

Separaties binnen zeer complexe zorgsituaties

Een vervolgonderzoek naar separaties bij cliënten met complexe problematiek en langdurige separaties binnen de GGz

Tilburg, juni 2011

*Drs. M.A.G. van den Wijngaart
Prof. dr. I.M.B. Bongers*

*Met medewerking van:
Drs. A.J.A. van Dijk
Mr. drs. L.D. Balogh
Drs. E.W.A. van den Reek*

Uitgever: IVA
Warandelaan 2
Postbus 90153
5000 LE Tilburg
Telefoonnummer: 013-4668466
Telefax: 013-4668477

IVA is gelieerd aan de Universiteit van Tilburg

© 2011 IVA

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of worden openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het IVA.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Dankwoord

De praktijk van vrijheidsbeperkende interventies ofwel Dwang en Drang staat onder grote politieke en publieke belangstelling. Het onderhavige onderzoek naar het terugdringen van langdurige separaties en separaties bij cliënten met complexe problematiek getuigt hiervan. Een onderzoek doe je als onderzoeksinstituut of als onderzoeker nooit alleen. Wij willen dan ook van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken dat ons heeft geholpen bij de uitvoering van het onderzoek en de verslaglegging hiervan.

Onze dank gaat allereerst uit naar Eric Noorthoorn (GGNet), Wim Janssen (GGNet), Yolande Voskes (VUMC), Elleke Landeweer (VUMC), Erik Kuijpers (GGzE), Peter van Lier (CCE) en Monika Scholten (VvG). Zij hebben op verschillende manieren een bijdrage geleverd aan het onderzoek. Zij maakten het onder andere mogelijk dat we konden aansluiten bij het Zuidelijk en Centraal Netwerk en voorzagen ons van relevante feedback ten aanzien van de conceptversie van de rapportage.

Daarnaast geldt onze dankbaarheid ook de vele gesprekspartners: medewerkers van GGz-instellingen op beleid- en praktijkniveau, cliëntvertegenwoordigers, experts en projectleiders Dwang en Drang uit verschillende organisaties binnen en buiten de GGz-sector. Zij hebben ons voorzien van waardevolle informatie en inzichten. Wij willen hen vooral bedanken voor het vertrouwen dat zij in de onderzoekers hebben gesteld. De openheid waarmee de geïnterviewden hebben gesproken over hun ervaringen met en opvattingen over het terugdringen van langdurige separaties en separaties bij cliënten met complexe problematiek, waardenen wij zeer.

Betrokken partijen in het veld zijn er van overtuigd dat het toepassen van Dwang en Drang anders moet, maar dat het ook anders kan. Deze grondhouding dient gefaciliteerd te worden tot nieuwe initiatieven en innovaties op gebied van vrijheidsbeperking van cliënten. Maar bovenal dienen deze vernieuwingen geborgd te worden. Wij wensen zowel het veld als het ministerie van VWS veel succes toe in hun gezamenlijk streven ten aanzien van het terugdringen van Dwang en Drang. Hopelijk biedt deze rapportage daarvoor de nodige bouwstenen.

Mary van den Wijngaart
Inge Bongers

Inhoudsopgave

1	Achtergronden vervolgonderzoek.....	1
1.1	Aanleiding vervolgonderzoek	1
1.2	Doel en vraagstelling vervolgonderzoek.....	2
1.3	Onderzoeksmethode	2
1.3.1	Separaties bij cliëntgroepen met complexe problematiek	3
1.3.2	Langdurige separaties.....	3
1.3.3	Kostenindicatie.....	4
1.3.4	Rapportage	5
1.4	Leeswijzer	6
2	Kenmerken cliënten.....	7
2.1	Cliëntgroepen met complexe problematiek	7
2.2	Langdurige separaties.....	9
2.2.1	Reikwijdte langdurige separaties	9
2.2.2	Cliëntgroep langdurige separaties	10
2.3	Concluderend.....	11
3	Maatregelen zeer complexe zorgsituaties	13
3.1	Maatregelen op sectorniveau	13
3.1.1	Concept van sociotherapie laten varen	13
3.1.2	Kwaliteit van leven centraal stellen	14
3.1.3	Vanuit een brede beeldvorming opereren	15
3.2	Maatregelen op teamniveau.....	15
3.2.1	Langdurige intensieve begeleiding.....	15
3.2.2	Deskundigheid team	16
3.2.3	Samenstelling team	17
3.2.4	Multisectorale samenwerking.....	17
3.2.5	Andere maatregelen	18
3.3	Maatregelen op cliëntniveau	18
3.3.1	Consultatie	18
3.3.2	Ruimtelijke voorzieningen	19
3.3.3	Individuele zorg-op-maat.....	20
3.3.4	Dagbesteding.....	20
3.3.5	Andere maatregelen	20
3.4	Concluderend.....	21

4	Kostenindicatie specifieke maatregelen	23
4.1	Normontwikkeling Dwang en Drang: IC.....	23
4.2	Best practices en specifieke maatregelen	24
4.3	Kostenindicatie specifieke maatregelen	26
4.3.1	Kostenindicatie consultatie.....	26
4.3.2	Kostenindicatie individuele woonomgeving.....	28
4.3.3	Kostenindicatie langdurende intensieve en individuele begeleiding.....	29
4.4	Concluderend.....	31
5	Samenvatting en conclusies.....	35

1 Achtergronden vervolgonderzoek

1.1 Aanleiding vervolgonderzoek

Er is de laatste jaren veel aandacht voor het terugdringen van het aantal separaties binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGz). Onder invloed van een verminderde acceptatie van separeren als behandelmethodede binnen de sector en de toegenomen maatschappelijke en politieke kritiek op het separeerbeleid in de GGz zijn er de afgelopen jaren verschillende inspanningen verricht om het aantal separaties terug te dringen. Deze inspanningen zijn geïnitieerd vanuit de politiek en de sector zelf. In het algemeen kan worden gesteld dat cliënten worden gesepareerd omdat zij ontwikkeltend c.q. grensoverschrijdend gedrag vertonen waardoor zij een gevaar vormen voor zichzelf, anderen of de omgeving. De initiatieven die ontwikkeld zijn en worden, richten zich op het zodanig reguleren van het gedrag van de cliënt dat een escalatie dan wel crisis kan worden voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn comfort rooms, vroeg-signalering, crisiskaart, de-escalierend werken, IC-units en 1-op-1 begeleiding.

In 2010 heeft het onafhankelijke onderzoeksinstituut IVA Beleidsonderzoek en advies – in opdracht van VWS – een studie verricht naar de stand van zaken ten aanzien van de separeerpraktijk¹. Wij constateerden in dit onderzoek dat er duidelijk sprake is van een positieve cultuuromslag binnen de GGz waarbij separeren steeds meer wordt gezien als een ongewenste beheersmaatregel in plaats van een effectieve behandelmethodede. Ten opzichte van 2008 is het aantal separaties in 2009 met zo'n 18 procent gedaald. Hoewel het onderzoek – mede door de vele initiatieven die er zijn – een daling in het aantal separaties laat zien wordt wel speciale aandacht gevraagd voor een kleine groep cliënten met complexe problematiek waarbij het volgens het veld moeilijk blijft om separaties te vermijden². Daarnaast is er – zowel in de media als vanuit de politiek c.q. overheid – de nodige aandacht voor cliënten die langdurig gesepareerd worden.

In het licht van het bovenstaande heeft het ministerie van VWS aan IVA Beleidsonderzoek en advies gevraagd een vervolgonderzoek uit te voeren naar separaties bij cliënten met complexe problematiek en langdurige separaties. Uitgangspunt vanuit VWS hierbij is dat het onderzoek zich uitsluitend dient te richten op het gebruik van separaties (eenzame opsluiting in een separeercel); niet op andere vormen van isolatie of afzondering. Daarnaast is door VWS aangegeven om langdurige separaties te definiëren als separaties die volgens de registratiegegevens van de Inspectie voor

1 Bongers, van den Reek, Roman, van den Wijngaart, Balogh & van Dijk (2010). Separeren in de GGZ: beleid, praktijk en toezicht. Onderzoek naar de vorderingen in het terugdringen van separaties. IVA: Tilburg.

2 Dit wordt ook wel de zogeheten 'onderlaag' aan separaties genoemd. Wij hebben ervoor gekozen om deze terminologie in het rapport niet te gebruiken. Dit omdat het naar de mening van de onderzoekers te veel de suggestie wekt dat het om een 'onderlaag' aan cliënten gaat. Dit heeft een negatieve connotatie die geen recht doet aan de situatie waarin cliënten zich bevinden.

de Gezondheidszorg (IGZ), de zogeheten Bopzis-registratie, drie maanden of langer duren.

1.2 Doel en vraagstelling vervolgonderzoek

Het onderzoek beoogt op de eerste plaats inzichtelijk te maken op welke wijze separaties bij cliënten met complexe problematiek en langdurige separaties kunnen worden teruggedrongen. Het is de bedoeling om na te gaan welke maatregelen er naast de huidige initiatieven c.q. best practices – aanvullend – nodig zijn om deze separaties te voorkomen dan wel te beëindigen. Op de tweede plaats beoogt het onderzoek een indicatie te geven van de kosten die de implementatie van de aanvullende c.q. specifieke maatregelen met zich meebrengt.

Op basis van deze doelstelling kan de centrale vraagstelling van het onderzoek als volgt worden geformuleerd:

Wat is er aan specifieke maatregelen nodig om separaties bij cliënten met complexe problematiek en langdurige separaties van drie maanden of langer terug te dringen en welke kosten zijn gemoeid met de implementatie van deze specifieke maatregelen?

Deze centrale vraagstelling is te onderscheiden in de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de kenmerken van de cliëntgroepen met complexe problematiek waarvan het veld aangeeft dat het met de huidige initiatieven moeilijk blijft om separaties terug te dringen?
2. Op welke wijze kunnen cliënten die langdurig gesepareerd worden gekenmerkt worden?
3. Welke specifieke maatregelen moeten genomen worden voor het verminderen of vermijden van separaties bij cliëntgroepen met complexe problematiek en van langdurige separaties?
4. Hoe staat het met de normontwikkeling ten aanzien van cliënten met complexe problematiek binnen de GGz?
5. In welke mate zal het in de sector implementeren van de specifieke maatregelen extra kosten met zich meebrengen?

1.3 Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign met casuïstiekanalyse, semigestructureerde (groeps)interviews en een tweetal expertbijeenkomsten. Deze activiteiten hebben plaatsgevonden in de periode december 2010 t/m maart 2011.

1.3.1 *Separaties bij cliëntgroepen met complexe problematiek*

In het eerdere onderzoek dat IVA heeft verricht naar de separeerpraktijk binnen de GGz³ is naar voren gekomen dat het veld een relatief kleine complexe groep cliënten signaleert waarbij het gebruik van de separeer niet geheel tot nul gereduceerd kan worden, ondanks alle best practices die er zijn en die nog ontwikkeld worden. Volgens het veld bevinden deze cliëntgroepen met complexe problematiek zich veelal binnen de forensische psychiatrie, dubbele diagnose afdelingen en afdelingen voor intensieve behandeling. Een verbijzondering van het laatste vormt een intensieve behandelafdeling voor cliënten met een verstandelijke beperking. Voor het verkrijgen van inzicht in de cliëntgroepen met complexe problematiek is dan ook aangesloten bij deze type afdelingen. Er zijn drie afdelingen betrokken in het onderzoek van verschillende reguliere geïntegreerde GGz-instellingen.

Per afdeling zijn er met verschillende personen semigestructureerde (groeps-) interviews gehouden. Er zijn vraaggesprekken gevoerd met vertegenwoordigers op mesoniveau (vanuit beleidsperspectief van instelling) en microniveau (vanuit praktijkperspectief van de werkvloer). We hebben in totaal met 14 personen gesproken. Op beleidsniveau is onder meer gesproken met een geneesheer-directeur, eerste geneeskundigen, teamcoördinator en projectleider Dwang & Drang. Bij het praktijkniveau gaat het om psychiaters, (senior) verpleegkundigen en sociaal pedagogische hulpverleners (SPH'ers).

Om de problematiek en ontwikkelingen rondom de cliëntgroepen met complexe problematiek vanuit het cliëntenperspectief te belichten heeft er een groepsgesprek plaatsgevonden met drie vertegenwoordigers van de LPGGz, de koepelorganisatie van cliënten- en familieorganisaties in de GGz. Deze personen maken deel uit van de themagroep Dwang & Drang binnen het landelijk platform.

Verder hebben we een semigestructureerd interview gehouden met de projectleider Dwang & Drang binnen GGZ Nederland. Dit interview richtte zich vooral op de normontwikkeling ten aanzien van de separaties bij cliëntgroepen met complexe problematiek.

De resultaten van alle interviews zijn integraal verwerkt in de rapportage (vooral hoofdstuk 2 en 3). Dit houdt in dat niet ieder(s) perspectief afzonderlijk wordt beschreven maar dat de verschillende meningen en opvattingen zijn samengenomen tot een overkoepelend of gezamenlijk perspectief op de problematiek rondom separaties bij cliënten met complexe problematiek.

1.3.2 *Langdurige separaties*

Om inzicht te krijgen in om wat voor cliënten het gaat en hoe kan worden omgegaan met het vermijden dan wel beëindigen van separaties die volgens de Bopzis-registratie drie maanden of langer duren is op de eerste plaats een aantal casussen geanalyseerd. Voor het kunnen achterhalen van relevante casussen is contact

opgenomen met IGZ. Zij hebben aan IVA de namen doorgegeven van een twaalftal instellingen waarbij volgens gegevens van de inspectie een cliënt langdurig wordt gesepareerd. Er zijn *géén* gegevens vrijgegeven over de cliënten zelf. Deze instellingen zijn vervolgens door de onderzoekers van IVA benaderd met het verzoek medewerking te verlenen aan het onderzoek.

