



Aan Dhr. dr. A. Klink, Minister van VWS  
Van  
Kopie  
Onderwerp Aanbieding bevindingen vervolgonderzoek preventie van separeren 2009  
Ons kenmerk  
Datum Maart 2010  
Bijlagen 4

---

## 1. Inleiding

In deze rapportage geef ik de belangrijkste resultaten weer van het vervolgonderzoek 'preventie van separeren'. Het is een vervolg op het onderzoek 'Separeren op de dag van opname' dat in 2008 door de IGZ is uitgevoerd en waarvan de resultaten zijn gepubliceerd in het inspectierapport '*Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg*' ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)). Naar aanleiding van deze rapportage zegde u de Kamer toe dat vervolgonderzoek naar separeren zou worden uitgevoerd door de IGZ in 2009 en in 2010. Afgesproken is dat de IGZ aan u zou rapporteren over dit onderzoek, op basis waarvan vervolgens per begin 2010 en voorts begin 2011 de Kamer door u wordt geïnformeerd over de meest relevante vervolgonontwikkelingen.

In contacten met de koepelorganisaties, hulpverleners en bestuurders is gebleken dat iedereen in het GGZ-veld de mening is toegedaan dat het separeren verder kan en moet worden verminderd. Door middel van gericht vervolgtoezicht levert de inspectie hieraan haar bijdrage. Anders dan in het jaar hiervoor lag de nadruk in 2009 op preventie van het separeren op opnameafdelingen in het algemeen.

Een aantal activiteiten die in 2009 hebben plaatsgevonden vinden hun oorsprong in de resultaten van de bezoeken uit 2008. Dat betreft follow-up toezicht bij die afdelingen waarvan in het rapport uit 2008 werd vastgesteld dat er een verhoogd risico was op onverantwoorde separatie. Ook vond in 2009 geïntensiveerd toezicht plaats bij die instelling waarvan werd geconcludeerd dat er sprake was van hoog tot zeer hoog risico.

Daarnaast is een korte analyse verricht op basis van de meest recente Bopzis-cijfers. Dit geeft een beeld van de daling van het aantal separaties over de hele linie (alle GGZ-instellingen) tussen 2007 en 2009. Afgaand op de verplichte meldingen bij de inspectie blijkt dat het aantal separaties tussen november 2008 en november 2009 in vergelijking met de periode november 2007 - november 2008, met zo'n 10% is verminderd (zie bijlage 1). Dit betreft alleen de gedwongen separaties, zowel in het kader van dwangbehandeling als in het kader van een noodmiddel of -maatregel.

Voorts zijn er 41 (nieuwe) opnameafdelingen bezocht waarvan de inspectie op basis van tevoren opgevraagde informatie het vermoeden had dat er onvoldoende resultaten werden geboekt met het reduceren van het separeren (negatieve selectie). Tijdens de bezoeken heeft de inspectie de afdelingen op een aantal onderwerpen getoetst die verder zijn beschreven in bijlage 2.

Deze rapportage spitst zich toe op de bezoeken die in 2009 zijn afgelegd (resultaten van de negatieve selectie).

### ***Algemene conclusie***

**Het totaal aantal separaties tussen november 2008 - november 2009 daalde, in vergelijking met de periode november 2007 - november 2008, gemiddeld genomen over alle GGZ-instellingen, met 10%. Dit getal is gebaseerd op de verplichte meldingen die de inspectie heeft ontvangen van de instellingen (bron: Bopzis).**

**Alhoewel er een algemene culturomslag plaatsvindt in het denken over separeren, is een stabiele daling van het aantal separaties niet op alle afdelingen aantoonbaar gerealiseerd. Om duurzame resultaten met betrekking tot het terugdringen van separeren binnen *alle instellingen en alle afdelingen te waarborgen is structurele aandacht en structurele financiering vereist (bron: IGZ bezoeken die in 2009 zijn afgelegd).***

Tijdens de bezoeken heeft de inspectie vastgesteld dat de motivatie die in het GGZ-veld bestaat om het separeren te reduceren, hoog is. Dat is anders dan enkele jaren geleden. De inspectie heeft ook geconstateerd dat de initiatieven vaak een projectmatig karakter hebben, dat de initiatieven zelden alle afdelingen van de instelling betreffen en dat er vaak geen goede inbedding is in de managementlijn. Over het algemeen lijkt de gemiddelde duur van de separaties terug te lopen.

