangrijkste structuur- en proceskenmerken die bijdragen aan de verschillen tussen opnameafdelingen in aantallen en duur van de separatie.

### **2.2.1 Verschillen in systematisch gebruik Argusregistratie en feedback**

Voorbeeldafdelingen verzamelen systematisch gegevens over het aantal en de duur van het separeren en koppelen deze, en dat is cruciaal, met regelmaat als spiegelinformatie terug naar het behandelteam.

Veel opnameafdelingen maken vaak al wel gebruik van de Argusregistratie om het aantal en de duur van separaties te meten, maar koppelen deze gegevens nog onvoldoende systematisch naar het behandelteam en de leidinggevende(n) van de opnameafdeling: slechts vijftien afdelingen koppelen met regelmaat terug naar het behandelteam. Daardoor is het zicht op aantal en duur van separaties onvoldoende en laat de bijstelling van de praktijk van het separeren te wensen over.

### **2.2.2 Verschillen in systematisch scholings- en trainingsbeleid**

De voorbeeldafdelingen ontwikkelen een omvattend scholingsbeleid en passen dit ook toe; dit beleid ondersteunt het behandelteam van de opnameafdeling actief bij de preventie van het separeren van de patiënt en richt zich op zorgvuldige opvang, begeleiding en behandeling. Er is hierdoor veel ervaringskennis beschikbaar.

Bijna de helft van de opnameafdelingen beperkt zich in het bijscholingsaanbod echter tot onderdelen van een op preventie van separeren gericht beleid, zoals periodieke trainingen die de verpleegkundigen ondersteunen bij het beheersen en effectief hanteren van agressief gedrag bij patiënten. Beleid over (bij-)scholing en training in kennis en vaardigheden van de eerste opvang van de patiënt op de opnameafdeling, op het gebied van preventie van separatie van de patiënt en, in bredere zin, over begeleiding, diagnostiek en behandeling wordt nog niet GGZ-breed ontwikkeld en in praktijk gebracht.

### **2.2.3 Verschillen in systematische intervisie en besprekingen**

Voorbeeldafdelingen hebben op vaste tijden en voor ieder lid van het multidisciplinaire team van de opnameafdeling casuïstiekbesprekingen, intervisie- en refereer-bijeenkomsten. Dit genereert voortdurend nieuwe leerervaringen die ten goede komen aan de kwaliteit van zorg en dus aan het terugdringen van het separeren van patiënten.

In driekwart van de opnameafdelingen vinden echter geen systematische intervisie, casuïstiekbesprekingen en kennisuitwisseling plaats tussen alle medewerkers die aan het multidisciplinaire team verbonden zijn. In een derde van de afdelingen is dit het gevolg van de grote opnamedruk in relatie tot een onder druk staande personele bezetting.

### **2.2.4 Verschillen in verslaglegging**

Voorbeeldafdelingen gebruiken de aantekeningen in het patiëntendossier over het afwegingsproces dat al dan niet heeft geleid tot separatie, met regelmaat in casuïstiekbesprekingen van het multidisciplinaire team. Hierdoor komt eerstehands informatie direct ten goede aan verbetering van zorg.

De meeste opnameafdelingen houden in patiëntendossiers echter onvoldoende aantekening bij over het besluitvormingsproces rondom dwangtoepassingen, in het bijzonder het separeren bij opname. Daardoor kunnen zij onvoldoende onderzoeken hoe zij de kwaliteit van zorg op deze punten kunnen verbeteren. Ook de inspectie kon hierdoor niet in alle gevallen het afwegingsproces reconstrueren dat al dan niet leidt tot het besluit om een patiënt te separeren.

### **2.2.5 Verschillen in systematisch onderzoek naar relaties tussen dwang en zorg in opnameklinieken**

Hoewel dit geen structuur- of proceskenmerk betrof, viel het de inspectie op dat slechts enkele opnameafdelingen in samenwerking met een universiteit onderzoek doen naar de effecten van op preventie van separeren gericht beleid. Systematische kennisvergroting en multicenter opgezet wetenschappelijk onderzoek vinden nauwelijks plaats, terwijl dit hard nodig is om de zorg 'evidence-based' te verbeteren.

Ook in bredere zin wordt niet onderzocht welke soort psychiatrische zorg de beste resultaten geeft vanuit het perspectief van patiëntgerichtheid, veiligheid en effectiviteit van zorg in een psychiatrische opnameafdeling. Elke opnameafdeling bedenkt daardoor een eigen stramien. Specifieke kennis en deskundigheden zijn gebonden aan specifieke personen; spreiding en uitwisseling van kennis en ervaring vinden nog weinig systematisch plaats, onder andere doordat er hier geen geschikt forum voor is.

## **2.3 Aanbevelingen aan ministerie van VWS en betrokken beroepsgroepen**

Hieronder volgen de aanbevelingen voor het ministerie en de betrokken beroepsgroepen: de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), vakcommissie GGZ, het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en de koepel van cliënten- en familieorganisaties Landelijk Platform GGZ.

- 1 *Veldnormen*. Het is de verantwoordelijkheid van beroepsgroepen veldnormen te ontwikkelen voor de preventie van separatie van patiënten in psychiatrische opnameafdelingen. Zij kunnen hierbij aansluiten op de conceptrichtlijn 'Besluitvorming Dwang' van de NVvP. Op basis van deze veldnormen kunnen zij de kwalitatieve en kwantitatieve bezetting normeren van een voldoende en gedifferentieerd samengestelde personele staf. Gezien de maatregelen die de inspectie oplegt aan de zorgaanbieders, moeten deze veldnormen vóór eind april 2009 beschikbaar zijn.
- 2 *Deskundigheidsbevordering*. De inspectie adviseert het ministerie en de beroepsgroepen daarnaast, bij voorkeur eveneens vóór eind april 2009, een beleidsplan op te stellen dat voorziet in een programma van eisen voor deskundigheidsbevordering, c.q. kennis en vaardigheden die vereist zijn voor een gespecialiseerde multidisciplinaire uitvoering van psychiatrische, verpleegkundige, psychologische en sociaal-maatschappelijke zorg in psychiatrische opnameafdelingen. GGZ Nederland kan hierbij de rol van regievoerder op zich nemen.
- 3 *Multicenter wetenschappelijk onderzoek*. De inspectie adviseert de beroepsgroepen samen met wetenschappelijke instituten en UMC's een beleidsplan op te stellen dat voorziet in de totstandkoming van multicenter wetenschappelijk onderzoek, en dit beleidsplan aan te bieden aan het ministerie van VWS. De focus in het onder-

zoek ligt op vraagstellingen over patiëntgerichte, veilige en effectieve opvang, begeleiding en behandeling van patiënten in psychiatrische opnameafdelingen. Hiertoe behoort nadrukkelijk het aandachtsgebied van het insluiten van patiënten in een separeerruimte.

- 4 *Verbeterproject Dwang en Drang.* De inspectie adviseert het project Dwang en Drang, gesubsidieerd door het ministerie van VWS en gecoördineerd door GGZ-Nederland, onverminderd voort te zetten. Het toezicht laat zien dat een actieve deelname aan het project een effectieve prikkel tot verbetering is. Het introduceren en structureel inbedden van verbeteringen in de toepassing van separatie moet daarom voor alle psychiatrische opnameafdelingen een majeur beleidspeerpunt worden.

## 2.4 Door GGZ Nederland en zorgaanbieders te treffen maatregelen

De zorgaanbieders moeten de onderstaande maatregelen uiterlijk vóór eind mei 2009 ten uitvoer brengen.

- 1 *Beleidsontwikkeling.* De opnameafdelingen die nog geen succesvol beleid voeren voor preventie en reductie van separatie, moeten dit alsnog gaan doen. Maak hierbij gebruik van de handvatten uit de afzonderlijke inspectierapportages. Geef als Raden van Bestuur van de GGZ-instellingen aan hoe u de opnameafdelingen effectief toerust om daadwerkelijke uitvoering te geven aan een op preventie van separeren gerichte psychiatrische zorg. De inspectie verwacht dat alle GGZ-instellingen zich hierbij spiegelen aan de bevindingen in dit rapport en op basis van deze analyse een plan van aanpak opstellen om de noodzakelijke verbeteringen op zo kort mogelijke termijn te bewerkstelligen. De in dit rapport beschreven kenmerken van de voorbeeldafdelingen kunnen hiervoor leidraad zijn. Het plan van aanpak omvat concrete en toetsbare doelstellingen, activiteitenplannen, deadlines en toewijzing van verantwoordelijk leidinggevenden en uitvoerders.
- 2 *Implementatie veldnormen.* Neem in het plan van aanpak de veldnormen op die de beroepsgroepen formuleren (zie aanbeveling 1) over preventie van separatie en gebruik deze bij de implementatie van de zorgverbetering op de opnameafdelingen. Hanteer hierbij als uitgangspunt dat de psychiatrische opnameafdeling een afdeling is voor intensieve zorg, diagnostiek en behandeling. Neem in de plannen van aanpak voldoende maatregelen op die het structureel bieden van deze intensieve zorg ondersteunen. Neem deze maatregelen ook op in het §2.2.5 gevraagde beleid. Hiertoe behoren onder meer de volgende aspecten.
  - Maak op basis van de ontwikkelde veldnormen afspraken over een voldoende en gedifferentieerd samengestelde personele staf (verpleegkundige bezetting en het multidisciplinaire klinisch behandelteam). Zorg er vervolgens voor dat de samenstelling van deze staf zodanig is dat voldoende intensieve zorg voor alle opgenomen patiënten beschikbaar is en het behandelteam wekelijks intervisie en casuïstiekbesprekingen kan houden over het voorkomen van separatie bij opname. Neem in dit team ook psychologische en sociale expertise op.
  - Zorg voor alternatieven in de vorm van andere afzonderingsruimten dan de separeerruimten om de psychiatrische zorg effectief af te stemmen op de individuele zorgbehoeften van de patiënt.
- 3 *Argusregistratie.* Gebruik voortaan de Argusregistratie in alle psychiatrische opnameafdelingen in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling en als sturingsinformatie voor het klinische behandelteam.

- 4 *Systematische kennisuitwisseling.* Zorg ervoor dat het personeel van psychiatrische opnameafdelingen wekelijks en systematisch deelneemt aan intervisie, casuïstiekbesprekingen en bijeenkomsten voor kennisuitwisseling.
- 5 *Betere verslaglegging.* Stel als GGZ Nederland in nauw overleg met de professionals een pakket van eisen op waarin staat aan welke maatstaven patiëntendossiers moeten voldoen om te komen tot betere intercollegiale transparantie in het behandelteam over afwegingen en toepassingen van zorg en in het bijzonder van dwangmaatregelen, inclusief het separeren.

## 2.5 Handhaving door de inspectie

Ter wille van de handhaving heeft de inspectie de beoordelingen van de opnameafdelingen in vier risicogroepen onderscheiden. Zij heeft het risico op onnodige separatie hoger ingeschat naarmate het op preventie van separeren gerichte beleid van de opnameafdeling op minder toezichtonderwerpen operationeel is<sup>[6]</sup>. Doorslaggevend voor de beoordeling 'geen tot gering' dan wel 'gering tot matig risico' zijn de toezichtonderwerpen 6 'beleid bij binnenkomst van de patiënt op de opnameafdeling' en 7 'procedure bij besluit toepassing separatie'; de inspectie ziet met name deze toezichtonderwerpen als de kristallisatiepunten waarin alle aspecten van het separatiepreventiebeleid helder zichtbaar worden. Verder keken de inspecteurs hierbij naar in de maak zijnde beleidsplannen en belemmerende factoren.