Een veel gehoorde reactie op ons verzoek was dat er bij de betreffende instelling geen cliënt was die drie maanden of langer werd gesepareerd. Het bleek in veel gevallen te gaan om cliënten waarbij de 'meldingstijd' van de separatie bij IGZ voor drie maanden of langer openstaat maar waarbij de cliënt niet continu in de separeer verblijft. In feite bestaat er dan de mogelijkheid om in een periode van drie maanden of langer separatie toe te kunnen passen. In overleg met VWS is besloten om uit te gaan van de meldingstijd van de separatie bij IGZ. Het gaat dan om cliënten die enerzijds voor een periode van minimaal drie maanden iedere dag enige tijd in de separeer verblijven (*aaneengesloten separaties*) en die anderzijds in een periode van minimaal drie maanden met onderbrekingen gesepareerd worden (*onderbroken separaties*).

We hebben in totaal vijf casussen geanalyseerd van cliënten waarbij sprake was van een langdurige separatie (aaneengesloten en/of onderbroken). Er zijn in totaal met 14 betrokkenen (groeps)interviews gehouden. Dit waren vaak de behandelend psychiater of verpleegkundigen; soms een teamleider. Een keer is gesproken met een vertegenwoordiger van de cliënt. Bij de andere casussen was dit om verschillende redenen helaas niet haalbaar.

Daarnaast zijn er twee expertbijeenkomsten georganiseerd voor het achterhalen van het profiel van cliënten die langdurig worden gesepareerd en welke maatregelen getroffen zouden kunnen worden om langdurige separaties terug te dringen. Voor de bijeenkomsten zijn de projectleiders Dwang & Drang die deelnemen aan het Zuidelijk en Centraal Netwerk uitgenodigd, alsmede het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) en enkele onderzoekers op gebied van vrijheidsbeperkende interventies. Zij hebben voorafgaand aan de bijeenkomsten een uitnodiging en topiclijst ontvangen zodat zij zich konden voorbereiden op de sessie. De expertbijeenkomsten duurden twee uur en de begeleiding hiervan was in handen van IVA Beleidsonderzoek en advies. Aan de bijeenkomsten hebben in totaal 18 personen deelgenomen.

De resultaten van alle interviews en van de expertbijeenkomsten zijn – net als bij cliënten met complexe problematiek – integraal verwerkt in de rapportage (vooral hoofdstuk 2 en 3). We hebben de verschillende opinies en ervaringen samengevoegd tot een gedeeld perspectief op de problematiek rondom langdurige separaties.

1.3.3 Kostenindicatie

Voor het schatten van de kosten die gemoeid zijn met het terugdringen van separaties bij cliëntgroepen met complexe problematiek en langdurige separaties is op de eerste plaats inzichtelijk gemaakt welke maatregelen in dit kader genoemd zijn. Hier toe zijn de verslagen van de interviews, casussen en expertbijeenkomsten geanalyseerd. Uit deze analyse is gebleken dat de maatregelen die worden genoemd voor

het terugdringen van de langdurige separaties overeenkomen met die voor de separaties bij cliënten met complexe problematiek. Om deze reden is besloten de kostenindicatie integraal uit te voeren en geen onderscheid te maken tussen beide vormen van separaties. Het gaat immers om dezelfde kostenonderdelen. De maatregelen staan beschreven in hoofdstuk 3 van de rapportage.

Vervolgens is er een onderscheid gemaakt in best practices en specifieke maatregelen. Zoals gezegd in de inleiding zijn er vele ontwikkelingen gaande om het aantal separaties in de GGz terug te dringen. Deze maatregelen richten zich vooral op de incidentele en kortdurende crisissituaties. Deze maatregelen beschouwen wij als zogeheten best practices⁴. Het huidige onderzoek richt zich echter expliciet en uitsluitend op die groep cliënten waarvoor in principe langdurende, zeer intensieve zorg nodig is. Het is juist de bedoeling om na te gaan welke specifieke maatregelen er naast de huidige best practices extra nodig zijn om separaties bij cliëntgroepen met complexe problematiek en langdurige separaties te verminderen dan wel te beëindigen.

Gezien de doelstelling van het onderzoek wordt alleen van de specifieke maatregelen een inschatting gemaakt van de kosten die gerelateerd zijn aan de implementatie ervan. We willen hierbij benadrukken dat het expliciet gaat om het genereren van een prijsrichting. Het gaat nadrukkelijk niet om een nauwkeurige berekening van de kosten. Voor het kunnen schatten van de kosten zijn enkele kostenonderdelen onderscheiden zoals huisvesting, personeel en dagbestedingprogramma. Afhankelijk van de expertisegebieden zijn enkele kostenexperts van GGz-instellingen benaderd voor het maken van een schatting of voor relevante informatie over bijvoorbeeld tarieven.

Op basis hiervan zijn de globale kosten in beeld gebracht die gemoeid zijn met het implementeren van de specifieke maatregelen voor het terugdringen van separaties bij cliënten met complexe problematiek en langdurige separaties. Het onderscheid in best practices en specifieke maatregelen en de kostenindicatie van de specifieke maatregelen staan beschreven in hoofdstuk 4 van de rapportage.

1.3.4 Rapportage

Tot slot, zijn de bevindingen van de verschillende onderzoeksdelen en –activiteiten beschreven in de onderhavige rapportage. Het rapport is in conceptvorm voorgelegd aan enkele onderzoekers en projectleiders op het gebied van Dwang en Drang. Hun adviezen zijn zoveel mogelijk meegenomen en verwerkt. Verder is de conceptrapportage besproken met de opdrachtgever.

4

Er loopt momenteel een onderzoek waarin de best practices op gebied van Dwang en Drang worden geïnventariseerd. Voorlopige resultaten zijn onder meer gepresenteerd op symposium 'Uit de separeer, in de zorg' van 3 maart 2011 door Justine Theunissen (ProPersona) en Yolande Voskes (VUmc).

1.4 Leeswijzer

In de rapportage gaan we in hoofdstuk 2 in op de kenmerken van de cliëntgroepen met complexe problematiek waarvan het veld aangeeft dat het terugdringen van separaties moeilijk is en van cliënten die langdurig worden gesepareerd. Vervolgens volgt in hoofdstuk 3 een overzicht van wat er nodig is om deze separaties terug te dringen. Uit de resultaten blijkt dat hierbij een onderscheid kan worden gemaakt op het niveau van de sector, het team en de cliënt. Hoofdstuk 4 geeft een inschatting van de kosten die gemoeid zijn met de implementatie van de genoemde specifieke maatregelen. Tot slot, beschrijven we in hoofdstuk 5 de belangrijkste conclusies van het onderzoek.

2 Kenmerken cliënten

In dit hoofdstuk worden de cliëntgroepen beschreven waarbij sprake is van complexe problematiek en langdurige separatie. Om welke type cliënten gaat het, welke problematiek is aan de orde en waarom is het terugdringen van separaties voor deze cliëntengroepen nu zo lastig? Eerst wordt ingegaan op de kenmerken van de cliëntgroepen met complexe problematiek binnen de GGz. Daarna wordt geschetst wat het aantal cliënten is waarbij sprake is van een langdurige separatie en op welke wijze deze cliënten zich laten kenmerken.

2.1 Cliëntgroepen met complexe problematiek

Uit de interviews met vertegenwoordigers van een forensische afdeling, een dubbele diagnose afdeling en een behandelafdeling voor verstandelijk gehandicapten blijkt dat de cliënten op deze afdelingen zich kenmerken door dubbele problematiek. Naast de psychiatrische aandoening die zeer divers van aard is en het hele scala aan stoornissen omvat, spelen andere factoren een complicerende factor. Zo bevinden zich binnen de forensische psychiatrie cliënten die een delict hebben gepleegd onder invloed van een psychiatrische aandoening. Veelal gaat het om een chronische psychotische stoornis waarbij cliënten afglijden tot antisociaal gedrag.

Bij de dubbele diagnoseafdelingen gaat het om een combinatie van een psychiatrische aandoening en middelengebruik. Hierbij kan er – volgens de geïnterviewden – grofweg onderscheid worden gemaakt in drie groepen:

- cliënten die onder invloed van middelen psychotisch zijn geraakt;
- cliënten die vanuit een psychiatrische kwetsbaarheid middelen zijn gaan gebruiken en daardoor hun prognose verslechteren;
- cliënten die in meerdere opzichten kwetsbaar zijn en verslaafd zijn geraakt. De kwetsbaarheid is dan niet alleen psychiatrisch van aard maar betreft ook bijvoorbeeld sociaal niet vaardig zijn, labiliteit en/of beperkte verstandelijke vermogens.

Op de intensieve behandelafdeling voor verstandelijk gehandicapten is er naast de psychiatrische aandoening nog sprake van een beperkte cognitieve ontwikkeling. Overigens is er bij deze groep cliënten vaak nog sprake van een somatische component en hebben cliënten ondersteuning nodig bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Door de verstandelijke beperking hebben deze cliënten – meer dan een reguliere GGz-cliënt – moeite om de wereld om zich heen te begrijpen en te doorgronden. Zij snappen de omgeving niet, krijgen daar geen vat op en ervaren daardoor veel angst. Bovendien zijn cliënten veelal sensitief voor prikkels en worden zij onrustig door een overdaad aan prikkels. Zij kunnen niet filteren. Daarnaast worden

de mogelijkheden c.q. competenties van cliënten vaak overschat door derden. Zij worden door hun omgeving overvraagd.

Op basis van de interviews met alle betrokkenen kan worden vastgesteld dat op deze afdelingen relatief vaak ontwrichtend gedrag wordt vertoond dat niet altijd voorkomen kan worden. Voor cliënten met een dubbele diagnose geldt bijvoorbeeld dat het gedrag direct gekoppeld kan zijn aan de roes van het middelengebruik. Cliënten die 'ladderzat' of 'knal psychotisch' door gebruik van de partydrug GHB (Gammahydroxybutyraat) zijn kunnen zeer agressief worden en moeten dan enige tijd afkoelen. Veelal gebeurt dit met behulp van een kamerprogramma, maar als een cliënt vervolgens de omgeving gaat vernielen gaat hij/zij de separeer in. Daarnaast geldt voor een deel van de cliënten op deze afdelingen dat zij minder copingmechanismen ter beschikking hebben om met lastige situaties om te gaan waardoor zij sneller in een fysieke – vaak agressieve – reactie schieten. Binnen de forensische psychiatrie vormt agressie bijvoorbeeld vanwege de criminele component een tamelijk standaardreactie voor cliënten. Cliënten met een verstandelijke beperking hebben minder mogelijkheden om zichzelf te reguleren en bij een aantal van hen leidt dit tot agressie. Of zoals een geïnterviewde het aangeeft "cliënten functioneren op het niveau van een 2 tot 3 jarige met de bijbehorende driftbuien, alleen is dan iemand wel bijna 2 meter lang en weegt hij/zij 100 kilo."

Een belangrijk deel van het ontwrichtend gedrag kan voorkomen worden door het afkicken van middelen en het creëren van inzicht in de manifestatie van het gedrag en het kunnen beheersen van de impulsen door zowel het team als de cliënt zelf. De agressie die cliënten vertonen komt vaak voort vanuit een bepaalde emotie zoals angst, teleurstelling, onrust of woede. Affectieve agressie ontwikkelt zich tot een bepaald 'kookpunt' waarop de cliënt escaleert. Volgens de geïnterviewden is het zaak om door middel van vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen te voorkomen dat de gemoedstoestand van de cliënt uitgroeit tot agressief gedrag. Hierbij is het van belang dat de cliënt ook zelf leert de signalen te herkennen en daarop in te spelen door zich bijvoorbeeld terug te trekken, medicatie in te nemen of te gaan sporten. Zolang er echter geen inzicht bestaat in de wijze waarop de agressie zich manifesteert bij de cliënt en er niet bekend is wat gedaan moet worden om escalatie te voorkomen zal er agressief gedrag worden vertoond. Temeer omdat het een 'normale' reactie is voor een deel van de cliënten binnen de betrokken afdelingen en omdat de agressie gerelateerd kan zijn aan middelengebruik.

Daarnaast onderscheiden de geïnterviewden situaties waarbij het grensoverschrijdend gedrag niet zondermeer voorkomen kan worden door vroegsignalering door het team en het creëren van zelfinzicht en impulscontrole bij de cliënt. Hierbij kent het grensoverschrijdend gedrag veelal een frequent dan wel blijvend karakter. Op de eerste plaats gaat het om 'ingesleten' reactiepatronen die niet eenvoudig om te buigen zijn. Daarnaast zijn er vormen van agressie die moeilijk vroegtijdig te signaleren zijn omdat zij plotseling 'out-of-the blue' komen opzetten. Maar bovenal ontbreekt het bij een deel van de cliënten aan de mogelijkheden om het benodigde zelfinzicht en impulscontrole te kunnen realiseren. Deze cliënten beschikken niet over de

cognitieve of leervermogens om zelf in te kunnen zien wanneer een escalatie dreigt en hoe dit voorkomen kan worden.