## **2. Conclusies**

### **Het denken over separeren is duidelijk veranderd: nu de concrete vervolgsresultaten!**

Bij alle bezochte afdelingen heeft men de overtuiging dat het separeren kan en moet verminderen. Hulpverleners willen het echt. Dat betekent dat er een grote culturomslag heeft plaatsgevonden. Was het in de afgelopen honderd jaar min of meer vanzelfsprekend dat het separeren plaatsvindt, nu is de opvatting dat separeren slechts in uitzonderlijke gevallen nodig is. Er is zelfs een instelling die het aantal separaties tot nul wil reduceren. Een hoge motivatie voor het veranderen van de eigen praktijk blijkt een essentiële voorwaarde te zijn om goede resultaten voor dit onderwerp te behalen<sup>1</sup>. In de afgelopen jaren is veel gedaan om een goede basis te leggen voor concrete en positieve resultaten en zijn er veel methoden beschikbaar gekomen om een vermindering te realiseren. Het is nu een kwestie van het verder uitwerken voor iedere afdeling afzonderlijk en van een goede borging van dit belangrijke onderwerp in de managementlijn van iedere instelling. Dat moet vooral op die afdelingen en instellingen gebeuren die achterblijven.

Wel moet worden voorkomen dat de doelstellingen onrealistisch en moeilijk haalbaar worden en bijgevolg allerlei perverse effecten ontstaan zoals bijvoorbeeld het niet opnemen van bepaalde patiënten of een niet te verantwoorden toename van gedwongen van medicatie om de doelstelling maar te halen.

---

<sup>1</sup> (zie ook B. van Meijel in TvZ, tijdschrift voor verpleegkunde 2009 nr. 3).

### **De eerste resultaten zijn zichtbaar bij het terugdringen van separeren, maar duurzame resultaten vereisen meer structurele aandacht en financiële middelen**

In de werkwijze is ervoor gekozen om die afdelingen te bezoeken die er op basis van de cijfers uit het vooronderzoek niet in slagen om het separeren te verminderen of cijfers of een plan van aanpak aan te leveren. Dus mocht niet worden verwacht dat het onderzoek veel positieve bevindingen op zou leveren ('negatieve selectie').

Het is dan ook opmerkelijk dat tijdens de bezoeken bleek dat er 9 afdelingen zijn die toch zowel wat betreft het aantal als de duur van de separaties er in zijn geslaagd om de GGZ Nederland norm van 10% reductie (vrijwillige en gedwongen) te realiseren. Ook afdelingen hebben alleen het aantal separaties met minimaal 10% verminderd. Daarnaast is op 13 afdelingen de gemiddelde duur van het separeren wel met minimaal 10% verminderd. Op 9 afdelingen lukte het niet om de duur en/of het aantal separaties te verminderen.

### **Verminderen van separeren vraagt aanhoudende aandacht van de inspectie.**

Gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep waarbij inbreuk wordt gemaakt op fundamentele rechten zal de inspectie erop toezien dat het terugdringen van separeren werkelijk doorzet. Het is nog niet gebruikelijk dat instellingen interne of externe audits laten uitvoeren over de kwaliteit van de separeerpreventiezorg.

Het onderwerp kan ook weer eenvoudig van de agenda verdwijnen omdat er binnen instellingen soms verschillende belangen en prioriteiten om voorrang strijden. Daarnaast, en daar is wellicht ook een inbreng van uw departement nodig, zullen er voldoende financiële middelen beschikbaar moeten zijn. Een dergelijke intensieve vorm van zorg waarbij separatie niet meer voorkomt vraagt om de beschikbaarheid van voldoende goed gekwalificeerde hulpverleners.

### **De kwantiteit van de verpleegkundige en medische zorg staat onder druk binnen de (negatief geselecteerde) bezochte afdelingen**

Het is evident dat op afdelingen waar ingrijpende en risicovolle handelingen als separatie worden toegepast niet alleen de kwaliteit van de hulpverleners in orde moet zijn. Afdelingen moeten ook kunnen beschikken over voldoende hulpverleners om de noodzakelijke veiligheid te kunnen waarborgen. Verteld is dat op tijdstippen dat er minder personeel beschikbaar is (meestal buiten kantooruren) vaker wordt overgegaan tot separatie. Tijdens de bezoeken werd regelmatig verteld dat het dan dikwijls niet mogelijk is om bijvoorbeeld één op één verpleging te realiseren op momenten dat daar wel een indicatie voor is. Het beschikbaar hebben van voldoende psychiaters voor opnameafdelingen is niet in alle delen van het land vanzelfsprekend. Het gebrek aan voldoende financiering wordt regelmatig genoemd als reden voor een krappe bezetting.

Het is belangrijk dat in de veldnormen die momenteel worden opgesteld ook normen worden opgenomen voor een adequate personele bezetting van een opnameafdeling waar separaties plaatsvinden, vooral met het oog op het voorkomen van separaties.