<i>Mate van risico</i>	<i>Beoordelingscriteria</i>
Opnameafdelingen met geen tot gering risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Op ten minste zes van de acht toezichtonderwerpen is het op preventie van separeren gerichte beleid operationeel. Dit betreft in ieder geval de toezichtonderwerpen 6 en 7.</li> <li>– Er is sprake van (vergevorderde invoering van) registratie van aantal en duur van het separeren, die actief wordt gebruikt als sturingsinformatie in de teamevaluaties.</li> </ul>
Opnameafdelingen met gering tot matig risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Op vier of vijf van de acht toezichtonderwerpen is het op preventie van separeren gerichte beleid operationeel. Dit betreft in ieder geval de toezichtonderwerpen 6 en 7.</li> <li>– De opnameafdelingen hebben concreet beleid ingezet om de kwaliteit van zorg op de verschillende toezichtonderwerpen verder te verbeteren.</li> </ul>
Opnameafdelingen verhoogd risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Op slechts twee of drie van de in totaal acht toezichtonderwerpen is het op preventie van separeren gericht beleid operationeel.</li> <li>– De opnameafdelingen hebben inmiddels weliswaar concreet beleid ingezet om de kwaliteit van zorg op de verschillende toezichtonderwerpen te verbeteren, maar de inspectie betwijfelt of dit op korte termijn tot resultaat zal leiden.</li> <li>– Er zijn een of meer afdelingsgebonden beperkingen, zoals personele krapte, gebrekkige professionele toerusting of weinig uitwerking van op preventie van separeren gericht beleid; dit gaat samen met een relatief hoog percentage separaties bij opname.</li> </ul>

[6] 'Geborgd' zou mooier zijn, maar 'operationeel effectief' volstaat om het risico op onnodige separatie tot een acceptabel niveau terug te dringen; het beleid wordt dan immers wel adequaat uitgevoerd.

Opnameafdelingen met een hoog tot zeer hoog risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Op hoogstens een van de acht toezichtonderwerpen is het op preventie van het separeren gericht operationeel.</li> <li>– Er zijn enkele, samenhangende, factoren die het invoeren van verbeteringen belemmeren, zonder dat hierin op korte termijn structurele verbeteringen te verwachten zijn; hierbij gaat het onder meer om onvoldoende op de zorgbehoeften van de patiënten afgestemde zorg, problemen met de personele sterkte en/of een behandelstaf die onvoldoende is toegerust om volgens de ‘state of the art’ patiënten op te vangen, te begeleiden en te behandelen.</li> </ul>
--	--

Op grond van de inspectie zijn de 39 bezochte instellingen als volgt in de risicogroepen ingedeeld.

<i>Mate van risico</i>	<i>Opnameafdelingen (in alfabetische volgorde per risicogroep)</i>
Opnameafdelingen met geen tot gering risico <sup>[7]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Amphia ziekenhuis, locatie Langendijk PAAZ te Breda</li> <li>– Buitenamstel/Geestgronden, locatie Spaarnepoort te Hoofddorp</li> <li>– De Gelderse Roos, locatie Braamberg te Arnhem</li> <li>– GGZ Delfland, locatie St. Joris te Delft</li> <li>– GGZ Eindhoven, locatie Michel Angelolaan te Eindhoven</li> <li>– GGZ Westelijk Noord Brabant, locatie Hoofdlaan te Halsteren</li> <li>– Mondriaan Zorggroep, locatie Vijverdal te Maastricht</li> <li>– Rivierduinen, locatie Rijnaarde te Alphen a/d Rijn</li> </ul>
Opnameafdelingen met gering tot matig risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adhesie, locatie Westeres te Almelo</li> <li>– Altrecht WA Huis, locatie unit A te Utrecht</li> <li>– De Gelderse Roos, locatie Veluwevallei te Ede</li> <li>– De Grote Rivieren, locatie Wijnkoperstraat te Gorinchem</li> <li>– Delta Psychiatrisch Centrum, locatie Blaak te Poortugaal</li> <li>– Erasmus Medisch Centrum, locatie 's Gravendijkwal PAAZ te Rotterdam</li> <li>– Forum GGZ, afdeling Aurora te Nijmegen</li> <li>– GGZ Breburggroep, locatie PC Zuid te Breda</li> <li>– GGZ Friesland, locatie Franeker te Franeker</li> <li>– GGZ Friesland, locatie Sneek te Sneek</li> <li>– GGZ Friesland, locatie Leeuwarden te Leeuwarden</li> <li>– GGZ Meerkanten, kliniek Meerzicht te Lelystad</li> <li>– GGZ Meerkanten, locatie Johannesbos te Ermelo</li> <li>– GGZ Noord Holland-noord, locatie Noordduyne te Den Helder</li> <li>– Lucas Andreas Ziekenhuis, PAAZ te Amsterdam</li> <li>– Orbis, locatie Prins Clauscentrum afdeling kliniek te Sittard</li> <li>– Parnassia Bavo, locatie KCAP te Den Haag</li> <li>– Rivierduinen, Haagstreek locatie Lindehof A2 te Leidschendam</li> <li>– Symphoragroep, locatie Rembrandthof te Hilversum</li> </ul>

[7] Twee van deze opnameafdelingen kregen het predikaat ‘voorbeeldafdeling’ (zie §3.1).

Opnameafdelingen met verhoogd risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Altrecht, locatie RPC Woerden te Woerden</li> <li>– Altrecht, locatie RPC Nieuwegein te Nieuwegein</li> <li>– Arkin, locatie SPDC Noord te Amsterdam</li> <li>– GGZ Oost Brabant, locatie Helmond te Helmond</li> <li>– GGNet, locatie Warnsveld afdeling IZ te Warnsveld</li> <li>– Mediant, locatie Helmerzijde te Enschede</li> <li>– Mondriaan Zorggroep, locatie Heerlen afdeling BB te Heerlen</li> <li>– Parnassia Bavo, locatie Poortmolen te Capelle ad IJssel</li> <li>– Rivierduinen/GGZ Leiden, Gesloten Opname volwassenen te Oestgeest</li> <li>– St. Elisabeth Ziekenhuis, PAAZ Tilburg</li> <li>– Twee Steden Ziekenhuis, PAAZ Tilburg</li> </ul>
Opnameafdelingen met een hoog tot zeer hoog risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Arkin, locatie SPDC Oost te Amsterdam</li> </ul>

De IGZ stemt haar handhavingsbeleid hierop als volgt af. Daarbij is het uitgangspunt dat alle GGZ-zorginstellingen zich voor al hun opnameafdelingen spiegelen aan de resultaten van dit rapport. Alle GGZ-instellingen maken voor elke opnameafdeling een concreet en toetsbaar plan van aanpak om de noodzakelijke verbeteringen op zo kort mogelijke termijn, maar uiterlijk eind mei 2009, te bewerkstelligen. De in dit rapport beschreven kenmerken van de voorbeeldafdelingen kunnen hiervoor leidraad zijn. Het plan van aanpak omvat concrete en toetsbare doelstellingen, activiteitenplannen, deadlines en toewijzing van verantwoordelijk leidinggevenden en uitvoerders.

<i>Mate van risico</i>	<i>Handhavingsbeleid</i>
Opnameafdelingen met geen tot gering risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– De instelling waarvan de opnameafdeling deel uitmaakt, stuurt haar evaluaties van verbeteracties op basis van het plan van aanpak naar de IGZ.</li> </ul>
Opnameafdelingen met gering tot matig risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– De instelling stuurt haar evaluaties van verbeteracties naar de IGZ. De IGZ zal steekproefsgewijs controleren of de instelling een plan van aanpak heeft en hoe het staat met de uitvoering hiervan.</li> </ul>
Opnameafdelingen met verhoogd risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– De instelling stuurt het plan van aanpak naar de IGZ. De deadline hiervoor staat vermeld in de afzonderlijke inspectierapportage.</li> <li>– De inspectie vraagt om driemaandelijke rapportages over de voortgang van de implementatie van dit plan van aanpak.</li> <li>– Op basis van de resultaten en een risico-inschatting bezoekt de inspectie vervolgens deze afdelingen.</li> </ul>
Opnameafdelingen met een hoog tot zeer hoog risico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– De inspectie volgt deze opnameafdelingen intensief. Dit houdt in dat de instelling op korte termijn, op een van te voren bepaalde datum, aan de inspectie een plan van aanpak overhandigt.</li> <li>– De instelling/zorgaanbieder biedt de inspectie vervolgens maandelijks voortgangsrapportages.</li> <li>– De inspectie beoordeelt frequent (ter plaatse) ook onverwacht de vorderingen.</li> <li>– Indien binnen afzienbare tijd (6 maanden) geen verbetering optreedt, volgt sluiting of een andere passende vorm van handhaving van de opnameafdeling in kwestie, afhankelijk van de geconstateerde gebreken.</li> </ul>

De inspectie verwacht dat ook in veel niet-bezochte opnameafdelingen verbeteringen noodzakelijk zijn. Zij zal daarom alle GGZ-instellingen in Nederland informeren over de resultaten van dit thematisch onderzoek. Bovendien zal zij in 2009 steekproefsgewijze toezichtbezoeken brengen aan de circa 100 niet-bezochte opnameafdelingen. Hierbij zal zij specifiek kijken naar het gevraagde plan van aanpak en naar de manier waarop de instellingen dit plan van aanpak hebben uitgevoerd en met welk resultaat. De inspectie wil hierbij ook de signalen meenemen van onder meer de Stichting PVP, vertrouwenspersonen in de zorg; dit is echter alleen mogelijk als deze stichting de namen van de betrokken instelling aan de inspectie bekendmaakt.

## 3 Resultaten

### 3.1 Inleiding

De resultaten van dit thematische toezicht zijn voor alle bezochte instellingen ondergebracht in vier beoordelingscategorieën: *beleid afwezig*, *beleid aanwezig*, *beleid operationeel* en *beleid geborgd*. De resultaten zijn nader geanalyseerd in samenhang met alle gegevens die tijdens het toezichtbezoek verzameld zijn en met de volledige rapportages die de inspecteurs voor elk van de bezochte opnameafdelingen hebben opgesteld. Met deze sturingsinformatie kunnen de opnameafdelingen (de uitvoering van) hun beleid verder verbeteren. In het schema hieronder ziet u de toelichting op de beoordelingscategorieën (zie ook bijlage 1).

Toelichting op de beoordelingscategorieën	
<i>Afwezig</i>	De instelling of zorgaanbieder beschikt niet over een vastgesteld document waarin de visie en het beleid over een onderdeel of aspect worden beschreven.
<i>Aanwezig</i>	Een dergelijk document is beschikbaar en bij de medewerkers van de instelling bekend. Het schriftelijk vastgelegde beleid is echter (nog) niet of ten dele geïmplementeerd.
<i>Operationeel</i>	Het beleid in kwestie wordt inmiddels binnen de hele opnameafdeling en op alle onderdelen waarop het beleid betrekking heeft op systematische wijze uitgevoerd.
<i>Geborgd</i>	Het beleid in kwestie wordt volledig uitgevoerd én de uitvoering van dit beleid is geborgd door middel van een concrete, bij voorkeur cijfermatige meting van belangrijke aspecten van het zorgproces en van de uitkomsten van de geboden zorg.