De geïnterviewden van de dubbele diagnoseafdeling spreken van het ontbreken van 'herstelvermogen'. Volgens hen heeft een deel van de cliënten niet het vermogen om zichzelf te herstellen vanwege hun ziektebeeld, middelengebruik, emotionele ontwikkelingsachterstand en/of verstandelijke beperking. Hierdoor blijven zij terugvallen in hun verslaving en het vertonen van agressief gedrag. Volgens de geïnterviewden van de behandelafdeling voor verstandelijk gehandicapten wordt het reguleren van de cliënt in principe volledig door het team overgenomen omdat cliënten hiertoe niet in staat zijn. Dit gebeurt door nagenoeg continu aanwezig te zijn op de groep en soms door het bieden van een fysieke begrenzing met behulp van holding en afzondering. En dan nog is het team niet altijd in staat om de cliënt te kalmeren en zo een escalatie te voorkomen. In sommige gevallen lukt het niet om een cliënt mentaal te bereiken waardoor de onrust en/of angst die cliënten ervaren kan uitmonden in een oncontroleerbare woede-uitbarsting. Als alle alternatieven zijn onderzocht en zijn toegepast vormt de separeer in dergelijke gevallen een ultimum remedium.

2.2 Langdurige separaties

2.2.1 Reikwijdte langdurige separaties

In de inleiding is al aangegeven dat in het huidige onderzoek het bij de langdurige separaties gaat om cliënten die volgens de Bopzis-registratie drie maanden of langer gesepareerd worden. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt in cliënten die minimaal drie maanden aaneengesloten worden gesepareerd en in separaties die voor een periode van drie maanden of langer onderbroken plaats vinden. Uit de casuïstiekanalyse en de expertbijeenkomsten komt naar voren dat bij de langdurige separaties het vooral gaat om cliënten die in en uit de separeer gaan. Cliënten die echt aaneengesloten langer dan drie maanden in de separeer zitten komen nauwelijks voor. Cliënten verblijven toch vaak enkele dagen buiten de separeer. Verder geven de geïnterviewden aan dat een aaneengesloten separatie van twee weken al als problematisch kan worden beschouwd.

Dat het vooral gaat om onderbroken separaties wordt bevestigd door onderzoek dat de Inspectie van de Gezondheidszorg heeft verricht naar de langdurige separaties van drie maanden of langer⁵. Zij heeft over 2009 154 dwangbehandelingen onderzocht met als indicatie separatie of afzondering. Hieruit bleek dat per kwartaal tussen de 0 en 3 separaties drie maanden of langer aaneengesloten duurden (per kwartaal tussen de 3 en 7 afzonderingen). Dit beeld wordt onderstreept door een analyse dat is verricht op het casusregister Argus⁶. In de database die cijfers omvat van ongeveer de helft van de GGz-instellingen in Nederland, komt een aaneengesloten separatie van minimaal drie maanden tweemaal voor.

5 IGZ (2011). Nota: Resultaten toetsingen dwangbehandelingen (toetsing van toepassing van 'separaties en afzonderingen' die langer dan 3 maanden openstonden) 2009. Kenmerk: 2011-290014.

6 Op verzoek van IVA hebben de beheerders van het casusregister Argus het aantal separaties beschreven van drie maanden of langer zonder onderbreking van meer dan één dag.

Bovendien is er nog een groep cliënten die weliswaar niet langdurig in een separeer-cel verblijft maar waarbij wel sprake is van langdurige opsluiting in de vorm van afzondering of verplicht verblijf in een ruimte waaronder gesloten kamerprogramma. Als cliënten onder het regime van een gesloten kamerprogramma vallen verblijven zij weliswaar op hun eigen kamer en niet in een separeer, maar ook hierbij is er sprake van permanente of veelvuldige opsluiting. Deze groep cliënten valt in principe buiten de scope van het onderzoek omdat het onderzoek zich expliciet richt op separaties. Een cliënt wordt eenzaam opgesloten in een speciaal daarvoor bestemde ruimte: separeercel. Volgens de geïnterviewden is er echter wel een duidelijke overlap met cliënten die op een andere wijze langdurig worden opgesloten; het gaat om dezelfde cliëntenpopulatie.

2.2.2 Cliëntgroep langdurige separaties

Op basis van de interviews en expertsessies kan worden gezegd dat bij langdurige separaties er altijd sprake is van multiproblematiek: cliënt heeft een psychiatrische aandoening in combinatie met een bepaalde kwetsbaarheid en vertoont herhaaldelijk zeer ontwrichtend gedrag. De psychiatrische aandoening betreft veelal een psychotische stoornis zoals schizofrenie of een persoonlijkheidsstoornis zoals borderline, maar kan in principe het hele scala aan psychiatrische aandoeningen omvatten. Daarnaast is er sprake van een bepaalde kwetsbaarheid die de prognose van de cliënt verslechterd dan wel complexer maakt. Deze kwetsbaarheid betreft een lage sociale emotionele ontwikkeling, ontwikkelingsstoornis, verstandelijke beperking, autismespectrumstoornis (ASS), middelengebruik, prikkelgevoeligheid, gedragsproblemen en/of verslaving.

Verder vertoont de cliënt herhaaldelijk zeer ontwrichtend gedrag. Cliënten zijn veelvuldig of blijvend agressief in hun bejegening. De agressie is meestal een gevolg van angstig zijn, bang zijn, zich niet begrepen voelen, onmacht en boosheid. Soms is de agressie met opzet en persoonsgericht. In de casuïstiek wordt het gedrag van cliënten omschreven in termen van “ongeleide agressie”, “cliënt kan volkomen uit het niets slaan”, “zo impulsief en onbetrouwbaar” en “cliënt komt op je af, niet gehinderd door IQ, gedreven door stemmen”. Volgens de geïnterviewden verblijven cliënten met multiproblematiek veelal binnen de forensische psychiatrie, op dubbele diagnoseafdelingen en binnen de langdurige zorg.

Een complicerende factor hierbij is het gebrek aan perspectief dat cliënten ervaren. Er is sprake van een uitzichtloze situatie, hospitalisatie en verlies van rollen. De hoop op een beter leven is vervlogen. Dit vormt veelal een trigger om grensoverschrijdend gedrag te vertonen omdat cliënten zich wanhopig voelen en toch niets meer te verliezen hebben. Bovendien ontbreekt hierdoor iedere motivatie om gericht mee te werken aan de behandeling of resocialisatie.

Het herhaaldelijke agressieve gedrag van een cliënt heeft een enorme negatieve impact op de omgeving. Het leidt tot ontwrichting van de groep en het team. Vaak als gevolg van een zeer ernstig incident (aanranding, molestatie of wurging) ontstaat ook bij het team angst voor de cliënt. Dan wordt het moeilijk om de relatie tussen cliënt en team te herstellen. Volgens de geïnterviewden gaat het niet zozeer om lastige

cliënten, maar veel meer om lastige situaties waarin de interactie tussen cliënt en team compleet is vastgelopen. En dan is er geen basis meer voor een behandeling. Het team is dan in principe helemaal klaar met de cliënt. Uit een vorm van zelfbehoud – die overigens vaak terecht is – anticipeert het team op forse incidenten en ontstaan er patronen in handelen. Cliënten worden dan regelmatig preventief gesepareerd; niet omdat er een incident is maar omdat het team bang is voor een incident.

De geïnterviewden geven regelmatig aan dat de problematiek van de langdurige separaties ofwel van cliënten die herhaaldelijk zeer agressief gedrag vertonen niet uitsluitend in de GGz voorkomt. Het is geen “privethema van de GGz” maar een probleem van de samenleving. Ook in andere sectoren en domeinen zijn er mensen die sterk ontwrichtend gedrag c.q. grensoverschrijdend gedrag vertonen. Bij mannen gaat het vooral om agressief gedrag naar de omgeving toe; bij vrouwen om verminkend of suïcidaal gedrag naar zichzelf toe. Deze complexe cliëntgroepen bevinden zich ook in de samenleving, in de verstandelijke gehandicaptenzorg en de ouderenzorg en binnen justitie. Geïnterviewden benadrukken dat het van belang is om de problematiek breder op te pakken dan alleen vanuit de GGz omdat men van elkaar kan leren en elkaars expertise kan benutten.

2.3 Concluderend

Uit de interviews met betrokkenen komt naar voren dat bij de cliëntgroepen met complexe problematiek er sprake is van dubbele problematiek die de prognose van de cliënten verslechtert. In het huidige onderzoek gaat het naast de psychiatrische aandoening om kenmerken zoals een criminele achtergrond, verslaving en/of verstandelijke beperking. Bovendien vertonen de cliënten relatief gezien vaak ontwrichtend gedrag. Deze agressie kan enerzijds direct een gevolg zijn van overmatig middelengebruik. Anderzijds vertoont een deel van de cliënten (zeer) agressief gedrag naar anderen, zichzelf of de omgeving toe omdat dit voor hen een dominant copingmechanisme is. Zij reageren primair fysiek op bepaalde emoties of situaties; andere mechanismen kennen zij niet. Het grensoverschrijdend gedrag kan een tamelijk incidenteel karakter hebben waarbij een cliënt kortdurend in een crisissituatie bevindt en zich agressief gaat gedragen. Deze vorm van agressie kan voorkomen worden door het realiseren van het benodigde inzicht bij cliënten en team om te weten wanneer een escalatie dreigt, om impulsen te kunnen beheersen en om het gedrag aan te passen dan wel om te buigen. Het ontwrichtend gedrag van cliënten kan zich echter ook herhaaldelijk of blijvend voordoen. In dergelijke gevallen is het lastig om vroegsignalering, zelfinzicht en impulscontrole te bewerkstelligen omdat cliënten over beperkte (verstandelijke en/of leer-) vermogens beschikken en het veel tijd kost om andere copingmechanismen eigen te maken.

Bij de langdurige separaties gaat het vooral om cliënten die voor drie maanden of langer in en uit de separeer gaan omdat zij herhaaldelijk zeer agressief gedrag blijven vertonen of waarvoor angst is dat zij dit gedrag zullen vertonen. Het agressieve gedrag komt voort uit de psychiatrische aandoening in combinatie met een bepaalde

kwetsbaarheid van de cliënt zoals ontwikkelingsstoornis, verslaving, verstandelijke beperking en/of gedragsproblemen. Bovendien speelt het gebrek aan perspectief een complicerende rol. Uiteindelijk is er sprake van een verstoorde relatie met het team en is de interactie tussen het team en de cliënt geheel vastgelopen. Men zit eigenlijk 'met de handen in het haar'. Deze situatie vormt op geen enkele wijze een solide basis voor een effectieve behandeling of resocialisatie. Dit alles leidt regelmatig tot een situatie waarin cliënten gesepareerd of afgezonderd worden uit angst voor een escalatie dan dat er daadwerkelijk sprake is van een agressie-incident.

Volgens alle geïnterviewden zullen er altijd situaties zijn waarin drastisch ingrijpen noodzakelijk wordt geacht. Er zullen altijd momenten zijn waarin een escalatie niet kan worden voorkomen en een cliënt 'volledig door het lint' gaat. In dergelijke gevallen wordt dan separatie om veiligheidsredenen toegepast en heeft dan tot doel om de cliënt fysiek te begrenzen en te kalmeren totdat deze is 'afgekoeld'. Zolang het ontwrichtend gedrag een incidenteel en kortdurend karakter heeft – en dit ook geldt voor het gebruik van de separatie – worden deze situaties niet als de meest complexe gevallen ervaren.

Dit is wat anders als het gaat om cliënten die frequent of blijvend ontwrichtend gedrag vertonen. Als er gesproken wordt over de meest complexe cliënten binnen de GGz dan bedoelt men in principe die cliënten die zich herhaaldelijk zeer agressief gedragen en dientengevolge uit (preventieve) veiligheidsoverwegingen veelvuldig – en voor een langere tijd – in de separeer verblijven. Dan is ook het onderscheid in de cliëntgroepen met complexe problematiek en langdurige separaties een kunstmatig onderscheid omdat het in beide gevallen gaat om dezelfde cliëntenpopulatie. Deze cliënten laten zich kenmerken door een multiproblematische zorgsituatie waarin naast de psychiatrische aandoening ook nog sprake is van een bepaalde kwetsbaarheid die de prognose van de cliënt verslechtert. Hierbij gaat het veelal om middelengebruik, ontwikkelingsstoornis en een verstandelijke beperking. Bovendien is de interactie met het team blijvend verstoord en kenmerkt het team zich door een bepaalde mate van handelingsverlegenheid. Deze groep cliënten komt niet uitsluitend voor in de GGz, maar bevindt zich ook in andere sectoren van de gezondheidszorg en domeinen van de samenleving (o.a. justitie).

3 Maatregelen zeer complexe zorgsituaties

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de mogelijkheden voor het terugdringen van separaties bij de cliëntgroepen met complexe problematiek en langdurige separaties. Uit de analyse van de interviews en expertbijeenkomsten blijkt dat de maatregelen die worden genoemd voor het voorkomen en beëindigen van separaties bij cliëntgroepen met complexe problematiek en langdurige separatie met elkaar overeenkomen. Dit is vrij logisch gelet op de constatering uit het vorige hoofdstuk dat het bij de cliënten met complexe problematiek en de langdurige separaties om dezelfde cliëntenpopulatie gaat. Daarom laten we het onderscheid tussen beide vormen van separaties varen en spreken we in het vervolg over 'zeer complexe zorgsituaties' waarin separatie of andere vorm van opsluiting herhaaldelijk wordt ingezet voor een langere periode. We hebben voor deze term gekozen omdat hiermee ook recht wordt gedaan aan het feit dat het niet gaat om lastige cliënten maar om lastige situaties.

De maatregelen die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn gegeneerd op basis van de interviews en de expertsessies. Uit de resultaten blijkt dat er ten aanzien van de maatregelen die zijn genoemd door de respondenten een onderscheid kan worden gemaakt in het niveau van de sector, het team en de cliënt. Deze zullen hieronder achtereenvolgens worden beschreven.