### **Het beleid om het separeren te verminderen heeft vaak een projectmatig karakter.**

Mede naar aanleiding van het subsidiebeleid voor dit onderwerp is het verminderen van separeren dikwijls opgezet als project. De verantwoordelijkheid ligt dan bij de projectleider en bij projectverantwoordelijken op een afdeling. Lang niet altijd zijn dat de leidinggevendenden en het management van de instelling. Bijgevolg is sturing op resultaat moeilijk. Ook de geneesheren-directeuren zijn nog al eens verantwoordelijk voor de uitvoering van het project. Tijdens het onderzoek werd gezien dat op die plaatsen waar het onderwerp 'verminderen van separeren' geborgd is in de lijnorganisatie en de Raad van Bestuur dit opneemt in de planning

& control cyclus, de beste resultaten worden geboekt. Het opnemen van een prestatie-indicator rond separatie in de set prestatie-indicatoren van de geestelijke gezondheidszorg brengt dat doel (borging in de lijnorganisatie) naar verwachting dichterbij.

### 3. Aanleiding en belang

In de samenleving, politiek en ook het GGZ-veld heerst breed de opvatting dat het aantal separaties van psychiatrische patiënten in vergelijking met de ons omringende landen te hoog is en dat zowel het aantal als de gemiddelde duur moet worden verminderd.

Naast het feit dat separeren een ingrijpende en dikwijls traumatische ervaring is voor de betrokkenen en hun naasten, worden hoge separeercijfers ook geassocieerd met veel incidenten en een onveilige sfeer op afdelingen waardoor de effectiviteit van de behandeling van alle patiënten afneemt. Niet in de laatste plaats gaat het om de inperking van belangrijke fundamentele rechten.

De algemeen geaccepteerde norm bij het terugdringen van separatie is een vermindering van 10% per jaar. GGZ Nederland heeft in samenwerking met alle relevante partijen initiatieven genomen in het kader van het Patiëntveiligheidsprogramma 2008-2011 om het separeren in Nederland jaarlijks met 10% te reduceren. Daarnaast continueert GGZ Nederland haar coördinerende rol bij het implementeren van de beleidsregel Dwang en Drang 2009.

Daarbij aansluitend en met inachtneming van uw verzoek is vervolgonderzoek naar preventie van separeren in 2009 (en 2010) zeker gerechtvaardigd. Ik verwijs hiervoor ook naar de doelstellingen die beschreven zijn in het beleidsdocument 'Sterk van Geest' waar het toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg voor de jaren 2008 – 2011 is uitgewerkt.

### 4. Doelstelling en vraagstelling

Het reduceren van het aantal en de duur van de separaties is ondanks toegekende projectsubsidies voor dit onderwerp, een weerbarstige materie. De doelstelling van het voorliggende onderzoek was om er op toe te zien dat instellingen voor elke afdeling afzonderlijk beleid opstellen om het separeren te verminderen en daarmee duidelijke resultaten boeken. Deze doelstelling ligt in het verlengde van de resultaten van het onderzoek dat de IGZ uitvoerde in 2008. Het toezicht heeft zich in 2009 gericht op de volgende concrete vragen:

- In hoeverre heeft de betreffende instelling of afdeling het aantal separaties en de duur daarvan met tenminste 10% gereduceerd?
- In welke mate zijn het beleid en het plan van aanpak om de reductie te bereiken voldoende geïmplementeerd?

### 5. Onderzoeksmethode

Het accent van het toezicht lag in 2009 op de preventie van het separeren in het algemeen en richtte zich op opnameafdelingen. Het toezicht van de inspectie is risicogestuurd. Dat betekent dat de inspectie die afdelingen heeft bezocht waar een risico op onverantwoorde separatiezorg werd vermoed. Door middel van een vragenlijst heeft de inspectie aan alle geïntegreerde GGZ-instellingen en een groot aantal algemene ziekenhuizen met een afdeling psychiatrie gevraagd naar de reductie die in 2008 ten

opzichte van 2007 is gerealiseerd in zowel het aantal als ook de gemiddelde duur van de separaties en wat het beleid daarvoor is. In totaal zijn 61 organisaties aangeschreven. De instellingen voor Kinder- & Jeugdpsychiatrie zijn buiten dit onderzoek gehouden, omdat in deze instellingen tijdens het thematisch toezicht van de inspectie in het najaar van 2009 dit onderwerp is onderzocht.

Op basis van de antwoorden is een selectie gemaakt en heeft de inspectie die afdelingen (41 in totaal) bezocht waar volgens opgevraagde cijfers onvoldoende resultaat is geboekt met het reduceren van het aantal en de duur van de separaties (= negatieve selectie). NB. Afdelingen waarover in 2008 is gerapporteerd werden buiten dit onderzoek gehouden.

De bezoeken vonden plaats in de periode van juli t/m september 2009.