Voor de volgende toezichtonderwerpen is de inspectie nagegaan hoe de bezochte afdelingen scoren:

- 1 Algemene beleidsvisie van de opnameafdeling op haar taak.
- 2 Deelname aan project Dwang en Drang.
- 3 Scholing en training.
- 4 Op preventie van separeren gericht beleid.
- 5 Overleg met verwijzende instanties.
- 6 Beleid bij binnenkomst van patiënt op opnameafdeling.
- 7 Procedure bij besluit tot al dan niet toepassing van separatie.
- 8 Toepassen en beëindigen van separatie.

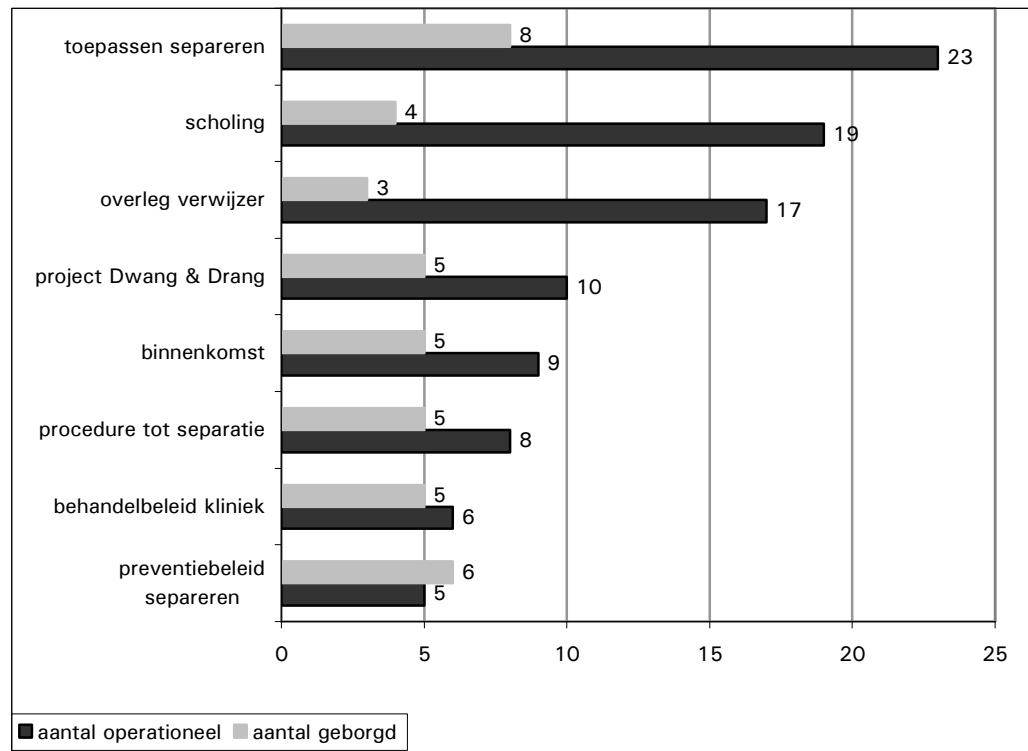
Hierbij formuleerde de inspectie zes deelvragen; deze gaan doorgaans over de achterliggende structuur- en proceskenmerken. De cijfers achter de vragen verwijzen naar de toezichtonderwerpen hierboven. In deze deelvragen is toezichtonderwerp 2 geïntegreerd in 4 en toezichtonderwerp 3 in 6, omdat deze in de praktijk dicht bij elkaar liggen. Begonnen wordt met de toepasselijke randvoorwaarde(n) waaraan voldaan moet zijn.

- 1 *Algemene beleidsvisie van de opnameafdeling op haar taak:*  
Ontwikkeling en vastlegging van een visie en daaruit voortvloeiend beleid zijn essentieel. In hoeverre hebben de multidisciplinaire teams van de opnameafdelingen zich een visie eigen gemaakt die erop gericht is dwangmaatregelen zoveel mogelijk te voorkomen, en een attitude die erop gericht is een patiëntgerichte en effectieve psychiatrische zorg in stand te houden of te versterken? In hoeverre is dit multidisciplinaire team voldoende gedifferentieerd? In hoeverre is er voldoende professionele capaciteit, zowel kwantitatief als kwalitatief? (1)
- 2 *Op preventie van separeren gericht beleid:*  
De zorg en de toepassing van dwang moeten worden gemonitord en getoetst. Registratie en spiegelinformatie zijn daarbij niet alleen nodig voor externe verantwoording maar ook voor een goed lopend intern kwaliteitsbeleid binnen de psychiatrische opnameafdelingen zelf. Deze bieden immers sturingsinformatie om het gevoerde beleid bij te stellen en te verbeteren. In hoeverre en op welke wijze werkt de psychiatrische afdeling met een op preventie van separeren gericht beleid, al dan niet hierin ondersteund door deelname aan het project Dwang en Drang? In hoeverre gebruikt de afdeling daarbij de Argusregistratie? In hoeverre is er voldoende intern draagvlak voor dit beleid? (4) (2)
- 3 *Overleg met verwijzende instanties:*  
Goede communicatie met de verwijzende instanties is uiteraard een randvoorwaarde voor zorgvuldige zorg. In hoeverre onderhouden de medewerkers van de opnameafdeling een op de zorgbehoeften van de patiënten afgestemd overleg met deze instanties? (5)
- 4 *Beleid bij binnenkomst van de patiënt op de opnameafdeling:*  
De opnameafdeling moet zich systematisch richten op het tot stand brengen van een optimaal niveau van welbevinden van de patiënt. In hoeverre gebruiken de zorgverleners direct op het moment van binnenkomst van de patiënt en daarna strategieën en methodieken die een patiëntgerichte, effectieve en op preventie van separeren gerichte zorg mogelijk maken? In welke mate en op welke wijze wordt personeel hierin geschoold en getraind? Tijdens de rondleidingen op de voorbeeldafdelingen gingen de inspecteurs tevens na in hoeverre ook de fysieke kenmerken en eigenschappen van de opnameafdeling een op preventie van separatie bij opname gericht beleid faciliteren. (6) (3)
- 5 *Procedure bij besluit tot al dan niet toepassen van separatie:*  
De beslissing om te separeren moet systematisch worden gebaseerd op een zorgvuldige afweging van relevante criteria. Hoe zorgvuldig verlopen de besluitvorming en de verslaglegging in het patiëntdossier over de toepassing van separatie bij opname? (7)
- 6 *Toepassen en beëindigen separatie:*  
Alle medewerkers van de opnameafdelingen moeten werken met een separeerprotocol. In hoeverre gebeurt dit? (8)

In figuur 1 is te zien bij hoeveel van het totale aantal bezochte opnameafdelingen de inspectie de verschillende toezichtonderwerpen beoordeelde als 'operationeel' of 'geborgd'.

Figuur 1

Het aantal afdelingen dat per toezichtonderwerp als 'operationeel' (donker) of 'geborgd' (licht) is beoordeeld (N = 39)<sup>[8]</sup>



Voorbeeldafdelingen kenmerken zich door een telkens terugkerende evaluatie van het handelen en de resultaten van de geboden zorg; de evaluaties vormen een vast bestanddeel van de uitvoering van zorg. Hun beleid is met andere woorden geborgd. Daardoor kunnen zij telkens bijsturen om het gewenste resultaat te bereiken. Kortom, voorbeeldafdelingen doorlopen het totale proces van Besluit (PLAN) - Handelen (DO) - Evalueren (CHECK) - Bijsturen (ACT).

Twee opnameafdelingen vertoonden volgens de inspectie voldoende kenmerken om als voorbeeldafdeling ('best practice') te kunnen worden aangemerkt; zij kunnen dienen als voorbeeld voor anderen, met name door bestudering van de hieraan ten grondslag liggende kritische succesfactoren. Het betreft de opnameafdelingen van de volgende instellingen:

- Spaarnepoort te Hoofddorp (Buitenamstel/Geestgronden)
- Rijnaarde te Alphen aan de Rijn (Rivierduinen)

In §3.2 volgt een overzicht van de succesfactoren van deze voorbeeldafdelingen. We lichten deze gemeenschappelijke kenmerken nader toe om alle betrokkenen te stimuleren en vooral ook te inspireren om dit belangrijke onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Daarna komen in §3.3 de resultaten aan de orde van de overige opnameafdelingen. De nummers achter de subparagraaftitels verwijzen naar de

[8] De opnameafdeling Amergaard (Utrecht) is hierbij niet meegenomen, omdat zij geselecteerd was als pilot.

zes deelvragen hierboven. Soms zijn er gemakshalve meer subparagrafen gewijd aan één deelvraag.

## **3.2 Resultaten voorbeeldafdelingen: kritische succesfactoren**

### **3.2.1 Er is veel aandacht voor de gezamenlijke ontwikkeling van een beleidsvisie (1)**

De opnameafdeling *Spaarnepoort* heeft de deelname aan het project *Dwang en Drang* de titel meegegeven 'De eerste vijf minuten zijn het halve werk; het voorkomen en bekorten van separaties begint bij elke eerste vijf minuten'. Hiermee benadrukt zij hoe belangrijk het is de eerste minuten van de opname van de patiënt op de opnameafdeling optimaal te benutten. Deze aandacht gaat samen met nauwkeurig en goed afgestemd overleg met de verwijzende instantie; daarbij is er een effectieve noodbeddenregeling, zodat het niet nodig is urenlang te zoeken naar een noodbed.

De drie voorbeeldafdelingen hebben gewerkt aan de ontwikkeling van een beleidsvisie die de hele situatie van de psychiatrische opname en de belangrijke componenten daarvan in beeld brengt en die aangeeft wat nodig is om de opname voor de patiënt zo respectvol, patiëntgericht, veilig en effectief mogelijk te laten verlopen. De introductie en implementatie van dit beleid zijn bovendien zorgvuldig ingebed in een daarop afgestemde infrastructuur. Er zijn projectleiders en projectmedewerkers aangesteld die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het project en daarbij worden ondersteund door onderzoeksmedewerkers. Verder bespreken zij periodiek de gegevens over het toepassen van het separeren met de verpleegkundigen en psychiaters. Ook informeren zij het management en de eerste geneeskundige periodiek en betrekken zij hen bij deze ontwikkelingen. Zij tonen tot slot actieve belangstelling voor het project, laten zich grondig informeren en faciliteren de implementatie ervan.

### **3.2.2 De stafbezetting is stevig (1)**

De verpleegkundige staf van de voorbeeldafdelingen is zodanig in aantal en vereiste deskundigheid dat intensieve zorg voor de opgenomen patiënt mogelijk is en er structureel tijd is voor intervisie, teamoverleg, casuïstiekbesprekingen en evaluatie van de voortgang van de behandeling en begeleiding. De verpleegkundige discipline, vaktherapeuten, psychiater en assistent-psychiater, psycholoog en milieu-/systeemtherapeut geven op een interdisciplinair afgestemde wijze gestalte aan intensieve zorg. De psychiater is degene die – alles overziende – de beslissing neemt om dwang toe te passen en is actief betrokken bij het opnameproces van de patiënt.