3.1 Maatregelen op sectorniveau

De maatregelen op het niveau van de sector hebben vooral betrekking op de behandelingsfilosofie ten aanzien van cliënten in een zeer complexe zorgsituatie waarbij sprake is van herhaaldelijk ontwrichtend gedrag als gevolg van multiproblematiek (psychiatrische aandoening in combinatie met kwetsbaarheid cliënt). Deze maatregelen omvatten niet zozeer concrete handelingen dan wel verrichtingen maar zij betreffen veel meer een culturomslag; een andere manier van kijken naar en omgaan met de problematische zorgsituatie. Deze herziende c.q. nieuwe grondhouding mondt uit in een aantal concrete maatregelen op teamniveau en cliëntniveau.

3.1.1 *Concept van sociotherapie laten varen*

In de GGz wordt voor het behandelen van cliënten gebruik gemaakt van sociotherapie. Bij sociotherapie wordt een therapeutisch woon-/leefklimaat gecreëerd, met als doel een omgeving te bieden waarin cliënten kunnen genezen en/of leren omgaan met hun aandoening of ziekte. De gedachte is dat het leven in een groep een lerend effect heeft en bijdraagt aan de behandeling of resocialisatie van de cliënt. Bij het samenleven in een groep gebeurt er van alles tussen cliënten: er ontstaan meningsverschillen, er moeten taken worden verdeeld en men moet met elkaar samenwerken. Cliënten krijgen hierbij begeleiding zodat ze dit soort dingen steeds beter leren.

Uit de interviews en expertbijeenkomsten komt naar voren dat sociotherapie bij cliënten in een zeer complexe zorgsituatie een achterhaald concept is. Cliënten worden veelal bestempeld als groepsongeschikt, maar in feite is sociotherapie voor deze cliënten geen geschikte therapievorm. Niet de mensen zijn niet geschikt maar de interventie. Binnen de GGz groeit het besef dat het niet vanzelfsprekend is dat mensen in nauw groepsverband leven. Dit geldt dan vooral voor de langdurige zorg. Op zich is het ook opmerkelijk dat mensen die niet kunnen functioneren in de samenleving vanwege een chronische psychiatrische stoornis, vervolgens in een groep worden gezet in het kader van een behandeling of begeleidingstraject.

Voor het voorkomen of beëindigen van separaties in zeer complexe zorgsituaties is het – volgens de geïnterviewden – van belang dat wordt afgestapt van sociotherapie en de inzet van een groep als interventie. Bij de meest complexe cliënten is er geen sprake van een lerend effect van het leven in groepsverband. Integendeel de groep versterkt veelal het ontwrichtend gedrag van een individuele cliënt. Cliënten in een zeer complexe zorgsituatie beschikken namelijk niet of onvoldoende over de vaardigheden om in een groep te kunnen functioneren. Bovendien kost het hen veel energie om zich staande te kunnen houden in een groep. Energie die zij dan niet kunnen gebruiken voor hun herstel.

3.1.2 Kwaliteit van leven centraal stellen

Volgens de geïnterviewden wordt er onvoldoende rekening gehouden met het blijvende karakter van de psychiatrische problematiek. De focus in de GGz ligt op de behandeling van de cliënt zodat hij/zij kan genezen en/of zelfstandig kan functioneren in de samenleving. Voor cliënten in een zeer complexe zorgsituatie is een dergelijke doelstelling veelal niet haalbaar en zij worden continu overvraagd. Bovendien kent de GGz een milieu dat wordt gekenmerkt door een beheersmatige aanpak met regels en sancties. Daar komt bij dat in de GGz veel verbaal wordt gecommuniceerd. De behandeling van cliënten bestaat voor een groot deel uit 'het praten over'. Bij de cliënten in een zeer complexe zorgsituatie is er echter vaak sprake van beperkte of 'andere' communicatieve vaardigheden vanwege zwakbegaafdheid, niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en/of stoornis in autistisch spectrum (ASS). De relatie en de interactie met de cliënt loopt dan vast op de communicatie.

Op basis van het bovenstaande kan worden geconstateerd dat de GGz onvoldoende aansluit bij de mogelijkheden van cliënten in een zeer complexe zorgsituatie. Voor het terugdringen van separaties bij de zeer complexe zorgsituaties is het van belang dat er rekening wordt gehouden met de blijvende beperkingen van de cliënt en dat de context c.q. omgeving wordt aangepast aan de cliënt. Niet andersom zoals nu gebruikelijk is binnen de GGz. Vanwege het chronische karakter van de psychiatrische problematiek is het wenselijk om een prettige (permanente) verblijfssituatie aan te bieden en de zorg te richten op (het herstel van) kwaliteit van leven.

Vooraf de verschuiving in de focus van genezing naar kwaliteit van leven zal volgens de geïnterviewden een duidelijk positief effect hebben op cliënten omdat zij niet meer overvraagd worden. Cliënten hoeven zich niet meer steeds te veranderen en aan te passen aan de eisen die vanuit de omgeving aan hen worden gesteld. Het gaat om

het herstellen van het gewone leven; niet om therapie en behandeling. Streven is niet meer exclusief gericht op het als burger volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving maar om – zoals een geïnterviewde het verwoordt – het volwaardig burger kunnen zijn in een instelling. Dit betekent onder andere duidelijkheid bieden in communicatie en structuur en het stellen van laagdrempelige doelen. De begeleiding van cliënten dient zich veel meer te richten op het creëren van een prettige woonomgeving, conditionering, (ortho)pedagogische benaderingswijze en een helder dagprogramma met activiteiten.

Daarnaast is het van belang om cliënten aan te spreken op hun competenties en hen een gevoel van eigenwaarde te bieden. Dit kan door een gastvrije houding en de gastvrijheid overal in uit te laten stralen, zoals in waarde-uitstralende ruimtes. Het gaat er om dat de cliënt kan zijn wie hij/zij is en dat hij/zij begrepen wordt. Cliënt is welkom en wordt gewaardeerd.

3.1.3 Vanuit een brede beeldvorming opereren

Verder is het voor het beëindigen of voorkomen van separaties in zeer complexe zorgsituaties essentieel dat zorgprofessionals vanuit een breed perspectief naar de cliënt kijken. Juist vanwege de multiproblematiek van de cliënten schiet het medisch model bij deze cliëntenpopulatie tekort. Het is ontoereikend om de diagnose en behandeling van de psychiatrische aandoening op de voorgrond te zetten. Dit heeft veelal tot gevolg dat de problematiek gefragmenteerd wordt beschouwd en wordt uitvergroot. Gevaar bestaat dat afwijkend gedrag wordt gelabeld als een persoonlijkheidsstoornis die te behandelen is en niet als een handicap of beperking.

Uit de interviews en groepsessies komt naar voren dat het van belang is oog te hebben voor de cliënt als persoon in al zijn/haar facetten. Dus ook kijken naar de emotionele en sociale ontwikkeling van de cliënt, zijn/haar IQ en het milieu waar iemand uitkomt. Dit betekent ook dat er fysiek onderzoek en screening wordt verricht om lichamelijke aandoeningen te achterhalen die een verklaring kunnen bieden. Maar het houdt ook in dat er analyses van het gedrag worden gemaakt en dat er minimaal een orthopedagoog wordt ingesteld. Dit alles krijgt zijn beslag in een begeleidingsplan – en niet een behandelplan – waarin aandacht wordt besteed aan het woonprofiel, dagbesteding, bejegening- en begeleidingprofiel van de cliënt.

3.2 Maatregelen op teamniveau

3.2.1 Langdurige intensieve begeleiding

Op basis van de interviews en groepsessies kan worden geconstateerd dat een belangrijke voorwaarde voor het terugdringen van separaties bij cliënten in een zeer complexe zorgsituatie, het kunnen bieden van langdurige intensieve begeleiding is; veelal in de vorm van 1-op-1 begeleiding of zelfs 2-op-1 begeleiding. Cliënten hebben behoefte aan een individuele hulpverlener (coach) die hen op alle terreinen van het dagelijks leven ondersteuning biedt.

Voor het kunnen waarborgen van de intensieve begeleiding wordt in het kader van de IC-functie veelal gesproken over het opschalen van personeel. De huidige IC-functie binnen de GGz vormt een 'best practice' en omvat een acute kortdurende interventie waarbij de cliënt 24/7 in het oog gehouden kan worden en intensieve zorg verleend kan worden voor maximaal drie weken. Bij de cliënten in een zeer complexe zorgsituatie gaat het echter niet om een kortdurende interventie waarin kan worden voorzien door de reguliere bezetting voor een bepaalde periode op te schalen. Cliënten in een zeer complexe zorgsituatie hebben langdurige intensieve begeleiding nodig waarbij de opschaling van het personeel een permanent karakter heeft. Dit heeft gevolgen voor de basale bezettingsgraad en houdt een ruimere capaciteit dan gebruikelijk in.

3.2.2 *Deskundigheid team*

Verder is goed gekwalificeerd personeel van essentieel belang. Het team moet over voldoende kennis en vaardigheden bezitten om te kunnen omgaan met blijvende beperkingen en specifieke cliëntgroepen. De expertise van de teamleden dient complementair aan elkaar te zijn zodat op teamniveau de benodigde bekwaamheden kunnen worden geborgd. Daarnaast moeten de teamleden over voldoende competenties beschikken op gebied van verbale en fysieke agressiehantering, veiligheid, vroegsignalering en de-escalerend werken. In principe is er geen plaats voor leerlingen of stagiaires aangezien zij nog niet de benodigde competenties hebben.

Voor het kunnen waarborgen van de deskundigheid van het team is scholing, training, intervisie en coaching van belang. Er wordt een zwaar appel gedaan op de flexibiliteit en competenties van hulpverleners. Volgens de geïnterviewden behoort er dan ook flink geïnvesteerd te worden om de draagkracht en draaglast van het team in balans te houden. Er worden termen gebruikt zoals de "spirit hoog te houden" en de leden "voeden en koesteren". Ook wordt de suggestie gedaan om na 5 jaar te rouleren van afdeling om hospitalisatie van hulpverleners te voorkomen. Het uitwisselen van personeel voorkomt vastgeroeste patronen bij individuele hulpverleners en voorziet in kennisuitwisseling tussen afdelingen. Verder is het noodzakelijk om lastige situaties en incidenten te debriefen en te analyseren. Dit is van belang om meer zicht te krijgen op waar het mis ging of wat iemands (on)mogelijkheden zijn zowel van de cliënt als van de hulpverlener. Een middel hiertoe vormt Video Interactie Analyse waarbij alledaagse situaties worden opgenomen en besproken met betrokkenen. Hierbij wordt vooral de nadruk gelegd op datgene wat goed ging in de interactie tussen de cliënt en hulpverlener.

Ook de expertise van de behandelaars speelt een belangrijke rol. Eigenlijk zou er een team van behandelaars gecreëerd moeten worden omdat één behandelaar nooit alle benodigde kennis en vaardigheden in huis kan hebben. Alle geïnterviewden zijn van mening dat het getuigt van professionaliteit als een behandelaar advies van derden inroept en daar ook daadwerkelijk voor open staat. Het consulteren van anderen zou een intrinsieke waarde moeten zijn van iedere behandelaar binnen de GGz en daarbuiten.

3.2.3 *Samenstelling team*

Een ander aspect is het waarborgen van diversiteit in het team qua opleiding, geslacht en leeftijd. Het is zaak om niet alleen bijvoorbeeld sterke oudere mannelijke HBO'ers in het team op te nemen, maar om het team evenwichtig samen te stellen met onder andere jongere (gediplomeerde⁷) hulpverleners, met sociaal pedagogische hulpverleners (SPH'ers) naast psychiaters en verpleegkundigen en met vrouwen.

Een onderdeel hiervan is het inzetten van personeel dat niet geschoold is op het gebied van de zorg maar wel kan omgaan met agressie en ontwrichtend gedrag. Verschillende GGz-instellingen in Nederland maken al gebruik van een fysieke zorgassistent die vooral vanuit het oogpunt van veiligheid wordt ingezet.

Verder wordt aangegeven dat een vast team met weinig wisselingen van belang is. Wisselingen in het team doorbreken namelijk de structuur die cliënten nodig hebben.

3.2.4 *Multisectorale samenwerking*

Een andere belangrijke voorwaarde voor het terugdringen van separaties binnen zeer complexe zorgsituatie is het samenwerken met anderen over de grenzen van de GGz heen. Het sectoroverstijgend werken kent een meso- en microniveau. Op het mesoniveau gaat het om het creëren van een landelijk of regionaal netwerk van zorginstellingen en kennisinstituten ten behoeve van kennisuitwisseling en het voorkomen van kokervisie.

Op het microniveau gaat het om het vanuit een breed perspectief kunnen begeleiden van cliënten. Het gaat hierbij om de expertise vanuit andere sectoren of domeinen op gebied van onder andere verstandelijke beperking, justitie, ASS, (ortho)pedagogiek, ontwikkelingsgericht werken en NAH. Volgens de geïnterviewden dient er ook veel meer gebruik te worden gemaakt van de kennis en vaardigheden van familie en vrienden, en ervaringsdeskundigen.

Het is de bedoeling dat er sprake is van een integrale en structurele samenwerking die gericht is op het optimaal begeleiden van een cliënt als persoon en het behoud van kwaliteit van leven.