Tijdens de bezoeken werd gesproken met een afvaardiging van het behandelteam van de afdeling en met de Raad van Bestuur, de geneesheer-directeur en - indien aangesteld - de projectleider dan wel de aandachtsfunctionaris dwang en drang van de instelling. Daarnaast werden patiëntendossiers onderzocht. Het dossieronderzoek diende ertoe om na te gaan of het beleid om het separeren te verminderen ook daadwerkelijk was geïmplementeerd.

Alle instellingen kregen na afloop van het bezoek een rapportage over de bevindingen waarin indien nodig werd gevraagd om maatregelen om het separeren verder te reduceren. In het volgende hoofdstuk wordt dat verder uitgewerkt.

## 6. Toetsingskader

Het toetsingskader is gebaseerd op de Wet Bopz, de Algemene wet bestuursrecht, de Kwaliteitswet zorginstellingen, de kwaliteitscriteria Dwang en Drang (2001), het Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008-2011 van GGZ Nederland, de Richtlijn 'Besluitvorming dwang: opname en behandeling' van de NVvP (juni 2008) en het IGZ-rapport 'Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg' (december 2008).

De inspectie heeft onderstaande criteria uitgewerkt in haar toezichtinstrument en aan de hand daarvan op de verschillende afdelingen onderzocht of een beleid gericht op de reductie van het separeren succesvol is geïmplementeerd:

- 1) Beleid bij binnenkomst dat erop gericht is separatie te voorkómen
- 2) Scholing en deskundigheidsbevordering voor alle medewerkers, rondom het voorkomen van separatie
- 3) Evalueren van de separatie met de patiënt
- 4) Evalueren van de separatie binnen het team
- 5) Evalueren van separaties binnen de instelling en de terugkoppeling van de resultaten naar het behandelteam.
- 6) Werken met signaleringsplannen om separatie te voorkomen
- 7) Toepassen van criteria (protocol) voor besluitvorming tot separeren
- 8) Registratie volgens de Argussystematiek

In bijlage 2 (toezichtinstrument) is te lezen is op welke wijze het bovenstaande is uitgewerkt. In de afzonderlijk bijgesloten bijlage 3 (resultaten vervolgonderzoek separeren

2009) worden de resultaten getoond en is te zien hoe de verschillende instellingen scoren op de kwalitatieve en kwantitatieve criteria.

## 7. Handhaving

De scores en de vooruitzichten met betrekking tot het (verder) reduceren van separeren in 2009 betrokken de inspecteurs bij het bepalen van de risicoclassificatie (zie bijlage 4). Deze classificatie betekent voor de afdeling het volgende ten aanzien van de handhaving:

- a) Bij de uitkomst geen tot gering risico worden geen maatregelen gevraagd, maar wordt de instelling gestimuleerd tot het verder ontwikkelen van de separeerpreventiezorg.
- b) Bij een gering tot matig risico dient de instelling een plan van aanpak op te stellen dat niet naar de inspectie hoeft te worden opgestuurd, maar wel onderdeel vormt van het jaargesprek.
- c) Bij een matig tot hoog risico dient de instelling een plan van aanpak te maken dat wordt opgestuurd naar de inspectie, hierna volgt follow-up.
- d) Bij een hoog tot zeer hoog risico volgt direct een handhavingplan op maat.

Zoals in bijlage 3 is te zien is er in 2009 geen afdeling met een hoog tot zeer hoog risico aangetroffen.

## 8. Resultaten

### **Het lukt nog maar weinig van de (negatief geselecteerde!) bezochte afdelingen om over meerdere jaren cijfers te laten zien die helder en eenduidig zijn**

Het goed registreren van separeren en overige maatregelen is gecompliceerd. De nieuwe en nog niet overal toegepaste Argus registratiesystematiek geeft de meest betrouwbare resultaten. De inspectie stimuleert, samen met VWS en GGZ Nederland, dat alle GGZ-instellingen met spoed overgaan op de Argus-registratiesystematiek. Bij 46% van de bezochte afdelingen is gezien dat deze systematiek goed wordt gebruikt. Bij de overige 54% was de Argus-systematiek niet of nog in onvoldoende mate in gebruik genomen. Dat brengt ook met zich mee dat de door instellingen en afdelingen gepresenteerde cijfers nu nog moeilijk met elkaar zijn te vergelijken. Bijgevolg is het voor de inspectie niet goed mogelijk om uit te maken welke afdeling of instelling het best presteert.

Sommige afdelingen registreren wel met een vergelijkbaar systeem.

De inspectie vindt het belangrijk dat afdelingen en instellingen kunnen beschikken over correcte en eenduidige cijfers omdat dit belangrijk is om de organisatie/afdeling goed te kunnen sturen, zeker op een praktijk als die van het separeren. Het is ook voor medewerkers van afdelingen goed en soms stimulerend om de resultaten van hun inspanningen te kennen. De inspectie stimuleert, samen met VWS en GGZ Nederland, dat alle GGZ-instellingen met spoed overgaan op de Argus-registratiesystematiek.