### **3.2.3 Deskundigheidsbevordering en ervaringsuitwisseling zijn versterkt (1)**

Om nieuwe methodieken uit te voeren, vond en vindt systematische deskundigheidsbevordering plaats. De aanbevelingen van het landelijke project *Dwang en Drang* worden voortdurend en nauwkeurig afgestemd met de ideeën en ervaringen van de verpleegkundigen op de opnameafdeling; dit maakt intrinsiek deel uit van het verpleegkundige denken en methodische handelen.

De voorbeeldafdelingen streven er daarom zoveel mogelijk naar dat de regie van de uitvoering in handen blijft van de verpleegkundigen. Dat de invoering van het preventiebeleid niet van de ene dag op de andere is gerealiseerd, is duidelijk. Het leidt tot discussies binnen het verpleegkundige team, waarbij er ook voor in eerste instantie

botsende gedachten en ervaringen voldoende ruimte is. Deze discussies worden mede gevoed door cijfermateriaal dat met behulp van de Argusregistratie verzameld wordt.

Voor en in het multidisciplinaire team vinden er proactief casuïstiekbesprekingen plaats, waarin het thema separeren systematisch aan de orde komt. Via scholingstrajecten maken medewerkers zich de attitude, kennis en vaardigheden eigen die zij nodig hebben om het preventiebeleid adequaat toe te passen. De belangrijke bestanddelen hierin zijn bejegening, houding, maar ook observatie- en interventiemethoden.

### **3.2.4 Beleid is meer gericht op voorkomen separatie (2)**

In de voorbeeldafdelingen was het, voorafgaand aan de start van het verbeterproject *Dwang en Drang*, routine de patiënt veelvuldig in te sluiten in een separeer. Geleidelijk aan trad er verbetering op; deze werd aanvankelijk vooral zichtbaar in een afname van de *separatieduur*.

Deze tendens lijkt zich door te zetten. Naarmate de personeelsleden meer ervaring opdoen met preventiebeleid, zien zij separeren meer als een uiterste noodmaatregel, met andere woorden niet als behandelinterventie, maar veeleer als een op dat moment tekortschieten in het bieden van een effectieve behandeling. De gedachte dat er een therapeutisch effect uitgaat van het aanbieden van een prikkelarme separeer aan de patiënt, spreekt niet langer aan. Zij streven er daarbij niet naar de praktijk van het separeren te laten verdwijnen, maar separatie alleen toe te passen als dit echt nodig is. De opnameafdeling is immers bedoeld voor mensen met ernstige psychiatrische ontregeling.

### **3.2.5 Er is draagvlak gecreëerd (2)**

De medewerkers van de voorbeeldafdelingen zijn goed geïnformeerd. Bovendien wisselen ze zelfstandig ervaringen en nieuwe informatie uit en zijn daardoor ook gemotiveerd om het project uit te voeren zoals bedoeld. Iedereen is zich ervan bewust dat het alleen maar mogelijk is het aantal separaties en de duur ervan terug te dringen wanneer zij erin slagen een breder patiëntgericht beleid te implementeren voor de bejegening en behandeling van de opgenomen patiënten. Ook schenken zij aandacht aan de samenhang met het gehele zorgtraject, inclusief de ketenaspecten daarvan. Een laatste belangrijke factor die de ontwikkeling en instandhouding voor een blijvend draagvlak bepaalt, is een stimulerende en consistent slagvaardige leiding.

### **3.2.6 Samenwerking met verwijzende instanties is bestanddeel van behandeling (3)**

Voorbeeldafdelingen hanteren transmurale behandelingsplannen. Systematische uitwisseling en samenwerking met ambulante hulpverleners en verwijzende instanties en met de zorgverleners na de opname blijken het risico op dreigende escalaties bij de patiënt te verminderen en voorkomen terugval naar een eerdere psychiatrische ontregeling.

Het personeel van de voorbeeldafdelingen onderkent dit en onderschrijft het grote belang van eendrachtige samenwerking met de verwijzende instanties, zoals de crisisdienst. Opnameafdeling en crisisdienst weten wat ze van elkaar kunnen verwachten en hoe ze handelen. De afdelingen schenken hier verdere aandacht aan, onder meer door

afstemmingsoverleg, informatievoorziening en aan dit thema gewijde studiebijeenkomsten.

De verpleegkundigen en psychiaters weten dat een voorgeschiedenis van agressief gedrag een goede voorspeller is van agressief gedrag. Daarom hechten zij aan tijdig en zorgvuldig overleg, voorafgaand aan de opname. In de praktijk schenken zij hieraan veel aandacht.

### **3.2.7 Binnenkomst in de kliniek is zorgvuldig voorbereid (4)**

De afdelingsmedewerkers van voorbeeldafdelingen beseffen dat opname en binnenkomst van de patiënt op de opnameafdeling een nieuwe situatie vormen en dat de wijze waarop het personeel de patiënt op dat moment tegemoet treedt, meebepaalt wat de patiënt nodig heeft. In *Spaarnepoort* noemen ze dit 'it takes two to tango'.

Voorbeeldafdelingen kenmerken zich door de geconcentreerde aandacht voor de situatie van binnenkomst van de patiënt op de opnameafdeling. Zo besteden de verpleegkundigen van deze afdeling in de aanloop naar een opname veel aandacht aan de kamer en het bed van de patiënt; deze moeten schoon en in gereedheid zijn gebracht. Bij opname staan zij klaar om de patiënt te verwelkomen, te helpen oriënteren op de nieuwe situatie en te informeren. Zij realiseren zich dat het in het belang van de patiënt is in deze fase zicht te krijgen op eigenschappen van het personeel, zoals betrouwbaarheid, inschattingsvermogen en respectvolle benadering. Na binnenkomst vindt meteen een eerste onderzoek plaats door de psychiater. De patiënt krijgt ook een warme maaltijd aangeboden.

### **3.2.8 Er zijn nieuwe methoden van begeleiding en behandeling ingevoerd (4)**

In voorbeeldklinieken wordt succesvol geëxperimenteerd met instrumenten voor vroegsignalering. Dit instrument bevordert dat patiënt en hulpverlener tijdig signalen leren onderkennen die kunnen wijzen op een dreigende escalatie. Een essentieel element van deze methodiek is het intensieve en ook methodisch vormgegeven contact van de verpleegkundige met de patiënt.

In *Spaarnepoort* is een nieuw model van werken ontwikkeld en geïmplementeerd, het zogenaamde crisisontwikkelingsmodel. Dit model is zeer concreet uitgewerkt in een richtlijn voor het verpleegkundige en psychiatrische handelen van de medewerkers van de opnameafdeling, zodra de patiënt de opnameafdeling binnenkomt. Dit handelen is in sterke mate patiëntgericht en werkt effectief. Er is al veel geïnvesteerd in preventie van escalaties en het nieuwe beleid lijkt zijn vruchten af te werpen<sup>[9]</sup>.

Verder geven de medewerkers van *Spaarnepoort* op een checklist aan of zij voldoende aandacht hebben geschonken aan alle aspecten die vooral in de eerste vijf minuten na binnenkomst van de patiënt maar ook daarna van belang zijn.

---

[9] Overdevest, S. & Stringer, B. (2008). *Tussenrapportage kwantitatieve analyses ter ondersteuning van het Dwang en drang project*. Interne nota Spaarnepoort.

### **3.2.9 Er is goed nagedacht over bouwkundige voorzieningen en tuinaanleg (4)**

Tijdens de rondleiding constateerden de inspecteurs dat de opnameafdeling *Rijnaarde* in Alphen aan de Rijn, in tegenstelling tot veel andere opnameafdelingen, geen ingesloten gevoel oproept. Het gebouw is ruim van opzet en biedt een goed evenwicht tussen mogelijkheden voor privacy en contact. Door de indeling van het gebouw kan de patiënt zich geborgen voelen. De opnameafdeling ziet er schoon uit. Er is veel aandacht voor hygiëne en onderhoud. Bovendien beschikt de afdeling over een comfortroom om onder andere aan patiënten met een manische ontregeling een zo aangenaam mogelijke maar wel prikkelarme omgeving te bieden. Om verpleegkundige interventiemogelijkheden voor de patiënt te vergroten, wil deze afdeling ook enkele afzonderingsruimten laten maken. De bouw hiervan start op korte termijn.

Waar de meeste opnameafdelingen geen tuin hebben of alleen beschikken over een grasveldje, heeft *Rijnaarde* een tuin laten ontwerpen als onderdeel van het leefmilieu voor de patiënt. De tuin grenst aan een ruimte waarin de patiënten verschillende soorten activiteiten aangeboden krijgen. De tuin is door een hoog hek omsloten om te voorkomen dat gedwongen opgenomen patiënten weglopen. Het hek is begroeid met veelsoortige beplanting en de tuin heeft enkele beschutte zithoeken voor de patiënten.

### **3.2.10 Patiëntendossiers zijn een bron van informatie voor patiënt, behandelteam en verwijzende partij (5)**

De voorbeeldafdelingen zetten de registratie en analyse van de praktijk van het separeren voort om vast te stellen of en, zo ja, in hoeverre de reductie van het separeren een structurele trend is als gevolg van het nieuwe beleid. Belangrijk hierbij is dat deze registratiecijfers niet blijven steken bij een onderzoeksbureau of het management, maar systematisch en periodiek worden teruggekoppeld naar de afdelingsmedewerkers. Het multidisciplinaire team gebruikt deze gegevens bij tussentijdse evaluaties om te bezien hoe verdere verbeteringen in te voeren zijn.

De patiëntendossiers op voorbeeldafdelingen bevatten bovendien heldere en volledige informatie: wat gebeurde er vóór de opname en bij binnenkomst op de afdeling, hoe ging het met de patiënt en welke interventies werden om welke reden toegepast? De afdelingsmedewerkers volstaan niet met het afvinken of aankruisen van een hokje op een formulier; wel hanteren zij een checklist als hulpmiddel om aan al het noodzakelijke aandacht te schenken. In de dossiers staat ook wat er bij binnenkomst gedaan werd (bijvoorbeeld vragen of de patiënt een warme maaltijd wil of in hoeverre familie of anderen over de opname zijn geïnformeerd) en hoe de patiënt daarop reageerde.

Tot slot wordt op het moment van opname een verpleegkundig en psychiatrisch onderzoek uitgevoerd om te bepalen welke zorg of behandelingsmaatregelen nodig zijn. Hierin is duidelijk herkenbaar hoe een keuze voor een bepaalde interventiestrategie tot stand is gekomen.

### **3.2.11 Als separeren moet, zijn besluitvorming en verslaglegging zorgvuldig (5)**

Zowel de verpleegkundige staf als de psychiater (die daarin een eigen medisch psychiatrische verantwoordelijkheid heeft) beoordeelt of de opname is verlopen zoals in het vernieuwde opnamebeleid is vastgelegd; dit gebeurt professioneel en dus zorgvuldig.