De multisectorale samenwerking vereist een financieringsstructuur waarin deze samenwerking tot uiting komt in bijvoorbeeld een nieuw zorgzwaartepakket, extra zwaartetoeslag of een multisectorale DBC. Ook is het voor het borgen van de kwaliteit van de zorg wenselijk dat er multisectorale richtlijnen worden ontwikkeld voor de zeer complexe zorgsituaties binnen de GGz en eigenlijk binnen de gehele gezondheidszorg.

7

Deze jongere hulpverleners dienen gekwalificeerd te zijn (zie paragraaf 3.2.2). Dit betekent dat de hulpverleners gediplomeerd moeten zijn en stagiaires of leerlingen in principe niet in aanmerking komen.

3.2.5 *Andere maatregelen*

Verder is genoemd:

- Overplaatsing van cliënt naar een andere afdeling. Zoals gezegd is er bij een zeer complexe zorgsituatie sprake van een vastgelopen interactie tussen cliënt en het team. Om de negatieve interactiespiraal te doorbreken kan het wenselijk zijn om de cliënt over te dragen aan een andere afdeling. Er ontstaat dan een nieuwe situatie met een team dat niet bevooroordeeld is en een andere manier van werken heeft dat wel succesvol kan zijn. Wel moet gewaakt worden voor een carrousselconstructie waarbij een cliënt steeds van afdeling naar afdeling gaat voor een kortdurende periode en het oorspronkelijk team tijdelijk ontlast wordt zonder gerichte ondersteuning over wat te doen als de cliënt terug komt. Een ander risico is dat het nieuwe team de kokervisie overneemt waardoor de interactie opnieuw vastloopt.
- Aanwezigheid van het team op de groep. Het feit dat het team meer op de groep verblijft, bevordert de vroegsignalering en het tijdig ingrijpen om een escalatie te voorkomen. Dit vergt wel de nodige aanpassingen omdat men gewend is een deel van de tijd door te brengen op de verpleegpost.
- Mobiele teams van de-escalatieondersteuners. Andere termen voor deze teams zijn “invliegteam”, “crisisteam”, “veiligheidsteam” en “hulpteams”. Een dergelijk team kan worden ingeroepen als er een incident dreigt te ontstaan. Er gaat dan een preventieve werking vanuit bij acute situaties als het dreigt te gaan escaleren. De leden van deze teams moeten over uitstekende communicatieve vaardigheden beschikken en specifieke expertise hebben ten aanzien van bepaalde cliëntengroepen. De expertise van het team moet gevarieerd en complementair aan elkaar zijn zodat een breed scala kan worden bediend. Het is absoluut niet de bedoeling dat de mobiele teams verijdelde knokploegen worden. Integendeel, communicatie en het in contact treden met de cliënt staat voorop.

3.3 **Maatregelen op cliëntniveau**

3.3.1 *Consultatie*

Alle geïnterviewden benadrukken dat consultatie van essentieel belang is voor het terugdringen van separaties bij cliënten die vanwege multiproblematiek herhaaldelijk ontwrichtend gedrag blijven vertonen. Een zeer complexe zorgsituatie ontstaat veelal doordat de interactie tussen team en behandelaar en de cliënt is vastgelopen. Het consulteren van een objectieve derde persoon kan vanwege de ‘frisse blik’ de zorgsituatie openbreken en ten goede keren. Hierdoor kan een bestaande langdurige of veelvuldige separatie worden beëindigd. Maar tijdige consultatie kan ook voorkomen dat een redelijk complexe situatie uitgroeit tot een zeer complexe zorgsituatie. Iedere langdurige of veelvuldige separatie start immers altijd met een incidentele separatie.

Geïnterviewden pleiten voor een verplicht consultatietraject met landelijk vastgestelde grenzen en waarden waarop een second opinion ingewonnen moet worden zowel

intern en extern als multisectoraal. Hierbij valt te denken aan een traject waarbij eerst een andere behandelaar binnen de eigen instelling worden geconsulteerd bijvoorbeeld op basis van dossieronderzoek (interne consultatie). Vervolgens kan dan een second opinion van een expert of een behandelaar binnen de GGz-sector aangevraagd worden (externe consultatie). Mocht dit alles niet baten dan behoort een multisectoraal expertiseteam ingeschakeld te worden zoals het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).

Naast het gegeven dat consultatie separatie kan voorkomen zou een cliënt volgens de geïnterviewden alleen nog maar gesepareerd mogen worden als er consultatie heeft plaatsgevonden. Men pleit ervoor separatie te beschouwen als een handeling die uitsluitend is voorbehouden aan bepaalde afdeling(en) binnen een zorginstelling en die alleen kortdurend - na consultatie - mag worden toegepast als er sprake is van overmacht. Aanvullend hierop dient een branche-brede norm te worden vastgesteld voor de duur van de separatie en wat de maatregelen zijn als de separatie langer duurt dan de landelijke norm.

Het opstellen van het consultatietraject en de landelijke normen zal door het veld zelf gedaan moeten worden. Hierbij dient dan ook de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg nader gespecificeerd te worden.

3.3.2 *Ruimtelijke voorzieningen*

Uit de interviews en groepsessies komt naar voren dat betere ruimtelijke voorzieningen een belangrijke voorwaarde zijn voor het beëindigen en voorkomen van separaties in zeer complexe zorgsituaties. De ruimtelijke voorzieningen betreffen enerzijds alternatieve ruimtes voor de separeercel en anderzijds een meer humane leefomgeving.

Separatie biedt in veel gevallen de rust, afzondering van de groep, een prikkelarme omgeving en de begrenzing die een cliënt nodig heeft. In principe heeft een cliënt niet de behoefte aan separatie maar heeft hij/zij behoefte aan rust. Dit kan ook gerealiseerd worden door gebruik te maken van alternatieve ruimtes zoals een comfort room of een geluidsdichte kamer waarin een cliënt zich even kan terug trekken. Dit vraagt wel de nodige aanpassingen omdat de huidige gebouwen veelal niet voldoen aan de eisen. Uit een casus komt bijvoorbeeld naar voren dat een cliënt gesepareerd wordt omdat de kamers die er zijn niet geluidsdicht zijn. Als dat wel het geval zou zijn, zou men de separeer niet hoeven te gebruiken.

Een meer humane leefomgeving kan worden gecreëerd door te voorzien in individuele wooneenheden. Dit is een logische gevolgtrekking van de constatering dat cliënten in een zeer complexe zorgsituatie niet kunnen functioneren in groepsverband. In plaats van steeds maar weer de cliënt terug te zetten in een groep waaraan de cliënt zich steeds maar weer moet aanpassen, kan er ook een omgeving worden gecreëerd die gericht is op veiligheid en waarin de cliënt alleen kan verblijven. Geïnterviewden spreken over 1-persoons appartementen met een natte ruimte en omheinde tuin waarbij een cliënt zelf naar buiten kan gaan. De appartementen kunnen rondom

een centrale toezichtpost worden geformeerd zodat contact en observatie gewaarborgd zijn.

Verder worden steeds meer high tech middelen toegepast om de ruimte van cliënten aan te passen aan de gemoedstoestand van de cliënt en om een prettige woonomgeving te creëren. Door licht, kleur, geur, temperatuur en geluid gericht toe te passen kan in de preventieve sfeer veel worden bewerkstelligd ten aanzien van het voorkomen van ontwrichtend gedrag. Sowieso is het van belang voor het optimaliseren van de langdurige verblijfssituatie waarin cliënten verkeren. Zij moeten zich prettig voelen in de omgeving waarin zij leven. Dat is nu vaak te steriel of instellingsachtig van karakter. Alles duidt op een kortdurend verblijf terwijl binnen een complexe zorgsituatie er veel meer sprake is van een langdurig verblijf dan wel permanente woonsituatie. Het is dan zaak om te voorzien in een prettige woonomgeving.

3.3.3 *Individuele zorg-op-maat*

Al eerder is geconstateerd dat er binnen zeer complexe zorgsituaties sprake is van multiproblematiek die gekenmerkt worden door een psychiatrische stoornis in combinatie met een bepaalde kwetsbaarheid van de cliënt en het herhaaldelijk vertonen van ontwrichtend gedrag c.q. agressiviteit door de cliënt. Vanwege de multiproblematiek kan niet worden volstaan met het toepassen van een standaard behandeltraject. Voor het begeleiden van cliënten met een zeer complexe zorgsituatie is individueel maatwerk een vereiste waarbij vanuit een breed perspectief wordt gekeken naar de behoeften en competenties van de cliënt. Het maatwerk komt tot uiting in een individueel woon-, bejegening- en begeleidingsprofiel. Bij het tot stand brengen van individuele zorg op maat is het van belang dat de cliënt binnen zijn/haar mogelijkheden eigen regie behoudt. 'Zelfbepaling binnen mogelijkheden' levert een bijdrage aan het gevoel van controle bij de cliënt. Gevoel van controleverlies en een daarop mogelijk volgende regiestrijd kan leiden tot machtsstrijd en ontwrichtend gedrag.

3.3.4 *Dagbesteding*

Een onderdeel van het individuele maatwerk dient volgens de geïnterviewden een zinvolle en structurele invulling van de dag te zijn. Vanuit het veld wordt aangegeven dat agressie-incidenten vaak plaatsvinden in het weekend als er geen duidelijk dagprogramma voorhanden is. Cliënten vervelen zich dan vaak of hebben geen activiteiten onder handen die voor de nodige afleiding zorgen.

Vanwege de zeer complexe zorgsituatie wordt gepleit voor een individueel dagprogramma. De dagbesteding kan uit verschillende activiteiten bestaan zoals kleine klusjes, werken in de tuin, fysieke arbeid, sporten en creatieve activiteiten. De geïnterviewden achten het van belang om meer mogelijkheden te creëren dan nu het geval is voor het financieel belonen van deelname aan arbeidsgerelateerde activiteiten. Dit versterkt het gevoel van eigenwaarde van de cliënt en heeft een positieve bijdrage aan de kwaliteit van leven.

3.3.5 *Andere maatregelen*

- Intensieve en gerichte inzet van (dwang)medicatie. Door de geïnterviewden wordt regelmatig aangegeven dat de mogelijkheden van medicatie onvoldoende

worden benut. Er wordt gepleit voor meer onderzoek naar de effectiviteit van medicatie op het ontwrichtend gedrag van cliënten.

- Inzet van technologie zoals een stressmeter voor het meten van het spanningsniveau van cliënten.
- Holding. Holding vormt een techniek waarbij een cliënt in crisis fysiek wordt vastgehouden door enkele hulpverleners. Het vormt een soort van fixatie en fysieke begrenzing van de cliënt maar hij/zij wordt niet alleen gelaten. Er blijft contact met de cliënt.
- Signaleringsplan op maat en crisisprotocol. Separatie kan voorkomen worden door het vroegtijdig signaleren en reageren op signalen die duiden op een escalatie van een cliënt. Om dit te kunnen realiseren is een signaleringsplan van belang waarin omschreven staat wat de signalen zijn en welke maatregelen genomen kunnen worden om het gedrag van de cliënt om te buigen en een incident te voorkomen. Verschillende geïnterviewden pleiten ervoor om de cliënt een rol te geven in het opstellen van het signaleringsplan en daarvoor medeverantwoordelijk te maken. Dit geldt ook voor het crisisprotocol c.q. crisiskaart. Hierin staat omschreven op welke wijze hulpverleners om dienen te gaan met de cliënt als deze een crisis doormaakt. Suggestie wordt gedaan om de cliënt zelf te laten bepalen wat er dan met hem/haar gebeurt. In overleg met de cliënt kan worden bepaald of separatie in geval van een escalatie voor hem/haar de meest geschikte methode is of dat de cliënt de voorkeur heeft voor een andere interventie zoals (dwang)medicatie.

3.4 Concluderend

Op basis van het onderzoek kan worden geconstateerd dat voor het terugdringen van separaties bij cliënten waarbij sprake is van een zeer complexe zorgsituatie in feite een andere benaderingswijze noodzakelijk is dan gebruikelijk is binnen de GGz. Dit betreft op het niveau van de sector een andere behandelfilosofie en een culturomslag. Deze andere benaderingswijze kenmerkt zich door een individueel verblijfs- en begeleidingstraject dat gericht is op kwaliteit van leven in plaats van behandeling, op ontmoeting in plaats van beheersing en op het willen kennen van de hele mens in plaats van de psychiatrische stoornis.

Deze andere benaderingswijze heeft zijn consequenties of uitwerking in concrete maatregelen op team- en cliëntniveau. In principe vloeien de maatregelen hieruit logischerwijs c.q. automatisch voort.

Op het niveau van het team zijn drie belangrijke pijlers te onderscheiden: bezetting, deskundigheidsniveau en multisectorale samenwerking. De reguliere bezettingsgraad van het team moet voldoende capaciteit bieden voor het verlenen van langdurige zeer intensieve begeleiding. In principe vormt 1-op-1 begeleiding een standaardmaatregel die permanent geboden wordt. Wat het deskundigheidsniveau van

het team betreft gaat het om gekwalificeerd personeel dat de nodige kennis en vaardigheden heeft op gebied van specifieke cliëntgroepen en het omgaan met ontwrichtend gedrag. Om het deskundigheidsniveau van het team te kunnen waarborgen is het noodzakelijk te investeren in het team via scholing, training en intervisie, alsmede via het analyseren en bespreken van incidenten. Daarnaast is een divers en vast team van belang, alsmede differentiatie van behandelaar al naar gelang de expertise van de behandelaar en zorgbehoefte van cliënt. Verder dient er sprake te zijn van een sectoroverstijgende samenwerking en dient te samenwerking met familie en ervaringsdeskundigen geïntensiveerd te worden.