### **Scholing en deskundigheidsbevordering is meestal goed geregeld**

Gerichte scholing en deskundigheidsbevordering wordt over het algemeen gezien als een belangrijke succesfactor om het separeren te verminderen. Mede met behulp van de subsidies van de rijksoverheid die een aantal jaren zijn verstrekt, zijn de hulpverleners van de bezochte afdelingen over het algemeen goed geschoold op dit onderwerp. De inspectie zag deze positieve ontwikkeling op 37 van de 41 afdelingen.

Hierbij is wel een opmerking te maken. Een aantal separaties vindt plaats buiten kantooruren. Dienstdoende artsen van andere onderdelen van de instelling en/of avond/nacht en weekendhoofden hebben dan invloed op de beslissing om wel of niet te separeren. Hun deskundigheid kon niet worden vastgesteld, maar aangenomen mag worden dat niet allen een training hebben gevolgd die gericht is op het voorkomen van separeren. Dit is waar nodig onder de aandacht van de instellingsleiding gebracht.

### **Evalueren van de separatie met de patiënt nog lang niet overal gebruikelijk binnen de (negatief geselecteerde) bezochte afdelingen**

Wanneer er een separatie heeft plaatsgevonden is het van belang om deze grondig met de patiënt te evalueren. 'Was deze separatie absoluut noodzakelijk' en 'wat had er gedaan kunnen worden om dit te voorkomen' zijn belangrijke vragen die samen met de patiënt doorgenomen moeten worden. De antwoorden kunnen belangrijke informatie opleveren voor toekomstige preventie en voor het opstellen of aanpassen van een signaleringsplan- en behandelplan. Bovendien dient deze werkwijze om de patiënt meer regie over de eigen situatie te geven.

Bij 13 van de bezochte afdelingen is in de dossiers geconstateerd dat evaluatie met de patiënt ook werkelijk plaatsvindt. 27 afdelingen zeiden het wel te doen maar konden dit niet met schriftelijke informatie aantonen. Het kon ook niet tijdens het dossieronderzoek worden bevestigd. Bij 12 van de 13 afdelingen vond de evaluatie plaats aan de hand van een apart formulier, dat ingevuld in het dossier wordt bewaard.

### **Teamevaluatie van het separeren wordt in toenemende mate de praktijk**

Naast de evaluatie met de patiënt is het ook nodig om binnen het behandelteam goed na te gaan of de separatie te voorkomen was geweest, wat de alternatieven waren en waarom gekozen is voor separeren om het gevaar af te wenden. Bij één instelling was daarvoor een speciale methodiek ontwikkeld, het 'moreel beraad'. Bij meer dan de helft van de bezochte afdelingen was het evalueren binnen het team de realiteit.

**Evalueren binnen de instelling, flinke onderlinge verschillen binnen de (negatief geselecteerde) bezochte afdelingen.**

Systematische evaluatie met alle betrokkenen, ook de beleidsmatige, kon maar in een paar instellingen vastgesteld worden. Evalueren van separaties vindt plaats op verschillende manieren en momenten. Soms is de Bopz -commissie daarin actief en dan weer de projectgroep 'dwang en drang'. Binnen de planning en control cyclus heeft dit onderwerp nog niet vaak een plaats verworven. Dat is wel nodig om een goede sturing op dit onderwerp mogelijk te maken.

**Het werken met signaleringsplannen is onder de maat binnen de (negatief geselecteerde) bezochte afdelingen.**

Het werken met een systeem van vroegsignalering van gedrag dat kan leiden tot separatie is een beproefde methode ter preventie van separeren. Het heeft de voorkeur dat samen met de patiënt diens gedrag wordt besproken en alternatieven worden beschreven om te voorkomen dat de toestand zo uit de hand loopt dat niets anders overblijft dan separatie. Bij patiënten die onbekend en niet aanspreekbaar zijn is dat minder goed mogelijk.

Op 11 afdelingen heeft de inspectie gezien dat dit systeem goed functioneerde. Bij 17 afdelingen werd wel verteld dat zulks de praktijk is, maar dit werd niet bevestigd tijdens het dossieronderzoek. Op 13 afdelingen was het werken met vroegsignalering geen praktijk.

**Goed uitgewerkte protocollen en checklists waarin beschreven wordt in welke situatie en onder welke omstandigheden tot separeren mag worden overgegaan worden nog vaak gemist binnen de (negatief geselecteerde) bezochte afdelingen**

Bij ingrijpende interventies zoals separeren is het noodzakelijk dat voor alle betrokkenen helder is wanneer een dergelijk middel mag worden toegepast. De uitwerking in een stappenplan en/of checklist waarin ook de alternatieven zijn beschreven maakt de besluitvorming transparant en toetsbaar. Daarnaast wordt voorkomen dat onvoldoende gebruik gemaakt wordt van de alternatieven voor separatie. Bij 14 bezochte afdelingen is gezien dat een dergelijk protocol functioneert. De overige afdelingen hebben dit niet of in onvoldoende mate geregeld.