Als insluiting in een separeer noodzakelijk is, gaan de voorbeeldafdelingen daartoe pas over nadat de medewerkers van de opnameafdeling zich daarvan overtuigd hebben. Deze inschatting begint meteen en methodisch na binnenkomst op de opnameafdeling. Bovendien houden zij de duur van het separeren zo kort mogelijk. Daartoe onderhouden zij veelvuldig contact met de persoonlijk begeleider van de patiënt en met de patiënt zelf. Ook proberen zij zoveel mogelijk de familie van de patiënt bij de opname te betrekken.

De inschatting en afweging van de noodzaak tot dwang vinden zorgvuldig, tijdig en systematisch plaats. Als er moet worden gesepareerd, krijgt de patiënt dat vooraf duidelijk te horen. Ook is er frequent toezicht en contact met de patiënt in de separeer.

Het separeren zelf is vastgelegd in een handelingsprotocol. Na elke opname en na elke separatie volgt evaluatie. Er wordt altijd met de patiënt op meer momenten nabesproken hoe deze de separatie heeft ervaren, wat daarbij in zijn/haar ogen goed en fout ging en hoe het een volgende keer beter kan. Bij het desepareren volgt er een intensief debriefingtraject met de patiënt. Dit traject wordt mede gebruikt als onderdeel van het werken met signaleringsplannen, die de patiënt helpen bij het zelf leren onderkennen van signalen die wijzen op mogelijke escalatie of ontregeling.

### **3.2.12 Separeerprotocol wordt systematisch gebruikt (6)**

Omdat bijna alle bezochte afdelingen systematisch met een separeerprotocol werken, verwijzen we hiervoor naar § 3.3.1.

## **3.3 Resultaten overige opnameafdelingen**

We beginnen deze paragraaf met het toezichtonderwerp dat de inspectie het meest als operationeel heeft beoordeeld en dat daarom dienst doet als referentie voor de resultaten bij de andere toezichtonderwerpen. Daarna houden we de volgorde van de overige deelvragen aan.

### **3.3.1 Meeste afdelingen werken met separeerprotocol (6)**

Het toezichtonderwerp dat het meest als operationeel of geborgd is beoordeeld, betreft het gebruiken van een schriftelijk vastgelegd protocol voor het separeren<sup>[10]</sup>. De meeste opnameafdelingen, ruim driekwart van het totale aantal, werkten systematisch met een separeerprotocol; bij 8 van de in totaal 39 bezochte afdelingen was bovendien op dit onderdeel sprake van een volledig geborgde beleidscyclus.

Op de overige toezichtonderwerpen die direct samenhangen met het voorkomen van separeren, was het aantal als operationeel of geborgd beoordeelde aspecten minder hoog. Dit hoeft niet te verbazen: het ligt in de lijn van de verwachting dat de meeste psychiatrische opnameafdelingen het separatieprotocol al heel lang en systematisch gebruiken.

---

[10] Het protocol beschrijft (de procedure van) het handelen van verpleegkundigen en artsen als de patiënt in een separeerruimte moet worden ingesloten en verpleegd; het heeft betrekking op de zorg die de patiënt moet ontvangen tijdens de totale periode van het verblijf in een separeerruimte, inclusief de periode van het desepareren.

Dit aspect van zorg maakt echter, hoe belangrijk het op zichzelf genomen ook is, nog geen onderdeel uit van een op preventie van separeren gericht beleid. Het is wel in dit toezichtonderzoek opgenomen als referentiepunt. Op de overige toezichtonderwerpen die direct samenhangen met het voorkómen van separeren, was het aantal als operationeel of geborgd beoordeelde aspecten lager. Dit werken we hieronder uit.

### **3.3.2 Intensieve zorg wordt nog weinig consequent in teamverband uitgevoerd (1)**

De volgende behandelingstaken doen een groot beroep op het werken in teamverband:

- Het op preventie van separeren gerichte beleid.
- Het behandelbeleid van de opnameafdeling om het therapeutische milieu vorm te geven.
- Het beleid van de opnameafdeling op het moment van binnenkomst van de patiënt.
- De procedure die het team volgt bij de afwegingen van de beslissing om de patiënt al dan niet te separeren.

Medewerkers van de opnameafdeling besteedden veel aandacht aan de patiënt op het moment van opname. Ruim een derde van de opnameafdelingen bracht metterdaad en consistent diverse elementen van het preventiebeleid al in praktijk. In tweederde van de opnameafdelingen was daarvan in mindere mate sprake.

Teamafstemming en het multidisciplinaire karakter van het klinische werken zijn echter fragiele zaken. Het psychiatrische en het verpleegkundige domein bleken in de praktijk van de dagelijkse uitvoering van zorg gebrekkig op elkaar in te haken. Psychologische en sociale aspecten in en rondom de opnamesituatie werden niet duidelijk herkenbaar meegenomen.

### **3.3.3 ‘Intensievezorgbenadering’ onvoldoende ingebed (2)**

Het toezicht liet zien dat aantal en duur van separaties stabiliseren wanneer de opnameafdeling is gestructureerd als een plaats voor ‘intensieve zorg’. Opnameafdelingen bieden intensieve zorg als zij (onder andere) actief werken met alle verschillende componenten die van belang zijn bij een op preventie van het separeren gericht beleid. Ongeveer een kwart van het totale aantal bezochte opnameafdelingen bood vanuit dit perspectief gezien intensieve zorg. De andere opnameafdelingen besteedden al wel aandacht aan de verschillende componenten van een dergelijk beleid, maar deze was nog onvoldoende in *systematische en consistente* zin in het zorgaanbod ingebed, zoals uit figuur 1 (blz. 23) af te lezen is.

### **3.3.4 Verbeterproject Dwang en Drang nog niet overal consequent toegepast (2)**

Dit toezicht werd uitgevoerd in een periode waarin een groot aantal opnameafdelingen deelnam aan het landelijke verbeterproject Dwang en Drang van GGZ Nederland<sup>[11]</sup>. In veel opnameafdelingen heeft de inspectie geconstateerd dat er een nauwe betrokkenheid bij dit project bestond. Tegelijkertijd bleek dat het project complex is en dat effectieve implementatie langere tijd nodig heeft. De meeste opnameafdelingen

---

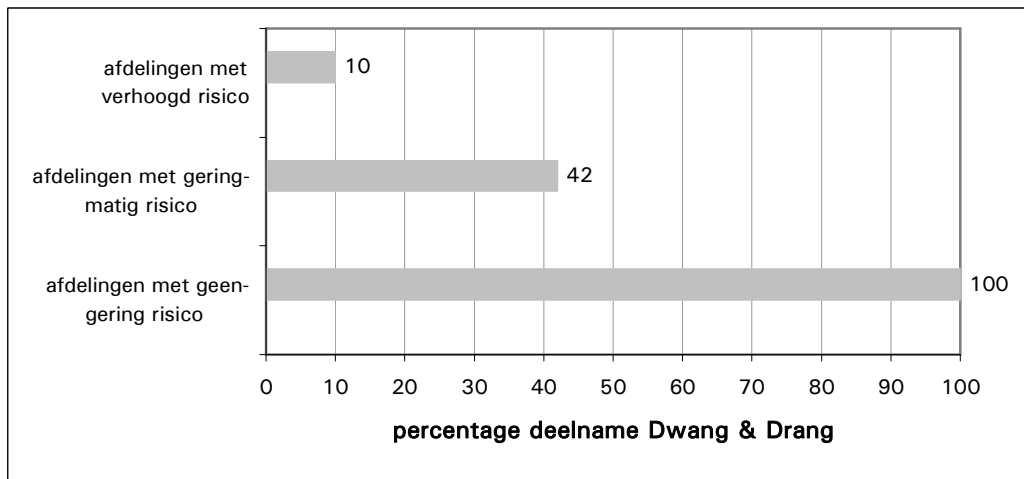
[11] Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) en psychiatrisch universitaire opnameafdelingen namen geen deel aan dit verbeterproject omdat zij geen lid zijn van GGZ Nederland.

besteedden wel aandacht aan enkele onderdelen van op preventie gericht beleid, maar nog niet voldoende systematisch.

Opvallend is dat van de opnameafdelingen waar het preventiebeleid operationeel is, de helft dit beleid ook effectief heeft geborgd: het preventiebeleid wordt dus hier met regelmaat geëvalueerd en verder verbeterd. Er lijkt dus een tendens te zijn dat opnameafdelingen die zich committeren aan (onderdelen van) dit preventiebeleid, het goed doen: zij doorlopen de hele kwaliteitscyclus. Deze bevinding krijgt meer reliëf als we kijken naar de samenhang tussen actieve deelname aan het verbeterproject Dwang en Drang en de mate waarin opnameafdelingen actief werken met een op preventie van separeren gericht beleid en dus de mate van risico. In figuur 2 is deze samenhang zichtbaar gemaakt.

Figuur 2

**Samenhang tussen percentage deelname project Dwang en Drang en mate van risico op onnodig separeren op opnameafdelingen**



Duidelijk is dat van de opnameafdelingen met een verhoogd risico slechts 10 procent het project Dwang en Drang consistent, volledig en systematisch uitvoert. Echter, bij de afdelingen met geen/gering risico was de volledig operationele deelname 100 procent en bij de opnameafdelingen met een tussenliggend risiconiveau 42 procent. Opvallend is dus dat de opnameafdelingen die het meeste baat zouden hebben bij het verbeterproject, hier het minst aan doen.

### 3.3.5 Systematische registratie van separatie vindt onvoldoende plaats (2)

Veel opnameafdelingen hebben de Argusregistratie ingevoerd of waren daarmee bezig. Wat echter niet op grote schaal plaatsvond, was *systematische meting* van aantal en duur van separatie (en andere dwangmaatregelen) als sturingsinformatie voor het behandelteam en de leiding. Opnameafdelingen die dat al wel deden, merkten overigens in eerste instantie niet dat het *aantal* separaties verminderde of stabiliseerde, maar signaleerden juist een toename daarvan. Pas in een latere fase van implementatie nam het aantal af. Wel stelden zij vrij snel vast dat de *duur* van het separeren afnam.

### **3.3.6 Overleg kliniek met verwijzende instanties niet systematisch geëvalueerd (3)**

De meeste opnameafdelingen hadden frequent contact met de verwijzende instantie als een patiënt moest worden opgenomen. De helft had een concreet beleid in praktijk gebracht dat procedureel en inhoudelijk het overleg met de verwijzende instantie regelt. In slechts drie gevallen vonden echter ook met regelmaat evaluaties plaats tussen vertegenwoordigers van de opnameafdeling en de verwijzende instanties. Regelmatige evaluatie en bijstelling van dit beleidsaspect maakten dus nog geen regulier bestanddeel uit van dit overleg.

### **3.3.7 Beleid bij scholing en training onvoldoende systematisch (4)**

Bijna de helft van de opnameafdelingen beperkte zich in hun bijscholingsaanbod tot onderdelen van een op preventie van separeren gericht beleid, zoals periodieke trainingen die de verpleegkundigen ondersteunen bij het beheersen en effectief hanteren van agressief gedrag bij patiënten. Beleid over (bij-)scholing en training in kennis en vaardigheden van de eerste opvang van de patiënt op de opnameafdeling, op het gebied van preventie van separatie van de patiënt en, in bredere zin, begeleiding, diagnostiek en behandeling werd nog niet breed ontwikkeld en in praktijk gebracht.