Ook de maatregelen op het niveau van de cliënt zijn te onderscheiden in een aantal pijlers. Deze zijn consultatie, ruimtelijke voorzieningen, individueel begeleidingstraject en dagbesteding. Het consulteren van een objectieve derde persoon die niet direct betrokken is bij de behandeling van de cliënt wordt van belang geacht voor het beëindigen én voorkomen van zeer complexe zorgsituaties waarbij separatie veelvuldig of langdurig wordt toegepast. Er wordt gepleit voor een landelijk vastgesteld (multisectoraal) consultatietraject. Daarnaast kan er bouwtechnisch nog veel gedaan worden om separaties terug te dringen. Op de eerste plaats kan dat door te voorzien in alternatieve ruimtes voor de separeer zoals comfort rooms. Op de tweede plaats kan dat door te zorgen voor een prettige individuele woonomgeving (appartement) van cliënten waarbij gebruik wordt gemaakt van nieuwe technieken op gebied van licht, kleur, geluid, temperatuur en geur. Verder is het noodzakelijk dat de begeleiding van de cliënt individueel maatwerk is waarbij ook wordt voorzien in een zinvol en gestructureerd dagprogramma.

4 Kostenindicatie specifieke maatregelen

In dit hoofdstuk wordt een indicatie gegeven van de kosten die gemoeid zijn met het implementeren van de specifieke maatregelen die bovenop de bestaande best practices nodig zijn voor het terugdringen van separaties in zeer complexe zorgsituaties. Zeer complexe zorgsituaties kenmerken zich doordat cliënten frequent en/of voor een langere periode in een separeerocel verblijven omdat zij vanwege multiproblematiek (psychiatrische aandoening in combinatie met kwetsbaarheid) veelvuldig ontwrichtend gedrag vertonen. Ten behoeve van de kostenindicatie wordt allereerst ingegaan op de stand van zaken rondom de normontwikkeling binnen de GGz-sector ten aanzien van dwang en drang. Vervolgens wordt aangegeven welke maatregelen in het kader van het onderzoek worden beschouwd als best practices en welke als maatregelen die specifiek bedoeld zijn voor zeer complexe zorgsituaties. Tot slot, worden dan de verschillende kostenonderdelen beschreven en een indicatie van de kosten gegeven.

4.1 Normontwikkeling Dwang en Drang: IC

In navolging van de brief van minister Klink over “Beleidsvoornemens terugdringen Dwang en Drang” (d.d. 9 mei 2009) heeft GGZ Nederland het initiatief genomen tot het ontwikkelen van veldnormen voor dwang en drang in de sector. Dergelijke veldnormen zijn van belang voor het onderhavige onderzoek omdat zij de kaders schetsen voor het terugdringen en toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals separatie. In de kostenindicatie zou dan ook rekening gehouden moeten worden met de veldnormen en zou inzichtelijk gemaakt moeten worden welke extra kosten een brede implementatie van de normen genereert.

Gedurende het ontwikkelingstraject is de focus verschoven van normen voor dwang en drang naar normen voor de zorg en behandeling op de IC (intensive care). Een IC binnen de GGz biedt 24/7 klinische zorg aan ernstig zieke cliënten die een aanzienlijk risico lopen op ernstige schade en/of decompensatie en die niet op een reguliere opnameafdeling kunnen verblijven. De ernst van de situatie kan alleen worden afgewend door acuut zeer intensieve zorg te leveren waarbij de cliënt continu wordt geobserveerd en 1-op-1 begeleiding wordt gegeven.

In maart 2010 is een document ontwikkeld waarin een eerste aanzet wordt gegeven voor veldnormen ten aanzien van de IC-functie. Het document kent echter onvoldoende draagvlak in het veld en de normen zijn dan ook niet geaccepteerd door de betrokken veldpartijen zoals GGZ Nederland en het LPGGz. Voor zover wij weten onderneemt het veld op dit moment geen stappen om de veldnormen verder te ontwikkelen. GGZ Nederland wenst zich meer te richten op het faciliteren, structureel implementeren en monitoren van innovaties op gebied van dwang en drang dan het

bieden van een normatief kader daarvoor. Dit houdt concreet in dat een eventuele brede implementatie van veldnormen in de GGz-sector niet aan de orde is en dat wij deze niet kunnen meenemen in de kostenindicatie. Overigens willen we hierbij wel opmerken dat VWS een plan van aanpak ontwikkeld ten aanzien van de normontwikkeling binnen de GGz. Tevens is door de Tweede Kamer een motie ingediend, waarin zij partijen verzoeken (via VWS) binnen anderhalf jaar met veldnormen verantwoorde zorg rondom dwang en drang te komen. Hierdoor ontstaat er de nodige beleids- en politieke druk om het formuleren van veldnormen alsnog en versneld op te pakken.

Naast het gegeven dat er op dit moment geen veldnormen voorhanden zijn, kan beargumenteerd worden dat de IC-functie zoals die op dit moment wordt ingevuld niet geschikt is voor cliënten in een zeer complexe zorgsituatie. De IC houdt een gestructureerde, kortdurende (max. 3 weken) zeer intensieve zorg in die tot doel heeft het acute gevaar weg te nemen, het gestel van de cliënt te versterken en de interactie tussen cliënt en zijn/haar omgeving te herstellen. Hoewel de doelstelling zeker aansluit is de IC voor de zeer complexe zorgsituaties niet geëigend omdat deze cliënten nu juist behoefte hebben aan langdurende intensieve begeleiding binnen een individuele woonsetting. De huidige IC kent een te tijdelijk karakter voor cliënten in zeer complexe zorgsituaties.

4.2 Best practices en specifieke maatregelen

Globaal kunnen er in de GGz drie groepen worden onderscheiden. De eerste groep vormt veruit de grootste cliëntengroep en dat zijn degenen waarbij separatie niet hoeft te worden ingezet. De tweede groep omvat cliënten die eenmalig of sporadisch escaleren en tijdens deze escalatie gedrag vertonen dat een gevaar voor zichzelf of de omgeving oplevert. Deze separaties kennen een incidenteel en kortdurend karakter en vormen het merendeel van het totaal aantal separaties. Deze groep cliënten is gebaat bij IC-units, 1-op-1 begeleiding en het hele scala aan practice-based interventies dat reeds ontwikkeld is zoals comfort rooms, risicotaxatie instrumenten, vroegsignalering, crisiskaart, debriefing crisissituaties, moreel beraad, de-escalatietechnieken, deskundigheidsbevordering, continu aanwezigheid op de groep, eerste 5-minuten protocol (gastvrije houding), cliënt- en familiebetrokkenheid en terugkoppeling van monitorgegevens⁸.

De derde en laatste groep vormen die cliënten met zeer complexe problematiek die herhaaldelijk of langdurig in een separeercel verblijven of op een andere wijze opgesloten worden. Deze groep loopt uiteen van de chronische cliënten waar met grote regelmaat redelijk veel dwang en drang wordt toegepast tot die cliënt met hoog complexe problematiek die al geruime tijd niet buiten de separeer of zijn/haar kamer is geweest. De focus van het onderhavige onderzoek richt zich op deze relatief kleine

8 Het is niet de bedoeling om hier een volledig overzicht te geven van alle practice-based interventies. Hiervoor verwijzen wij graag naar het inventariserend onderzoek naar best practices voor het terugdringen van dwang en drang. Bijvoorbeeld Theunissen, J. & Voskes, Y. (2011). Dwang en Drang: wegwijs in alle ontwikkelingen. Presentatie symposium "Uit de separeer, in de zorg" van 3 maart 2011.

groep cliënten waarvoor de huidige IC-functie met kortdurende intensieve begeleiding en alle practice-based interventies – alleen – onvoldoende soelaas bieden. Er zijn andere aanvullende maatregelen nodig.

Door de geïnterviewden zijn in het onderhavige onderzoek verschillende maatregelen genoemd voor het terugdringen van separaties binnen zeer complexe zorgsituaties die beschouwd kunnen worden als 'best practices'. Ofwel maatregelen die al ontwikkeld zijn voor een bredere doelgroep en die een toegevoegde waarde kunnen hebben voor de specifieke doelgroep van cliënten in een zeer complexe zorgsituatie. Zowel voor het beëindigen van separaties als voor het voorkomen dat een tamelijk lastige situatie zich ontwikkelt tot een zeer complexe zorgsituatie. De best practices die in het kader van het huidige onderzoek zijn genoemd⁹, zijn:

- uitstralen van een gastvrije houding en waarderen van de cliënt zoals hij/zij is;
- deskundigheid team en borging hiervan door training, scholing en supervisie;
- debriefing en analyse van crisissituaties;
- divers team qua persoonskenmerken en opleiding;
- vast team;
- aanwezigheid team op groep;
- mobiele teams van de-escalatieondersteuners;
- comfort rooms;
- holding;
- signaleringsplan;
- crisisprotocol.

Daarnaast bestaat er bij de betrokkenen een bepaalde mate van acceptatie dat er altijd situaties zullen zijn – ondanks alle efforts die gedaan zijn en worden – waarin drastisch ingrijpen noodzakelijk is. Een escalatie kan niet in 100 procent van de gevallen worden voorkomen. Vooral niet binnen de forensische psychiatrie en de langdurige zorg, en op afdelingen voor dubbele diagnose, intensieve behandeling en mensen met een verstandelijke beperking. Hiervoor is de problematiek te complex en/of ontbreekt het (nog) aan het nodige inzicht om een dreigende escalatie te kunnen signaleren en tegen te gaan. Nul procent separaties is dan ook niet haalbaar. Wel wenst het veld de toepassing van separatie aan meer restricties te verbinden dan nu het geval is. Hierbij gaat het om zaken zoals separatie als maatregel voor voorbehouden afdelingen, verplichte consultatie, overmacht en normering van de duur van de separatie. Deze randvoorwaarden waarbinnen separatie 'mag' worden toegepast beschouwen wij in het huidige onderzoek als best practice. Hoewel dit nog niet helemaal uitgekristalliseerd is gelden de restricties voor de gehele cliëntenpopulatie binnen de GGz; niet uitsluitend voor cliënten in een zeer complexe zorgsituatie.

Op basis van de bovenstaande selectie kunnen de onderstaande interventies als specifieke maatregelen worden bestempeld voor het terugdringen van separaties in zeer complexe zorgsituaties. Deze interventies vinden hun grondslag in en vloeien

9

Dit overzicht vormt geen opsomming van alle best practices op het gebied van dwang en drang. Zij zijn in dit onderzoek genoemd als mogelijke interventie in relatie tot zeer complexe zorgsituaties.

automatisch voort uit een herziende benaderingswijze binnen de GGz die geënt is op individuele zorg en ondersteuning (geen groepsverband), het creëren van permanente verblijfssituatie, herstel van kwaliteit van leven met aandacht voor blijvende beperking van cliënt en vanuit breed perspectief opereren en oog hebben voor de cliënt als persoon. De specifieke maatregelen zijn:

- langdurige intensieve begeleiding en een ruimere capaciteit zodat permanente 1-op-1 begeleiding geborgd is;
- inzet van fysieke zorgassistenten;
- multisectorale samenwerking: sectoroverstijgend, ervaringsdeskundigen, naastbetrokkenen;
- expertise behandelaar(s) op het gebied van de (sectoroverstijgende) problematiek van de specifieke doelgroep cliënten;
- verplicht consultatietraject;
- individuele wooneenheden;
- creëren van prettige woonomgeving door inzet van kleur, licht, geluid, geur en temperatuur;
- individueel maatwerk en individueel woon-, bejegening- en begeleidingsprofiel;
- individuele dagbesteding.

4.3 Kostenindicatie specifieke maatregelen

Op basis van de specifieke maatregelen die in paragraaf 4.2 zijn geselecteerd kunnen een aantal onderdelen worden onderscheiden die gezamenlijk de kosten omvatten voor de begeleiding van cliënten in een zeer complexe zorgsituatie. Deze onderdelen zijn: consultatie, ruimtelijke voorzieningen, langdurige intensieve en individuele begeleiding. Deze onderdelen zullen hieronder nader worden toegelicht en er zal per onderdeel een kwalitatieve indicatie gegeven worden van de kostenposten. Deze indicatie zal waar mogelijk economisch gekwantificeerd zijn. Helaas is dit niet overal mogelijk geweest. Dit komt enerzijds omdat de zorg voor cliënten in een complexe zorgsituatie individueel maatwerk is dat niet te vatten is in algemene cijfers of tarieven. Anderzijds zijn enkele onderdelen nog te weinig uitgekristalliseerd om een schatting te kunnen geven van de benodigde faciliteiten, menskracht en kosten. Dit betekent ook dat de kostenindicatie 'slechts' een globale inschatting betreft. Het is op dit moment niet haalbaar én niet wenselijk om een dichtgetimmerde kosten-baten analyse te verrichten.

4.3.1 Kostenindicatie consultatie

Zoals gezegd wordt consultatie als essentieel beschouwd voor het terugdringen van separaties in zeer complexe zorgsituaties. Enerzijds omdat een vastgelopen situatie weer los getrokken kan worden door een onafhankelijke expert die de situatie openminded en vanuit een andere perspectief benaderd. Anderzijds omdat voorkomen kan worden dat er een vastgelopen situatie ontstaat door vroegtijdig de expertise in te schakelen van een onafhankelijke derde persoon. Iedere complexe zorgsituatie begint immers met één incident en groeit uit tot een situatie waarin de cliënt

herhaaldelijk of blijvend ontwrichtend gedrag vertoont en er sprake is van handelingsverlegenheid bij het team.