**Een duidelijk uitgewerkt beleid bij binnenkomst dat gericht is op het voorkomen van separeren is lang niet overal gezien binnen de (negatief geselecteerde) bezochte afdelingen**

Bij de opname van een nieuwe patiënt is het belangrijk om een nieuwe inschatting te maken van het gevaar. De eventuele indicatie voor een separatie van de externe verwijzer moet opnieuw kritisch tegen het licht worden gehouden. Gastvrijheid en het creëren van een nieuwe en vooral veilige situatie, zijn daarbij sleutelbegrippen. Het eerste contact en de plaats waar dit eerste contact plaatsvindt zijn vaak bepalend voor het verdere verloop.

Bij 15 afdelingen is het beleid dat voldoet aan de bovengenoemde normen operationeel. De overige afdelingen moeten daarin nog belangrijke vorderingen maken.

**De (negatief geselecteerde) bezochte afdelingen hebben vaak geen eigen uitgewerkt plan om het separeren te verminderen.**



Hoewel het schriftelijke vooronderzoek anders deed vermoeden bleek tijdens de inspectie bezoeken dat er vaak wel instellingsbeleid en plannen van aanpak zijn maar dat dit vaak toch niet specifiek is uitgewerkt voor de bezochte afdelingen. Daardoor is het vaak niet duidelijk welke resultaten van de betreffende afdelingen mogen worden verwacht. Soms lukt het instellingen wel om voor het geheel het separeren te verminderen maar geldt dit niet voor iedere afzonderlijke afdeling.

Daarnaast is er nog al eens sprake van reorganisaties waardoor afdelingen een andere functie krijgen en de gegevens over separaties van de afgelopen jaren niet goed met elkaar kunnen worden vergeleken.

### **De organisatie van goede ketenzorg is essentieel om het separeren te verminderen.**

De wijze waarop de patiëntenzorg is georganiseerd is van wezenlijk belang om het separeren te verminderen. Tijdig kunnen beschikken over een opname- of dagbehandelingsplaats wanneer de toestand van de patiënt verslechtert, kan voorkomen dat de situatie zo uit de hand loopt dat separatie haast onvermijdelijk is. Vanwege de organisatie van de zorg en de logistiek van patiëntenstromen is bovengenoemde niet altijd vanzelfsprekend. Daarnaast zal de ambulante hulpverlener vanaf het begin van de opname al betrokken moeten zijn bij de behandeling in de kliniek en mee moeten helpen om dwang en separatie te voorkomen. Het ontwerp van de zorg zoals bovenbeschreven is niet veel gezien.

## **9. Maatregelen**

Naar aanleiding van deze bezoeken moeten 33 afdelingen een plan van aanpak maken dat ertoe moeten leiden dat minder en/of korter wordt gesepareerd. Bij 10 van die afdelingen volgt een follow-up bezoek. In deze bezoeken is geen afdeling met een hoog tot zeer hoog risico aangetroffen.

De inspectie zal in 2010 in totaal 50 afdelingen bezoeken om erop toe te zien dat het separeren werkelijk verder vermindert. Dit zal afdelingen betreffen die in het kader van dit project niet eerder zijn bezocht.

Alle instellingen die bezocht zijn, hebben een individuele rapportage ontvangen met daarin de bevindingen van de inspectie.

In het rapport '*Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg*' uit 2008 is om algemene, niet instellingsgebonden, maatregelen gevraagd. De maatregelen uit dit rapport gelden nog steeds en worden voor een groot deel verder uitgewerkt. Zo wordt bijvoorbeeld gewerkt aan het opstellen van algemene normen voor opname afdelingen, ook specifiek om het separeren te verminderen. Tegen deze achtergrond is het overbodig om op basis van de bezoeken in 2009 opnieuw algemene maatregelen te formuleren.

## **10. Aanbevelingen**

Op dit moment wordt gewerkt aan het opstellen van veldnormen voor opnameafdelingen waar gesepareerd wordt. Op basis van een geaccepteerde veldnorm over de voorwaarden voor

intensieve zorg op opnameafdelingen kunnen de inhoudelijk en organisatorische consequenties worden vastgesteld en kan vervolgens samen met de zorgverzekeraars bij de NZA de financiële inpassing in het bekostigingssysteem worden vastgelegd.

Ik adviseer u om hieromtrent met de veldpartijen tot heldere financiële afspraken te komen inclusief een tijdspad.