### **3.3.8 Intervisie en besprekingen niet systematisch (4)**

In driekwart van de opnameafdelingen vonden geen systematische intervisie, casuïstiekbesprekingen en kennisuitwisseling plaats tussen alle medewerkers die aan het multidisciplinaire team verbonden zijn. In een derde van de afdelingen was dit het gevolg van de grote opnamedruk in relatie tot een onder druk staande personele bezetting.

### **3.3.9 Onvoldoende aandacht voor bouwkundige aspecten (4)**

Een van de onderdelen van het toezicht bestond uit een rondleiding op de opnameafdeling. Daarbij viel op dat weinig afdelingen uit kleinschalige eenheden zijn opgebouwd. De gedachte van een veilig therapeutisch milieu was in veel afdelingen bouwkundig niet gemakkelijk herkenbaar. Nieuwere opnameafdelingen beschikten daarentegen overwegend of zelfs alleen maar over eenpersoonskamers. De meeste afdelingen beschikten wel over enkele separeerruimtes, maar niet over andersoortige, minder ingrijpende oplossingen. In het algemeen waren er geen of weinig comfortrooms en afzonderingsruimten anders dan de separeerruimte beschikbaar.

### **3.3.10 Patiëntendossiers niet helder genoeg over afwegingsproces (5)**

Bij alle bezoeken aan opnameafdelingen hebben de inspecteurs patiëntendossiers geanalyseerd. Zij gingen na in hoeverre de aantekeningen in het dossier helderheid verschaften over het besluitvormingsproces om een patiënt al dan niet in te sluiten in de separeer. Een duidelijke vastlegging van deze gegevens maakt immers niet alleen de inspectie maar ook de betrokken patiënten en het behandelteam duidelijk waarom insluiting in de separeer noodzakelijk werd geacht in plaats van een alternatieve oplossing op een bepaald moment. Bovendien is deze informatie nuttig om de kwaliteit van zorg bij te stellen/te verbeteren.

Uit de dossieranalyses blijkt dat bijna alle dossiers informatie bevatten over de psychiatrische diagnose en het toestandbeeld van de patiënt tijdens het moment van opname. In de bijgevoegde Middelen en Maatregelen (M&M-)formulieren werd bovendien via het aankruisen van de hokjes in kwestie aangegeven dat werd voldaan aan de wettelijke vereisten voor toepassing van dwang. Het ontbrak echter grotendeels aan de informatie die licht had kunnen werpen op de vraag in hoeverre andere manieren van interveniëren mogelijk, wenselijk en/of effectief zouden zijn geweest. De (doorgaans korte) dossieraantekeningen leken te suggereren dat er een logisch verband bestaat tussen het psychiatrische toestandbeeld, agressief gedrag en het daarop volgende separeren<sup>[12]</sup>.

De patiëntendossiers bevatten niet de relevante informatie die nodig was om het behandelteam geregeld in evaluatiebesprekingen een spiegel voor te houden die kan leiden tot verbetering van zorg; integendeel, de betrokkenen leken het onnodig toepassen van separatie in stand te houden of te versterken, doordat zij het dossier niet als bron van informatie voor een effectieve, veilige en patiëntgerichte behandeling gebruikten.

---

[12] Overigens viel het de inspectie op dat in het gesprek over de specifieke reden om te besluiten tot separeren vaak genoemd werd, dat het verblijf in de separeer een beschermende en daarmee therapeutische functie heeft voor de patiënt omdat het een prikkelarme omgeving is. De veronderstelling dat een separeer tot een effectief resultaat leidt *omdat* het een prikkelarme omgeving is, wordt echter niet bevestigd door uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek.

## 4 Summary

The Netherlands Health Care Inspectorate conducted a themed supervision study between April and June 2008 into the confinement of patients in separation units on the first day of admission at 40 psychiatric wards. The study was launched in response to signals that patients were being unnecessarily separated on their admission to psychiatric wards. The small amount of research that addresses this subject also shows that patients are more frequently separated in the Netherlands than in some other countries. This *might* potentially have harmful health effects: the psychiatric disorder may deteriorate, post-traumatic stress reactions may occur and it may impair motivation for treatment or confidence in the care being provided.

The purpose of inspection is to oversee compliance with legislation, including checks on effectiveness, proportionality and subsidiarity. One of the matters the Inspectorate considers is whether the wards concerned propose and perform the least harmful and most efficient kind of intervention. Compulsion, including separation, may be a proportional intervention, but it needs to be used as little and as safely and patient-focused as possible.

For this study the inspectors selected 40 admission wards. At the start of the study the wards were placed in three groups with a high, low and intermediate percentage of separations on the first day of ward admission. During their visits the inspectors checked whether the care was focused actively on preventing separation of patients on the first day of their admission and, if so, to what extent. This was done by interviewing the managers and care providers concerned, inspecting the admission ward and analysing patient records and documents.

The central goal was to determine to what extent the offered care was truly tailored from the first minute of arrival at the admission ward to the individual care needs and thus to avoiding unnecessary separation of the patient. Additionally, the Inspectorate wanted to ascertain the structure and process characteristics that explained the differences between the institutions in terms of numbers of separations and their durations.

A national policy on reducing separation has been in effect for a few years now. Supervision shows that at many admission wards initiatives have been launched to reduce or improve the use of compulsion and in particular separation.

Based on the findings of the study, the admission wards roughly fall into three categories.

One-third of the admission wards devote attention in a sufficiently consistent and systematic way to reducing separation on admission. Admission wards that effectively carry out such a policy to address the prevention of separation are gradually succeeding in reducing the numbers and durations of patient confinements in separation units. A feature that these wards have in common is that the personnel are more effectively equipped in terms of numbers and content to offer specialist 'intensive care'.

However, one-third of the admission wards for clinical psychiatry lack sufficient specialist equipping, despite all the initiatives to make improvements, because they

have been assigned too few nursing staff or – measured by everyday practice – lack sufficient interdisciplinary harmonisation. Similarly, there continues to be insufficient assurance of cooperation between admission wards and referral organisations, such as crisis centres and ambulant carers. Finally, these wards still fall short in systematically offering training and education in knowledge, methods and communicative skills.

With a view to enforcement the inspectors found that at one-third of admission wards there was a heightened risk. One ward exhibited such a high risk that the Board of Management in question decided to close it. The Inspectorate has intensified supervision of this clinic. The other admission wards are working on introducing/implementing improvements. The Inspectorate is watching their progress intensively.

The differences between the institutions in terms of numbers and durations of separations are thus mainly related, systematically or otherwise, to:

- use of Argus registration and feedback;
- policy on education and training;
- peer reviews and discussions;
- reporting;
- study into relationships between compulsion and care at admission clinics.

The recommendations made to the ministry and relevant professional bodies can be found in §2.3 while those made to care-providing institutions and GGZ Nederland (the umbrella organisation of mental health care institutions in the Netherlands) are set out in §2.4.

Although this study compiled a random sample based on an initial risk assessment, the Inspectorate is of the opinion that non-visited admission wards must also mirror themselves against the presented results. The Inspectorate expects that improvements are also needed at admission wards that it did not visit. Therefore, the Inspectorate will inform all integrated mental health care institutions in the Netherlands of the results of this study, with a request to examine themselves in relation to the results. The Inspectorate will further ask them to formulate a plan of action for making improvements where necessary. The Netherlands Health Care Inspectorate will widen supervision in 2009, either randomly and/or in response to alerts, in order to encourage the non-visited wards to make the improvements that are necessary.

## BIJLAGE 1 Toetsingskader en toelichting scorekwalificaties

<i>Toezichtonderwerp</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel effectief</i>	<i>Geborgd</i>
1. Algemene beleidsvisie van de opnameafdeling op haar taak	De opnameafdeling heeft geen schriftelijk vastgelegd beleid dat beschrijft welke specifieke stressoren met een opname vergezeld kunnen gaan en hoe daarmee zodanig kan worden omgegaan dat veiligheid, cliëntgerichtheid en effectiviteit geoptimaliseerd worden.	De opnameafdeling heeft een dergelijk beleid helder vastgelegd, maar het wordt niet systematisch, volledig en gemeenschappelijk gedragen en/of uitgevoerd.	Diverse op de individuele patiënt afgestemd stress-reducerende activiteiten worden consistent en geïntegreerd uitgevoerd, zoals ondersteuning van een therapeutisch klimaat, cliëntgerichtheid, vroegsignalering, betrokkenheid van familie, voorlichting en informatie.	Periodiek wordt dit beleid door het behandelteam (aantoonbaar) geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.
2. Deelname aan project Dwang en drang	De opnameafdeling heeft geen beleid vastgesteld waarin deelname aan het project Dwang en Drang uitgewerkt wordt in termen van de consequenties op het beleid van de opnameafdeling ten aanzien van de preventie en toepassing van dwang incl. insluiting in een separeer.	De opnameafdeling heeft een dergelijk beleid wel vastgesteld maar neemt niet deel aan het project <b>of</b> doet dit slechts gedeeltelijk <b>of</b> zonder dat hiervoor voldoende draagvlak bestaat.	De opnameafdeling werkt systematisch en met volledige steun van alle medewerkers aan de uitvoering van dit project.	De tussentijdse of uiteindelijke uitkomsten van de deelname aan dit project worden geëvalueerd met de medewerkers van de opnameafdeling en leiden tot structurele verbetering van de preventie en toepassing van separatie.
3. Scholing en training	De opnameafdeling heeft geen schriftelijk beleid beschikbaar waarin scholing en training van preventie van separatie en toepassing van alternatieve strategieën worden beschreven.	De opnameafdeling heeft een dergelijk beleid wel schriftelijk vastgelegd, maar dit wordt niet of slechts ten dele uitgevoerd.	De opnameafdeling werkt actief en systematisch met een scholingsbeleid waarin alle medewerkers periodiek worden geschoold en getraind.	Er vindt periodiek een evaluatie plaats van het scholingsbeleid op basis waarvan verbeteringen worden ingevoerd in de scholing en training van alle medewerkers van de opnameafdeling.
4. Op preventie van separeren gericht beleid	Er is geen schriftelijk vastgelegd beleid beschikbaar waarin een restrictieve visie op toepassing van separatie wordt beschreven in samenhang met mogelijkheden tot toepassing van verschillende preventieve strategieën en methodieken.	De opnameafdeling heeft wel een dergelijk beleid schriftelijk uitgewerkt, maar dit is niet of slechts ten dele (bijvoorbeeld in beperkte zin in het kader van het project Dwang en Drang) operationeel.	De opnameafdeling werkt systematisch met op preventie van separatie gerichte strategieën en methodieken die een patiëntgerichte en effectieve uitvoering van zorg ondersteunen. Hiertoe behoren ook de fysieke en materiele aspecten van de zorg.	De opnameafdeling voert aan de hand van uitkomstgegevens, zoals die verzameld worden met de Argusregistratie systematiek, periodiek evaluaties uit die (kunnen) leiden tot verbeteringen in het preventiebeleid.