Er wordt gepleit voor een verplicht consultatietraject dat aangeeft wanneer en wie geconsulteerd moet(en) worden. Dit consultatietraject moet nog nader worden ingevuld door het veld. Op basis van de interviews en expertbijeenkomsten gaan we er hier vanuit dat het traject bestaat uit drie stappen:

1. Interne consultatie

Er wordt een second opinion gevraagd van een andere behandelaar binnen de eigen instelling. Wanneer deze consultatie plaats vindt is nog niet vastgesteld. Aangezien het veld aangeeft dat een aaneengesloten separatie of andere vorm van opsluiting van twee weken al reden tot bezorgdheid geeft, nemen we in dit onderzoek aan dat dan de interne consultatie dient te geschieden. Dit is van belang voor de kostenindicatie omdat het interne consult valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de kosten geschat dienen te worden op de DBC-tarifering.

In de huidige DBC-structuur voor behandeling en verblijf in de curatieve GGz is geen DBC opgenomen voor consultatie. Het consulteren van een derde persoon houdt in principe in dat deze persoon de situatie opnieuw en onafhankelijk beoordeelt en een inschatting maakt van een (alternatieve) behandeling- of begeleidingswijze. Dit is in grote lijnen vergelijkbaar met het stellen van een diagnose waarin ook een inschatting wordt gemaakt van de problematiek en het behandeltraject wordt vastgesteld. Voor het geven van een indicatie van de kosten is dan ook aangesloten bij de DBC-tarieven voor Diagnostiek omdat dit – naar onze mening – een consultatie het dichtst benadert. Wat de consultatie precies inhoudt en hoeveel tijd hiermee gemoeid is, is op voorhand niet vast te stellen omdat dit geheel afhankelijk is van de situatie en maatwerk betreft. Om deze reden hebben we dan ook een gemiddeld tarief samengesteld op basis van de verschillende DBC's die er zijn voor diagnostiek. Deze DBC's zijn gebaseerd op de tijd die gemoeid is met het stellen van een diagnose.

Voor het kunnen formuleren van een second opinion door een andere behandelaar binnen de eigen instelling stellen we een gemiddeld tarief samen op basis van drie DBC's die betrekking hebben op een tijdsduur vanaf 400 minuten (€ 991,73), vanaf 800 minuten (€ 1.790,20) en vanaf 1200 minuten (€ 2.588,67)¹⁰.

Dit zou betekenen dat een interne consultatie voor één cliënt waarbij sprake is van een aangesloten separatie of opsluiting van twee weken gemiddeld genomen zo'n 1.800 euro bedraagt.

2. Externe consultatie

Bij een externe consultatie wordt de expertise ingeroepen van een behandelaar die werkzaam is binnen de GGz. Het moment waarop een externe behandelaar wordt

geconsulteerd moet nog nader worden ingevuld. We gaan er voor nu vanuit dat ook de externe consultatie binnen een jaar plaats vindt en dus onder de Zvw valt. Verder veronderstellen we dat een externe consultatie meer tijd in beslag neemt dan een interne consultatie omdat de (complexe) situatie aanhoudt. Om deze reden nemen we het gemiddelde tarief van de twee hoogste DBC's: vanaf 800 minuten (€ 1.790,20) en vanaf 1200 minuten (€ 2.588,67).

De gemiddelde kosten van een externe consultatie worden geschat op zo'n 2.200 euro.

3. Multisectorale consultatie

Een multisectorale consultatie bestaat uit het invoeren van de sectoroverstijgende expertise van derden. De benodigde deskundigheid is afhankelijk van de zorgsituatie. Hierbij valt te denken aan orthopedagogen, artsen, psychiaters, verpleegkundigen maar ook ervaringsdeskundigen. Om de benodigde expertise te kunnen dekken zullen er bij de consultatie meerdere deskundigen betrokken zijn. Op dit moment ver richt het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) de consultatiefunctie voor bijzondere zorgvragen¹¹. Deze consultatie- en expertisetaken van het CCE worden gefinancierd door VWS. GGZ Nederland en het CCE gaan samenwerken om de toepassing van dwang en drangmaatregelen bij GGz cliënten met ernstig probleemgedrag terug te dringen. Het doel is om de samenwerking tussen CCE en GGz-instellingen te versterken en de praktijkkennis en -ervaring van het CCE te delen en verder te verspreiden onder GGz zorgprofessionals.

De consultatie van het CCE is kosteloos in te schakelen door GGz-instellingen voor cliënten met een bijzondere zorgvraag die langdurig – 1 jaar of langer – in zorg zijn. Er is sprake van een bijzondere zorgvraag als de kwaliteit van leven van mensen die langdurige zorg nodig hebben en moeilijk gedrag vertonen wordt aangetast en de betrokken hulpverleners niet meer weten hoe ze dat op kunnen lossen. De duur van een consultatietraject door de CCE is afhankelijk van de aard van de vraagstelling en kan variëren van gemiddeld drie maanden voor een second opinion tot een jaar voor een uitgebreid consultatietraject met aansluitend uitvoering van adviezen.

Opgemerkt moet worden dat het criterium van langdurige zorg – 1 jaar of langer in zorg – een belangrijke belemmering vormt voor het vroegtijdig signaleren en voorkomen (in de loop van het eerste jaar) van separaties in een zeer complexe zorgsituatie. Voor het terugdringen van separaties in zeer complexe zorgsituaties is dit een zeer ongewenste situatie.

4.3.2 *Kostenindicatie individuele woonomgeving*

Voor het terugdringen van separaties bij cliënten in een zeer complexe zorgsituatie is het van belang dat zij langdurig tot permanent kunnen verblijven in een individuele woonomgeving. Deze individuele woonomgeving zou een 1-persoonsappartement met natte ruime (douche en toilet) moeten omvatten, alsmede een *eigen* buitenruimte.

Daarnaast zou de woonruimte optimaal ingericht moeten zijn wat betreft de veiligheid van de cliënt (suicide-proof) en omgeving (huffer-proof¹²). Gelet op deze voorwaarden is voor de kostenindicatie aansluiting gezocht bij de bouwkosten van een separeerruimte omdat deze maximaal ingesteld is op veiligheid in combinatie met de oppervlakte voor een eenpersoonskamer¹³.

In het huidige onderzoek gaan we er vanuit dat een 1-persoonskamer met een langdurig verblijfskarakter zo'n 70 m² omvat. Een dergelijke kamer heeft dan een natte cel, maar er is geen sprake van een aparte woon- en slaapkamer. Verder wordt er vanuit gegaan dat de verblijfsruimte een eigen buitenruimte heeft en dat het 'box-in-box' wordt gebouwd. Dit laatste betekent dubbele muren voor het voorkomen van geluidsoverlast naar aanpalende of verder gelegen ruimtes. De kosten van een dergelijke separeerruimte bedraagt per m² zo'n € 4.000. Dit betekent dat de kosten van een 1-persoonskamer met natte cel en eigen buitenruimte dat huffer-proof en suicide-proof is gebouwd, neerkomen op een bedrag van zo'n 280.000 euro.

Daarnaast is gesteld dat voor het creëren van een prettige individuele woonomgeving de inzet van geluid, licht en dergelijke van belang is. De gedachte hierbij is om een (dreigende) crisis van een cliënt zo snel mogelijk te de-escaleren met behulp van technologische hulpmiddelen zoals speciale verlichting en multimedia screens. Dergelijke voorzieningen brengen grofweg een verhoging van de kosten met zich mee van zo'n € 1.000 per m².

Het bovenstaande in ogenschouw nemende bedragen de kosten voor het creëren van een individuele en prettige woonruimte voor een cliënt in een zeer complexe woonruimte naar verwachting zo'n 350.000 euro.

Hierbij willen we wel benadrukken dat de kostenindicatie een ruwe schatting betreft omdat het creëren van een prettige individuele woonruimte voor cliënten in een zeer complexe zorgsituatie 'bouwen op maat' is. De totaalprijs is geheel afhankelijk van de specifieke wensen en de bouwtechnische mogelijkheden zoals bestaande infrastructuur, renovatie of nieuwbouw, aantal kamers in totaal, overige verblijfsruimten en facilitaire voorzieningen. Daarnaast wordt duidelijk uit de kostenindicatie dat de TNO-richtlijnen voor een separeerruimte (€ 766/ m²) ontoereikend zijn om de werkelijke kosten te kunnen dekken. De TNO-richtlijn wordt echter wel gebruikt als normatieve huisvestingscomponent. Dit betekent dat een GGz-instelling de kosten van een individuele woonomgeving voor een cliënt in een zeer complexe zorgsituatie bij lange na niet vergoed krijgt.

4.3.3 Kostenindicatie langdurende intensieve en individuele begeleiding

Ten aanzien van de langdurige intensieve en individuele begeleiding maken wij voor wat betreft de kosten in het huidige onderzoek een onderscheid in langdurige intensieve begeleiding enerzijds en individuele begeleiding anderzijds. Langdurige

12 Huffer-proof betekent dat de woonruimte bestand moet zijn tegen vernielingen, vandalisme.

13 Gegevens zijn ontleend aan de bouwkosten van een GGz-instelling die nieuwbouw pleegt voor een langdurige verblijfsafdeling.

intensieve begeleiding omvat in principe 24uur per dag 1-op-1 begeleiding door een gekwalificeerde hulpverlener. Hoelang de langdurige intensieve begeleiding duurt, valt op voorhand niet in te schatten, maar zal in sommige gevallen een permanent karakter hebben. Voor de inschatting van de kosten gaan we uit van een periode van een jaar waarbij de cliënt continu begeleid wordt door een verpleegkundig begeleider¹⁴.

Op jaarbasis neemt – wat salariskosten betreft – de bekostiging van de 1-op-1 begeleiding van een cliënt in een complexe zorgsituatie zo'n 495.000 euro (uurtarief verpleegkundige begeleider à € 56,41 * 24 * 365) in beslag. Afhankelijk van de expertise kan de 1-op-1 begeleiding een bandbreedte hebben van zo'n € 277.000 (voor fysiek zorgassistent/beveiligers à € 31,64) tot 808.000 (voor orthopedagoog à € 92,22 per uur). Bij deze inschatting op basis van salariskosten is geen rekening gehouden met de onregelmatigheidstoelag.

Naast de 1-op-1 begeleiding dient voor de invulling van de dag en het begeleidingsprofiel een vast en vertrouwd team samengesteld te worden rondom de cliënt. Deze teamleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het behoud van kwaliteit van leven, een zinvolle dagbesteding en een adequate ondersteuning bij het dagelijks leven. Dit alles op individuele basis en maatwerk. De deskundigheid van het team inclusief behandelaars dient afgestemd te zijn op zorgvraag van de cliënt en dient sectoroverstijgend ingevuld te worden. Hierbij valt te denken aan psychiaters, orthopedagogen, criminologen, verslavingsdeskundigen, verpleegkundigen, SPH'ers, activiteitenbegeleiders, fysieke zorgassistenten, ervaringsdeskundigen en naasten.

Bovenop de kosten van de 1-op-1 begeleiding komen de kosten die gerelateerd zijn aan het begeleidingsprofiel en het individuele dagprogramma. Vanwege het individuele karakter van de begeleiding en de dagbesteding is het niet mogelijk om een indicatie te kunnen geven van de gemiddelde kosten. In het kader hieronder wordt een voorbeeld gegeven van wat de totale begeleiding van een cliënt in een zeer complexe zorgsituatie zou kunnen omvatten.

Voorbeeld

In de speciale EO-uitzending "Brandon & Alex: hoe nu verder?" (d.d. 23 maart 2011) is aandacht besteed aan de zwaar autistische Alex Oudman. In 2008 is de schrijnende situatie van Alex in de media verschenen. Alex zat toen al maandenlang in een separeercel onder inhumane omstandigheden. Naar aanleiding van de uitzending is er een individueel begeleidingstraject gestart waarbij sprake is van langdurige intensieve en individuele begeleiding. Om te kunnen voorzien in de hulpvraag van Alex is een team van 12 medewerkers samengesteld. De kosten voor de verzorging van Alex zouden jaarlijks zo'n 1,2 miljoen euro in beslag nemen.

14

Het uurtarief is gebaseerd op de input van een GGz-instelling ten aanzien van de salariskosten van medewerkers waarbij is gekeken naar de FWG-schalen voor de KIB en waarbij de hoogste trede van de FWG is genomen.

In principe vormen de kosten van de 1-op-1 begeleiding de minimale kosten van de langdurige intensieve en individuele begeleiding aan een cliënt in een zeer complexe zorgsituatie. Deze kosten bedragen op jaarbasis zo'n 495.000 euro. De financiering van langdurige zorg (langer dan 1 jaar) binnen de GGz vindt plaats vanuit de AWBZ op basis van zorgzwaartepakketten. Het hoogste zorgzwaartepakket voor de GGz kent een dagwaarde van € 306,90. Op jaarbasis betekent dit een vergoeding van circa 112.000 euro. Daarnaast kan er conform de Beleidsregel Toeslag extreme zorgzwaarte (NZa, kenmerk CA-425) een extra vergoeding worden aangevraagd. Voor een toeslag extreme zorgzwaarte komen echter alleen cliënten in aanmerking die voor een zorgzwaartepakket geïndiceerd zijn die betrekking heeft op de gehandicaptenzorg (VG-5, VG-7, VG-8, LG-5, LG-7, ZG-3-aud, ZG-5-vis, LVG-4, LVG-5 of SGLVG). Voor veel cliënten in een zeer complexe zorgsituatie binnen de GGz zullen deze zorgzwaartepakketten niet van toepassing zijn.