## **11. Openbaarmaking, verspreiding en publiciteit**

Afgesproken is dat de IGZ aan de Minister zou rapporteren over dit vervolgonderzoek, op basis waarvan vervolgens per begin 2010 en voorts per begin 2011 de Kamer door de Minister wordt geïnformeerd over de meest relevante vervolgonontwikkelingen.

De bij het onderzoek betrokken instellingen ontvangen een afschrift van deze rapportage.

### **Bijlagen:**

1. Overzicht Separaties november 2006 t/m oktober 2009
2. Toezichtinstrument
3. Onderzoeksresultaten: separaat bijgevoegd
4. Risicoclassificatie

**Bijlage 1: Separaties november 2006 t/m oktober 2009**

Peildatum: meldingen verwerkt t/m ontvangstdatum 21-12-2009 (DB) en 02-12-2009 (MoM)

	Nov. 2006- okt. 2007	Nov. 2007- okt. 2008	Nov. 2008- okt. 2009	2008 t.o.v. 2007	2009 t.o.v. 2008	2009 t.o.v. 2007
Dwangbehandeling	1112	1304	989	17,3	-24	-11
Middelen of maatregelen	4773	4712	4433	-1	-6	-7
Totaal	5885	6016	5422	2	-10	-8

Bron: Bopzis/IGZ, 21-01-2010

## Bijlage 2: Toezichtinstrument: toelichting scorekwalificaties

	Niet aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
a. Beleid bij binnenkomst	De afdeling heeft geen schriftelijk beleid bij binnenkomst van patiënt en het plan van aanpak bevat geen onderdeel Beleid bij binnenkomst.	De afdeling heeft schriftelijk beleid bij binnenkomst patiënt, dat voldoet aan in deze toelichting beschreven norm, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel.	Het schriftelijke beleid bij binnenkomst wordt aantoonbaar bij elke patiënt uitgevoerd.	Het schriftelijke beleid bij binnenkomst wordt aantoonbaar uitgevoerd en op gezette tijden geëvalueerd en zonodig bijgesteld, in overleg met cliëntenraad en OR.
b. Scholing en deskundigheidsbevordering alle medewerkers, gericht op terugdringen van separeren	De instelling heeft geen schriftelijk scholingsplan/beleid voor de afdeling waarin training en deskundigheidsbevordering ter preventie van separatie en toepassing van alternatieven is opgenomen en het plan van aanpak bevat dit onderdeel evenmin.	De instelling heeft voor de afdeling een schriftelijk scholingsplan/beleid dat training en deskundigheidsbevordering ter preventie van separatie en toepassing van alternatieven bevat, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel.	Scholing en deskundigheidsbevordering wordt periodiek aangeboden en is door alle afdelingsmedewerkers conform het schriftelijke beleid of plan van aanpak met succes gevolgd.	Scholingsplan/beleid wordt aantoonbaar uitgevoerd en op gezette tijden geëvalueerd en zonodig bijgesteld, in overleg met cliëntenraad en OR.
c.1 Evalueren separatie met cliënt	Er is geen schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie achteraf met de patiënt moet worden geëvalueerd en het plan van aanpak bevat dit onderdeel evenmin.	Er is een schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie achteraf met de patiënt moet worden geëvalueerd, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel.	Elke separatie wordt achteraf aantoonbaar met de patiënt geëvalueerd, conform het schriftelijke beleid/plan van aanpak.	De evaluaties leiden tot aanpassing/verbetering van de handelwijze van individuele hulpverlener, afdeling of instelling.

	Niet aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
c.2 Evalueren separatie binnen team	Er is geen schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie regelmatig, en ook achteraf in het team moet worden geëvalueerd en het plan van aanpak bevat dit onderdeel niet.	Er is een schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie regelmatig, en ook achteraf in het team moet worden geëvalueerd, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel.	Elke separatie wordt aantoonbaar regelmatig en achteraf in het team geëvalueerd, conform het schriftelijk beleid.	De evaluaties leiden aantoonbaar tot aanpassing/verbetering van de handelwijze rond separatie van individuele hulpverlener, afdeling of instelling.
c.3 Evalueren separatie in instelling en terugkoppeling ervan naar team	Er is geen schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie ook instellingsniveau moet worden geëvalueerd en dat deze evaluaties worden teruggekoppeld naar het team en het plan van aanpak bevat dit onderdeel niet.	Er is een schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie ook instellingsniveau moet worden geëvalueerd en dat deze evaluaties worden teruggekoppeld naar het team, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel.	Alle separaties worden aantoonbaar op instellingsniveau geëvalueerd en deze evaluaties worden tijdig teruggekoppeld naar het team, conform het schriftelijk beleid.	De evaluaties en terugkoppeling leiden aantoonbaar tot aanpassing/verbetering van de handelwijze van afdeling.
d. Signaleringsplannen	Er is geen schriftelijk beleid waarin staat dat gewerkt moet worden met signaleringsplannen ter voorkoming of terugdringing van separaties team en het plan van aanpak bevat dit onderdeel niet.	Er is een schriftelijk beleid waarin staat dat gewerkt moet worden met signaleringsplannen ter voorkoming of terugdringing van separaties, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel. De signaleringsplannen moeten minimaal voldoen aan de in deze toelichting beschreven norm.	Er wordt aantoonbaar in overleg met elke patiënt een signaleringsplan opgesteld conform het schriftelijk beleid; de signaleringsplannen voldoen aan de in deze toelichting beschreven norm en er wordt aantoonbaar gehandeld volgens het signaleringsplan.	Het schriftelijke beleid over werken met signaleringsplannen wordt aantoonbaar uitgevoerd en op gezette tijden geëvalueerd en zonodig bijgesteld, in overleg met de cliëntenraad en OR.