<i>Toezichtonderwerp</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel effectief</i>	<i>Geborgd</i>
5. Overleg met verwijzende instanties	De opnameafdeling heeft geen beleid vastgelegd waarin de eigen en actieve verantwoordelijkheid van het overleg met de verwijzende instanties (crisisdienst, RIAGG, etc) is geregeld.	De opnameafdeling heeft wel een dergelijk beleid beschikbaar maar werkt niet of slechts ten dele hiermee.	De medewerkers van de opnameafdeling onderhouden een actief en op de behoeften van de patiënt afgestemd overleg met verwijzende instanties, voorafgaand en volgend op de opname.	Er vindt periodiek een evaluatie plaats met de verwijzende instanties (crisisdienst, etc.) op basis waarvan verbeteringen worden ingevoerd in de toegeleiding van de patiënt naar de opnameafdeling en omgekeerd.
6. Beleid bij binnenkomst van de patiënt op opnameafdeling	De opnameafdeling heeft niet of gedeeltelijk een beleid waarin beschreven wordt hoe men de patiënt bij binnenkomst zodanig kan ondersteunen dat deze een optimaal niveau van welbevinden kan ervaren.	De opnameafdeling heeft een dergelijk beleid geformuleerd, maar dit wordt niet systematisch uitgevoerd.	De opnameafdeling richt zich bij binnenkomst van de patiënt volgens het daartoe vastgestelde beleid systematisch op het tot stand brengen van een optimaal niveau van welbevinden van de patiënt.	Er vindt periodiek een evaluatie plaats van het proces van binnenkomst van de patiënt waarbij de beleving en beoordeling van medewerkers en de patiënt uitgangspunten zijn voor verbeteringen in het proces van opname.
7. Procedure bij besluit tot al dan niet toepassing separatie	Procedure en criteria voor beoordeling van de preventie en de toepassing van separatie zijn niet schriftelijk vastgelegd.	Dergelijk beleid is weliswaar volledig en helder vastgelegd, maar de medewerkers van de opnameafdeling werken er niet mee of gebrekkig.	De beslissing die leidt tot preventie en het toepassen van separatie wordt systematisch gebaseerd op een zorgvuldige afweging van de verschillende relevante criteria.	Er wordt periodiek aan de hand van casuïstiek en andere gegevens geëvalueerd hoe men het proces van afweging dat leidt tot het besluit om te separeren kan verbeteren.
8. Toepassen en beëindigen van separatie	De opnameafdeling heeft geen protocol voor de toepassing en beëindiging van separatie opgesteld als leidraad voor het handelen van de medewerkers.	De opnameafdeling heeft wel een dergelijk protocol opgesteld, maar werkt daarmee niet of slechts gedeeltelijk.	Alle medewerkers van de opnameafdeling werken met het protocol voor het separeren.	De medewerkers evalueren systematisch met elkaar en met de patiënten de beleving, gevolgen en (uiteindelijke) beoordeling van de van de toepassing van separatie en stellen zo nodig het protocol bij.

## BIJLAGE 2 Onderzoeksmethode

Het toezicht is volgens een gefaseerde opzet uitgevoerd. Het onderzoek richtte zich op opnameafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen alsmede op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en enkele psychiatrische universiteitsklinieken (PUK). Instellingen voor verslavingszorg, forensische zorg en kinder- en jeugdpsychiatrie zijn op praktische gronden niet in dit toezicht betrokken.

### Fase 1 Gegevensverzameling en verfijning toetsingskader

In de eerste fase van het onderzoek werden de percentages separaties in het kader van artikel 39 van de Wet BOPZ op de eerste dag van opname verzameld onder de instellingen voor GGZ, over de jaren 2005, 2006 en 2007. In totaal betrof dit de gegevens van 140 opnameafdelingen. Deze informatie werd betrokken uit de BOPZ-registratie van de inspectie. Tevens werd een aantal meldingen van separatie op de dag van opname nader geanalyseerd.

De *teller* is het aantal separaties ex artikel 39 Wet BOPZ op de eerste dag van opname over de jaren 2005, 2006 en 2007. Er werden twee *noemers* gebruikt: het totale aantal separaties over deze jaren en het aantal inbewaringstellingen (IBS'en). Met behulp van de verkregen aantallen en percentages werden rangordes verkregen die (de omvang van) de verschillen in aantallen separaties op de eerste dag van opname tussen instellingen en afdelingen van instellingslocaties zichtbaar maken.

De aldus verkregen percentages zijn als *deeluitkomsten* mogelijk indicatief voor het gehele zorgproces en werden daarom gebruikt om te bezoeken GGZ-instellingen te selecteren.

Om tot een verantwoord oordeel te komen, ontwikkelde de inspectie een Toezicht-instrument 'Separeren bij Opname' (zie ook hoofdstuk 1, Toetsingskader). Het gaat in het bijzonder om het normatieve kader zoals geformuleerd in het project Dwang en Drang en de Kwaliteitscriteria Dwang en Drang van GGZ Nederland. Ook raadpleegde zij het concept van de recente monodisciplinaire conceptrichtlijn Besluitvorming Dwang (versie april 2008) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). De inspectie legde het toetsingskader en de toezichtonderwerpen vooraf ter beoordeling en voor commentaar voor aan een aantal externe deskundigen. Grace Herrmann van GGZ Nederland, Bert Lendemeijer, deelnemer Projectgroep Dwang en Drang en Heidi de Kam, verpleegkundige bij de Symphoragroep. Op basis van hun commentaar paste zij het toetsingsinstrument verder aan.

### Fase 2 Selectie en pilot

In de tweede fase zijn uit de verkregen rangordes van de totale groep opnameafdelingen (N = 140) drie groepen geselecteerd waar de inspectie een toezichtbezoek zou uitvoeren:

- Een groep met een hoog percentage separaties op de eerste dag (> 40 procent).
- Een groep met een laag percentage separaties op de eerste dag (< 25 procent).
- Een tussenliggende groep.

De selectie van opnameafdelingen binnen iedere groep werd verder bepaald door de omvang van de twee noemers: alleen de opnameafdelingen met relatief grote absolute

aantallen separaties (noemer 1) en patiënten met een IBS (noemer 2) werden opgenomen in de lijst van te bezoeken opnameafdelingen<sup>[13]</sup>.

Dit bracht de totale omvang van deze groepen op 40. Zo ontstonden uiteindelijk drie groepen:

- 15 met een hoog percentage separaties.
- 11 met een laag percentage.
- 14 met een tussenliggend percentage.

Deze drie groepen waren elk verdeeld over alle grote GGZ-voorzieningen in den lande. Dit betekent dat de inspecteurs van enkele GGZ-instellingen meer dan een opnameafdeling bezochten.

In één van deze opnameafdelingen, de opnameafdeling *Amergaard* van de Symphora-groep, probeerden inspecteurs vooraf de opzet van het toezicht en het toezicht-instrument uit. Dit leidde tot een aantal verdere verbeteringen. Deze afdeling werd daartoe geselecteerd omdat hier de introductie van het project *Dwang en Drang* van GGZ Nederland duidelijk gestalte heeft gekregen. Dit is ook in het toezichtonderzoek duidelijk gebleken.

### Fase 3 Bezoeken

De bezoeken vonden plaats tussen april en juli 2008. De inspecteurs hebben voor het uitvoeren van het bezoek een toezichtinstrument gebruikt met een beperkt aantal gesloten vragen die na afloop van het bezoek werden ingevuld. De vragen zijn afgeleid van het gebruikte toetsingskader (zie bijlage 1) en hebben betrekking op: patiëntenkenmerken, structuurkenmerken en proceskenmerken. Structuurkenmerken van afdelingen en GGZ-instellingen zijn bijvoorbeeld leeftijd personeel, scholing & training van personeel in toepassing alternatieve interventies, (onder-)bezetting personeel, opnamedruk, beleidsvisie op gedwongen zorg en separeren, beschikbaarheid van separeerruimten. Proceskenmerken zijn bijvoorbeeld gevolgdte procedure van toetsing gevaar, reguliere teambesprekingen over afweging alternatieve interventies, toepassing van alternatieven, betrokkenheid van patiënt(en) en familie, deelname aan project *Dwang en Drang* en gebruik van de Argusregistratie.

De inspecteurs spraken met vertegenwoordigers van de Raad van Bestuur en/of eerste geneeskundigen/geneesheer-directeuren, met verpleegkundigen en teamcoördinatoren of hoofden verpleging en met de psychiaters van de desbetreffende opnameafdelingen. Daarna volgde een rondgang over de opnameafdeling, inclusief de separeerruimten. Tot slot bestudeerden zij een aantal patiëntendossiers en voerden zij documentanalyses uit; bij deze documentanalyse werd de psychiater van de afdeling betrokken.

### Fase 4 Verwerking

De resultaten van het toezicht werden beoordeeld door middel van vier beoordelingsniveaus: *beleid afwezig*, *beleid aanwezig*, *beleid operationeel effectief* en *beleid geborgd*. Deze zijn nader geanalyseerd en in samenhang geplaatst met alle gegevens

---

[13] Ter wille van de vergelijkbaarheid zijn opnameafdelingen met een geringere opnamedruk, in termen van een relatief laag aantal opnames per week en minder risicovolle psychiatrische ontregelingen, niet meegenomen in het onderzoek. Anderzijds werden enkele opnameafdelingen waar het percentage een tussenliggende waarde had maar het absolute aantal separaties relatief hoog was, wel in het toezicht meegenomen.

die tijdens het toezichtbezoek verzameld zijn en met de volledige rapportages die de inspecteurs voor elke bezochte opnameafdeling hebben opgesteld.

---

#### **Toelichting op de beoordelingscategorieën**

---

<i>Afwezig</i>	De instelling of zorgaanbieder beschikt niet over een vastgesteld document waarin de visie en het beleid over een onderdeel of aspect worden beschreven.
<i>Aanwezig</i>	Een dergelijk document is beschikbaar en bij de medewerkers van de instelling bekend. Het schriftelijk vastgelegde beleid is echter (nog) niet of ten dele geïmplementeerd.
<i>Operationeel</i>	Het beleid in kwestie wordt inmiddels binnen de hele opnameafdeling en op alle onderdelen waarop het beleid betrekking heeft op systematische wijze uitgevoerd.
<i>Geborgd</i>	Het beleid in kwestie wordt volledig uitgevoerd én de uitvoering van dit beleid is geborgd door middel van een concrete, bij voorkeur cijfermatige meting van belangrijke aspecten van het zorgproces en van de uitkomsten van de geboden zorg.

---

### BIJLAGE 3 Methodologische verantwoording

In het kader van de methodologische verantwoording van dit toezichtonderzoek, beantwoorden we in deze bijlage de volgende vragen:

- 1 In hoeverre bestaat er samenhang tussen het percentage separaties volgens artikel 39 van de Wet BOPZ en het opname- en op preventie van separeren gerichte beleid van de klinieken?
- 2 Vertoont de spreiding van percentages separaties samenhang met de complexiteit van het verzorgingsgebied van de opnameafdeling?
- 3 Is de spreiding van de percentages separaties van een voldoende omvang om een zinvolle vergelijking te kunnen maken tussen drie groepen klinieken, namelijk de groep met een hoog (>40 procent), tussenliggend en een laag percentage (<25 procent) insluitingen in de separeer?