Hoewel een indicatie van de totale kosten van de langdurig intensieve én individuele begeleiding van cliënt in een zeer complexe zorgsituatie niet te geven is, kan wel worden gesteld dat de minimale kosten van zo'n € 495.000 voor de 1-op-1 begeleiding de beschikbare financiële middelen ruimschoots overschrijden. Bovendien sluiten de bestaande compensatieregelingen niet aan bij de praktijk en zijn zij teveel geënt op de gehandicaptensector.

4.4 Concluderend

In 2009 is het veld gestart met het opstellen van veldnormen voor Dwang en Drang, later is er een verschuiving opgetreden naar veldnormen voor de IC-functie binnen de GGz. Aangezien er (nog) geen veldnormen formeel vastgesteld zijn, hebben we deze niet mee kunnen nemen in de kostenindicatie. Bovendien is de IC-functie zoals die op dit moment wordt ingevuld niet geëigend voor de doelgroep van zeer complexe zorgsituatie. Hiervoor kent de huidige IC namelijk een te kortdurend karakter.

Voor de kostenindicatie is er een onderscheid gemaakt in 'best practices' en specifieke maatregelen. Best practices zijn maatregelen die in het huidige onderzoek zijn genoemd als mogelijke interventies in relatie tot zeer complexe zorgsituaties maar die al ontwikkeld zijn voor het terugdringen van separaties voor een bredere doelgroep. Hierbij valt te denken aan comfort rooms, de-escalatietechnieken, debriefing, vroegsignalering en crisisprotocol. Aangezien het huidige onderzoek zich richt op de kosten van specifieke 'extra' maatregelen voor het terugdringen van separaties binnen zeer complexe zorgsituaties waarbij herhaaldelijke of langdurige separaties een rol spelen zijn de kosten van deze best practices buiten beschouwing gelaten bij de kostenindicatie. De kosten van deze specifieke maatregelen komen dus bovenop de kosten van de 'best practice' interventies.

De specifieke maatregelen voor het terugdringen van separaties binnen zeer complexe zorgsituaties zijn te onderscheiden in consultatie, individuele woonomgeving en langdurige intensieve en individuele begeleiding.

- **Consultatie**
In het huidige onderzoek veronderstellen we dat de consultatie bestaat uit drie stappen: interne consultatie, externe consultatie en multisectorale consultatie. De kosten van de interne en externe consultatie worden in het huidige onderzoek geschat op respectievelijk zo'n € 1.800 en € 2.200 per cliënt gefinancierd vanuit de Zvw. De multisectorale consultatie door het CCE is voor de instellingen kosteloos. De expertise- en consultatietaken van het CCE worden gefinancierd door VWS.

- **Individuele woonomgeving**
Voor het creëren van een prettige woonomgeving voor één cliënt in een zeer complexe zorgsituatie schatten wij in dat de kosten zo'n € 350.000 bedragen. Hierbij is er sprake van een 1-persoonsappartement van 70 m² met een natte cel en eigen buitenruimte dat volledig ingericht is op het bieden van veiligheid voor cliënt en omgeving. Bovendien is de ruimte voorzien van de nodige technologische voorzieningen zoals speciale verlichting en multimedia screens gericht op het creëren van een prettige leefomgeving welke de-escalerend werkt.

- **Langdurige intensieve en individuele begeleiding**
Vanwege het individuele karakter van de begeleiding aan cliënten in een zeer complexe zorgsituatie is het niet mogelijk om een indicatie te geven van de benodigde kosten. Wel is een schatting gemaakt van de kosten voor het waarborgen van een continue 1-op-1 begeleiding. Deze kosten bedragen op jaarbasis zo'n € 495.000. In principe vormen de kosten van de 1-op-1 begeleiding 24 uur per dag de minimale kosten van de langdurige intensieve en individuele begeleiding van een cliënt in een zeer complexe zorgsituatie.

Tabel 4.1 geeft een schematisch overzicht van de indicatie van de kosten van de specifieke maatregelen voor het terugdringen van separaties binnen zeer complexe zorgsituaties.

Tabel 4.1 - Kostenindicatie en financieringsbron van de specifieke maatregelen voor terugdringen van separaties in zeer complexe zorgsituaties

Specifieke maatregelen	Kosten indicatie	Financieringsbron
<i>Consultatie</i>		
- Interne consultatie	€ 1.800 per consultatietraject	Zvw
- Externe consultatie	€ 2.200 per per consultatietraject	Zvw
- Multisectorale consultatie	^	VWS

<i>Individuele woonomgeving</i>		
- 1 persoonskamer met natte cel en buitenruimte	€ 280.000	AWBZ
- Installatie technologische hulpmiddelen voor prettige woonomgeving	€ 70.000	AWBZ
<i>Langdurige en intensieve begeleiding</i>		
- Continue 1-op-1 begeleiding	€ 495.000	AWBZ
- Begeleidingsprofiel en individueel dagprogramma	^^	AWBZ

^ Voor de multisectorale consultatie door CCE is geen kostenindicatie gegeven omdat deze kosteloos kan worden aangevraagd voor cliënten die 1 jaar of langer in zorg zijn.

^^ Vanwege het individuele karakter van de begeleiding is het niet mogelijk een indicatie te geven van de benodigde kosten.

Verder kan op basis van het huidige onderzoek worden vastgesteld dat de huidige wet- en regelgeving en financieringssystematiek niet toegerust is op de zorg aan cliënten in een zeer complexe zorgsituatie binnen de GGz. Op de eerste plaats werkt de huidige knip in Zvw en AWBZ belemmerend op het vroegtijdig ingrijpen en voorkomen dat een lastige situatie uitgroeit tot een zeer complexe zorgsituatie. Daarnaast is de huidige financiering totaal ontoereikend voor het dekken van de kosten die gerelateerd zijn aan het bieden van de benodigde zorg aan cliënten in een zeer complexe zorgsituatie. De huisvestingskosten uitgaande van een individuele woonomgeving (€ 5000/ m²) zijn ruimschoots hoger dan de normatieve huisvestingscomponent (€ 766/ m²). Dezelfde situatie is aan de orde bij de kosten van de langdurige intensieve en individuele begeleiding. De minimale kosten van deze begeleiding bedragen op jaarbasis € 495.000 tegenover een jaarvergoeding van circa € 112.000 van het hoogste zorgwaartepakket voor de GGz.

5 Samenvatting en conclusies

In dit onderzoek is inzicht verkregen in de kenmerken van zeer complexe zorgsituaties waarbij separaties veelvuldig of langdurig plaatsvinden. Vervolgens is helderheid verschaft welke specifieke maatregelen getroffen zouden kunnen worden om separaties in deze zeer complexe zorgsituaties terug te dringen en welke kosten hiermee gemoeid zijn.

Zeer complexe zorgsituaties in het kader van separatie kenmerken zich door cliënten die zich herhaaldelijk zeer agressief gedragen en dientengevolge uit (preventieve) veiligheidsoverwegingen frequent en/of vaak voor een langere tijd in de separeer verblijven. Het zijn cliënten die in een multi-problematische zorgsituatie verkeren waarin naast de psychiatrische aandoening ook nog sprake is van een bepaalde kwetsbaarheid die de situatie van de cliënt nadelig beïnvloedt. Hierbij gaat het veelal om middelengebruik, ontwikkelingsstoornis en een verstandelijke beperking. Het betreffen cliënten met langdurige (hoog) complexe problematiek. Bovendien is de interactie met het team blijvend verstoord en kenmerkt het team zich door een bepaalde mate van handelingsverlegenheid.

Deze complexe zorgsituaties en de daarbij behorende groep cliënten komt niet uitsluitend voor in de GGz, maar bevindt zich ook in de andere sectoren van de gezondheidszorg (bv. verstandelijk gehandicaptenzorg) en domeinen van de samenleving (o.a. justitie). De problematiek is derhalve niet 'des GGz'. Het voorkomen en terugdringen van separatie binnen zeer complexe zorgsituaties vraagt om een sectoroverstijgende werkwijze en expertise en er is een andere benaderingswijze noodzakelijk dan gebruikelijk is binnen de GGz. Het betreft een andere behandelingsfilosofie en daarmee een cultuuromslag en verandering in grondhouding. Deze andere, sectoroverstijgende benaderingswijze kenmerkt zich door een individueel verblijfs- en begeleidingstraject dat gericht is op kwaliteit van leven in plaats van behandeling, op ontmoeting in plaats van beheersing en op het willen kennen van de hele mens met zijn kwetsbaarheden en mogelijkheden in plaats van de psychiatrische stoornis in engere zin.

Om separaties binnen zeer complexe zorgsituaties te voorkomen, terug te dringen en te beëindigen is het allereerst van belang dat de best practices op het gebied van Dwang en Drang zoals die op dit moment worden ontwikkeld en geïmplementeerd binnen de GGz, ook worden ingezet bij cliënten in een (potentieel) zeer complexe zorgsituatie. Hierbij valt te denken aan comfort rooms, de-escalatietechnieken, debriefing, vroegsignalering en crisisprotocol. Naast deze best practices komen een aantal specifieke maatregelen naar voren op team- en cliëntniveau die voortvloeien uit de sectoroverstijgende benaderingswijze.

Op het niveau van het team gaat het om de bezetting, deskundigheidsniveau en multisectorale samenwerking. De reguliere bezettingsgraad van het team moet voldoende capaciteit bieden voor het verlenen van langdurige zeer intensieve begeleiding. In principe vormt 1-op-1 begeleiding een standaardmaatregel die permanent geboden wordt. Wat het deskundigheidsniveau van het team betreft gaat het om gekwalificeerd personeel dat de nodige kennis en vaardigheden heeft op gebied van specifieke cliëntgroepen en het omgaan met ontwrichtend gedrag. Om het deskundigheidsniveau van het team te kunnen waarborgen is het noodzakelijk te investeren in het team via scholing, training en intervisie, alsmede via het analyseren en bespreken van incidenten. Daarnaast is een divers en vast team van belang, alsmede differentiatie van behandelaar al naar gelang de expertise van de behandelaar en zorgbehoefte van cliënt. Verder dient er sprake te zijn van een sectoroverstijgende samenwerking en dient te samenwerking met familie en ervaringsdeskundigen geïntensiveerd te worden.

De maatregelen op het niveau van de cliënt zijn te onderscheiden in consultatie, ruimtelijke voorzieningen, individueel begeleidingstraject en dagbesteding. Het consulteren van een objectieve derde persoon die niet direct betrokken is bij de behandeling van de cliënt wordt van belang geacht voor het beëindigen én voorkomen van zeer complexe zorgsituaties waarbij separatie veelvuldig of langdurig wordt toegepast. Er wordt gepleit voor een landelijk vastgesteld (multisectoraal) consultatietraject. In het huidige onderzoek veronderstellen we dat de consultatie bestaat uit drie stappen: interne consultatie, externe consultatie en multisectorale consultatie. De kosten van de interne en externe consultatie worden in het huidige onderzoek geschat op respectievelijk zo'n € 1.800 en € 2.200 per cliënt. Voor de multisectorale consultatie door het CCE is geen kostenindicatie gegeven omdat deze gefinancierd wordt uit een directe subsidie vanuit VWS.

Daarnaast kan er bouwtechnisch nog veel gedaan worden om separaties terug te dringen. Op de eerste plaats kan dat door te voorzien in alternatieve ruimtes voor de separeer zoals comfort rooms. Op de tweede plaats kan dat door te zorgen voor een prettige individuele woonomgeving (appartement) van cliënten waarbij gebruik wordt gemaakt van nieuwe technieken op gebied van licht, kleur, geluid, temperatuur en geur. Voor het creëren van een prettige woonomgeving voor één cliënt in een zeer complexe zorgsituatie schatten wij in dat de kosten zo'n € 350.000 bedragen. Hierbij is er sprake van een 1-persoonsappartement van 70 m² met een natte cel en eigen buitenruimte dat volledig ingericht is op het beiden van veiligheid voor cliënt en omgeving. Bovendien is de ruimte voorzien van de nodige technologische voorzieningen zoals speciale verlichting en multimedia screens.

Verder is het noodzakelijk dat de begeleiding van de cliënt individueel maatwerk is waarbij ook wordt voorzien in een zinvol en gestructureerd dagprogramma. Vanwege het individuele karakter van de begeleiding is het niet mogelijk om een indicatie te geven van de benodigde kosten. Wel is een schatting te maken van de kosten voor het waarborgen van een continue 1-op-1 begeleiding. Deze kosten bedragen op jaarbasis zo'n € 495.000 euro. In principe vormen de kosten van de 1-op-1

begeleiding 24 uur per dag de minimale kosten van de langdurige intensieve en individuele begeleiding van een cliënt in een zeer complexe zorgsituatie.

Tot slot kan op basis van het huidige onderzoek worden vastgesteld dat de huidige wet- en regelgeving en financieringssystematiek niet toegerust is op de zorg aan cliënten in een zeer complexe zorgsituatie binnen de GGz. Op de eerste plaats werkt de huidige knip in Zvw en AWBZ belemmerend op het vroegtijdig ingrijpen en voorkomen dat een lastige situatie uitgroeit tot een zeer complexe zorgsituatie. Daarnaast is de huidige financiering totaal ontoereikend voor het dekken van de kosten die gerelateerd zijn aan het bieden van de benodigde zorg aan cliënten in een zeer complexe zorgsituatie. Zowel de huisvestingskosten alsook de kosten van de langdurige intensieve en individuele begeleiding stijgen ruimschoots uit boven de bedragen die de zorginstelling hiervoor op basis van de normatieve huisvestingscomponent en het hoogste zorgzwaartepakket vergoed krijgt.