	Niet aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
e. Toepassen van criteria (protocol) voor besluitvorming separeren	Er is geen schriftelijk beleid of protocol waarin procedure en criteria beschreven staan volgens welke kan worden besloten tot separatie en het plan van aanpak bevat dit onderdeel niet.	Er is een schriftelijk beleid of protocol waarin procedure en criteria beschreven staan volgens welke kan worden besloten tot separatie of het plan van aanpak bevat dit onderdeel.	Er wordt aantoonbaar volgens het schriftelijk beleid of protocol besloten tot separatie.	Het beleid tav besluitvorming rond separatie wordt uitgevoerd en op gezette tijden geëvalueerd en zonodig bijgesteld, in overleg met de cliëntenraad.
f. Registratie (met Argus)	Vrijheidsbeperkende interventies zoals separatie worden niet met behulp van de Argusset geregistreerd.	Vrijheidsbeperkende interventies zoals separatie worden met behulp van de Argusset geregistreerd.	De Argus-registratiegegevens worden op instellingsniveau geaggregeerd en aantoonbaar teruggekoppeld naar de teams.	De Argusregistratie wordt aantoonbaar op gezette tijden teruggekoppeld naar het team, en het team gebruikt deze informatie aantoonbaar om zijn handelwijze te evalueren en bij te stellen.

(NB. Reeds ingezet beleid, beleidsplan of Plan van Aanpak t.a.v. terugdringen separeren voldoet aan de norm, indien het minimaal de bovengenoemde elementen a t/m f bevat).

**Ad a. Beleid bij binnenkomst patiënt** voldoet aan de norm, indien het minimaal de volgende elementen bevat:

Beleid bij binnenkomst is schriftelijk vastgelegd. Hierin is opgenomen:

- a. Dat een nieuwe afweging en beoordeling van de situatie plaats moet vinden, ook al wordt patiënt geboeid, onder politie-begeleiding, binnengebracht.
- b. Dat er aandacht is voor zo gastvrij mogelijke ontvangst van patiënt die opgenomen wordt: aanbieden van rustige omgeving, eten, drinken, contact met buitenwereld, praktische zorg voor bv dieren, uitleg over afdeling en uitleg over situatie.
- c. Dat er aandacht is voor het opbouwen van vertrouwensrelatie.

**Ad d. Signaleringsplan** voldoet aan de norm, indien het minimaal de volgende elementen bevat:

Plan is in overleg met patiënt en evt. naastbetrokkenen tot stand gekomen. Plan bevat minimaal:

- a. Beschrijving van concrete gedragingen van patiënt die zouden kunnen leiden tot
- b. escalatie/onhanteerbare gevaarlijke situatie.
- c. Beschrijving van maatregelen en afspraken om escalatie te voorkómen.
- d. Maatregelen en afspraken zijn ook bedoeld om separatie te voorkómen.

**Bijlage 3: separaat toegevoegd**



**Bijlage 4: Risicoclassificatie**

Geen tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
Het reeds ingezette beleid of het plan van aanpak voldoet aan de norm en is minimaal operationeel; de uitvoering ervan verloopt volgens de eigen planning en het resultaat is minimaal 10% afname van aantal en duur van separaties per jaar. Of: het minimum van aantal en duur van separaties was dankzij gerichte inspanningen al eerder bereikt en wordt nu geconsolideerd.	Er zijn enkele verbeterpunten nodig in het reeds ingezette beleid of in het plan van aanpak, in de uitvoering ervan en/of in de resultaten.	Er is geen beleid en nog geen plan van aanpak, of het beleid of plan van aanpak voldoet niet aan de norm, of is niet bekend en niet operationeel, terwijl ook aantal en duur van separaties onvoldoende zijn afgenomen.	Er is geen beleid, geen plan van aanpak, aantal en duur van separaties zijn niet afgenomen en de situatie op de afdeling is in bepaalde opzichten zodanig alarmerend, dat direct maatregelen getroffen dienen te worden.