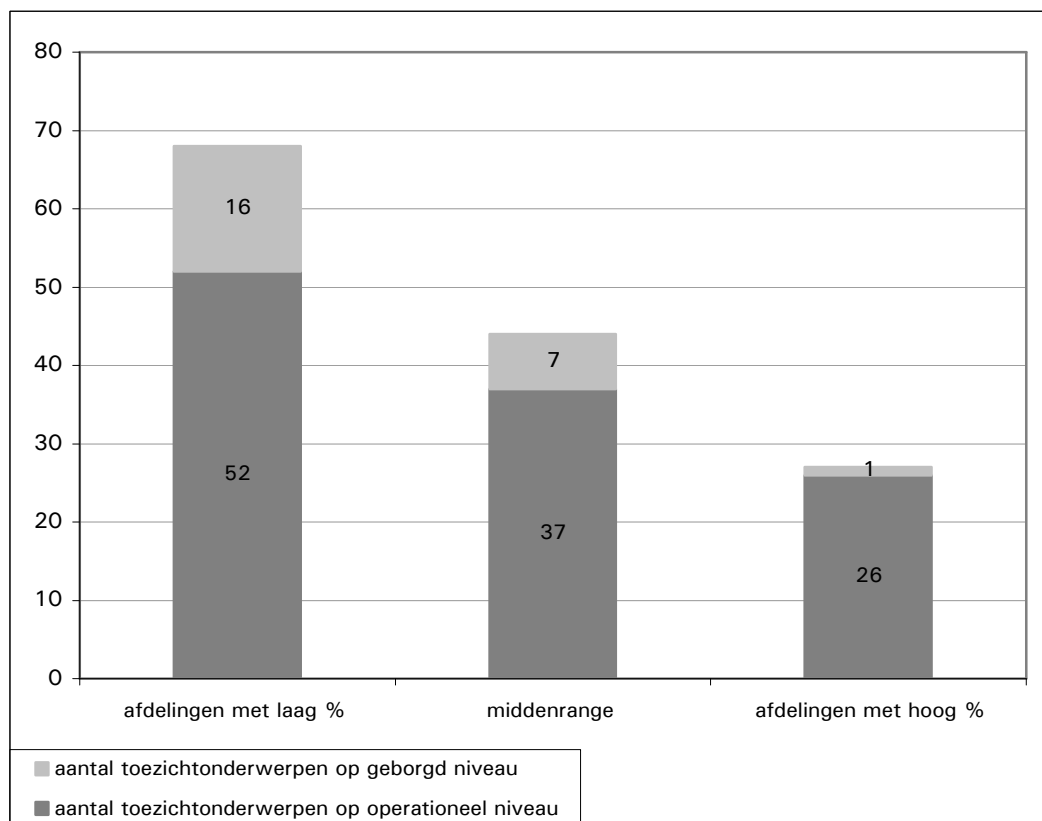
We beginnen ieder antwoord met een korte schets van het nut van de beantwoording van deze vragen.

#### 1 Duidelijke samenhang tussen IGZ-percentages 'separatie bij opname' en preventiebeleid van klinieken

De inspecteurs wisten van te voren hoe hoog het percentage separaties bij opname van elke opnameafdeling was. Zij hebben dit percentage in hun toezicht gebruikt, vergeleken met en geverifieerd aan de hand van cijfers van de instelling zelf of indrukken van medewerkers van de afdelingen.

Figuur 3

**Vergelijking tussen opnameafdelingen met een hoog (N = 15), tussenliggend (N = 13) en laag (N = 11) percentage separaties op aantallen operationeel en geborgd gescoorde toezichtonderwerpen**



Figuur 3 laat zien dat de hoogte van het percentage separaties bij opname en het totale aantal door de inspecteur als operationeel of geborgd beoordeelde toezichtonderwerpen met elkaar lijken samen te hangen: bij een hoog percentage separaties ex artikel 39 Wet BOPZ beoordeelt de inspecteur in het algemeen een kleiner aantal onderwerpen op operationeel en geborgd niveau, die het preventiebeleid in beeld brengen en omgekeerd.

Hierbij tekenen we wel aan dat de drie groepen qua omvang verschilden: de groep met een hoog percentage separaties (>40 procent) bestond uit vijftien, de tussengroep uit veertien en de groep met een laag percentage uit elf opnameafdelingen. Overigens was de kleinste groep (de groep met een laag percentage separaties bij opname) ook de groep die het grootste aantal operationele en geborgde toezichtonderwerpen opleverde.

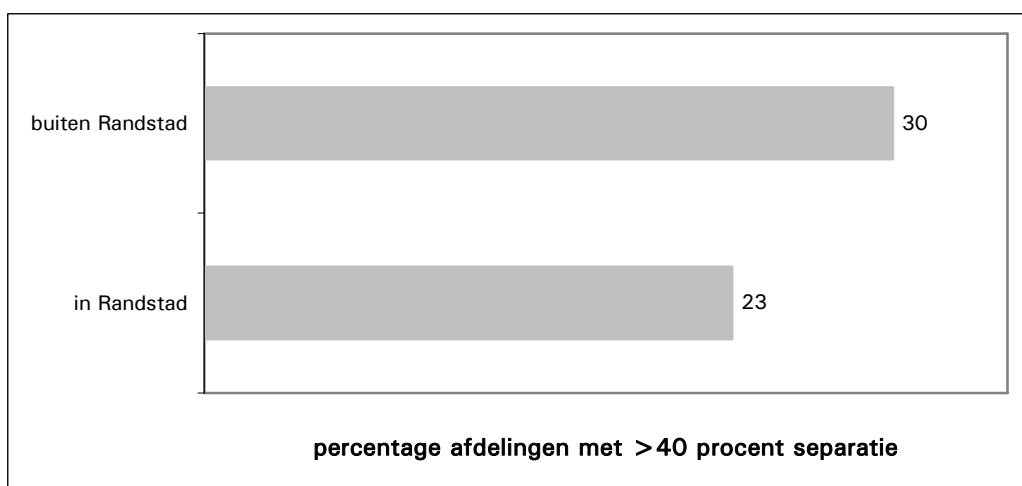
De inspecteurs pasten de vooraf bepaalde beoordelingscriteria strikt toe. Hierdoor wordt de objectiviteit van het toezicht geoptimaliseerd. Zij beoordeelden beleid pas als 'operationeel effectief' wanneer dit beleid volledig en systematisch in praktijk werd gebracht. In veel opnameafdelingen constateerden de inspecteurs dat in de dagelijkse praktijk behandelteams op verschillende wijzen al wel in hun handelen veel aandacht besteedden aan het voorkómen van separeren. Het beleid hierover werd echter vaak nog onvoldoende expliciet en systematisch in praktijk gebracht. Die opnameafdelingen werden daarom op het desbetreffende toezichtonderwerp niet op een operationeel niveau beoordeeld.

## 2 Geen samenhang met Randstad

Vertoont de spreiding van percentages separaties samenhang met de complexiteit van het verzorgingsgebied van de opnameafdeling? Deze vraag is van belang omdat opnameafdelingen binnen de Randstad of afdelingen die een (deel van een) grote stad als primair verzorgingsgebied hebben, mogelijk een grotere opnamedruk ervaren en daardoor vaker separatie (moeten) toepassen dan afdelingen buiten de Randstad of afdelingen die kleinere plaatsen bedienen en waar de opnamedruk geringer is. In dat geval zou er immers geen samenhang hoeven te zijn tussen het aantal opnames en de onderzochte toezichtonderwerpen.

Figuur 4

### Samenhang tussen opnameafdelingen met een hoog percentage separaties binnen en buiten de Randstad



Uit figuur 4 blijkt dat opnameafdelingen die binnen de Randstad liggen, geen hoger percentage separaties vertonen dan opnameafdelingen buiten de Randstad; het percentage is in feite lager, zoals in figuur 4 te zien is. Uit de verzamelde gegevens blijkt ook dat opnameafdelingen die een in verhouding kleine stad of plattlandsgebied als primair verzorgingsgebied hebben, niet systematisch een laag percentage separaties hebben.

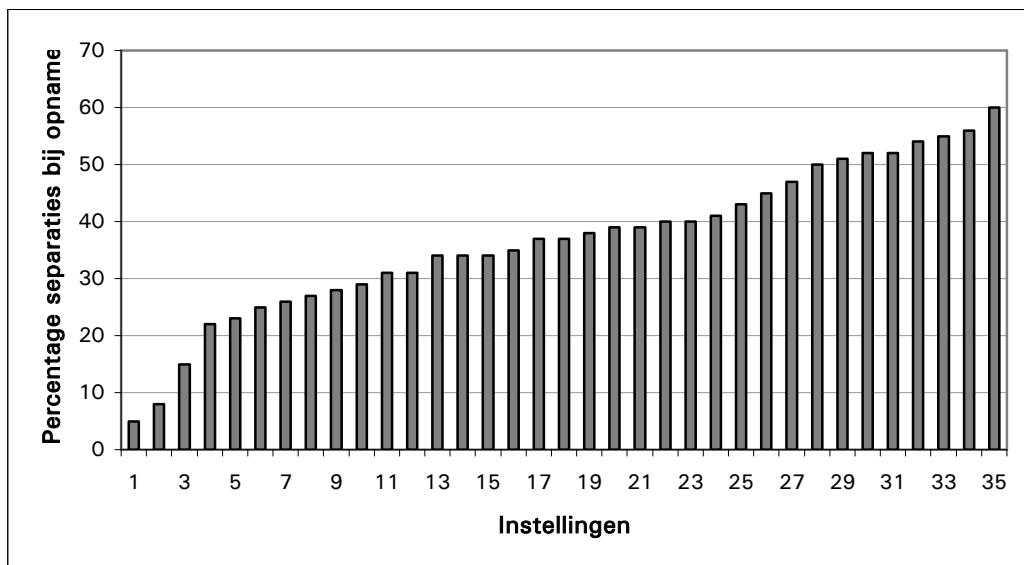
Al met al ondersteunt deze analyse de veronderstelling van de inspectie dat de verschillen in percentages separaties bij opname vooral samenhangen met kenmerken van de opnameafdelingen en in mindere mate met andere factoren.

### 3 Grote spreiding van percentages separaties over GGZ-instellingen

Is de spreiding van de percentages separaties groot genoeg om een zinvolle vergelijking te kunnen maken tussen drie groepen opnameafdelingen, namelijk de groep met een hoog (> 40 procent), tussenliggend en een laag percentage (< 25 procent) insluitingen in de separeer? De beantwoording van deze vraag is van belang omdat te kleine spreiding het werken vanuit percentage separaties minder zinvol zou maken.

Figuur 5

**Spreiding van percentages separaties bij opname (Y-as in %) over de instellingen (x-as)**



Figuur 5 maakt duidelijk dat de spreiding van percentages separaties bij opname tussen alle bezochte opnameafdelingen groot is: in sommige wordt vaak gesepareerd, in andere daarentegen niet of weinig. De spreiding van de percentages separaties is dus voldoende om een zinvolle vergelijking te maken.

#### BIJLAGE 4 Tabel met aantallen operationeel en geborgd beoordeelde toezichtonderwerpen

<i>Percentage separaties</i>	<i>N</i>	<i>Totale aantal toezicht- onderwerpen dat als geborgd is gescoord</i>	<i>Totale aantal toezicht- onderwerpen dat als operationeel is gescoord</i>	<i>Totale aantal toezichtonderwerpen waarbij geen of slechts deels geïmplementeerd beleid werd gescoord</i>
laag < 25 procent	11	16	52	20
midden > 25/<40 procent)	13	7	37	68
hoog > 40 procent	15	1	26	93

