



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten

Uitkomsten inspectieonderzoek naar
de preventie van separeren 2008-2011

Utrecht, december 2011

Inhoud

Voorwoord – 5

Samenvatting – 7

1 Inleiding – 9

- 1.1 Achtergrond, aanleiding en belang – 9
- 1.2 Doel- en vraagstelling – 10
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader – 10

2 Conclusies – 15

- 2.1 Afname separaties stagneert – 15
- 2.2 Maatregelen om separaties te voorkomen onvoldoende ingezet – 15
- 2.3 Normen voor effectieve preventie van separaties hoognodig – 15
- 2.4 Verdere verbetering registratiewijze cruciaal – 16

3 Handhaving – 17

- 3.1 Handhaving inspectie 2008-2011 – 17
 - 3.1.1 Afdeling met hoog risico en getroffen maatregelen – 17
 - 3.1.2 Afdelingen met matig tot hoog risico en getroffen maatregelen – 17
 - 3.1.3 Afdelingen met gering tot matig risico en getroffen maatregelen – 19
 - 3.1.4 Afdelingen met geen tot gering risico en getroffen maatregelen – 22
 - 3.1.5 Kennisgeving resultaten aan de instellingen – 24
- 3.2 Aanbevelingen – 24
 - 3.2.1 Aanbeveling aan veldpartijen: ontwikkel normen voor effectieve preventie – 24
 - 3.2.2 Aanbeveling aan het ministerie van VWS: faciliteer normontwikkeling – 25
 - 3.2.3 Aanbevelingen aan de wetenschappelijke gemeenschap en beroepsgroepen: doe effectonderzoek – 25
 - 3.2.4 Aanbevelingen aan zorgverzekeraars: selecteer instellingen die aan normen voldoen – 25
- 3.3 Vervolgacties per 2012 – 25
 - 3.3.1 Uitgangspunten verdiept: 'niet separeren, tenzij' en 'uitbannen eenzame opsluiting' – 25
 - 3.3.2 Maatregel 1: Argus bij alle afdelingen – 26
 - 3.3.3 Maatregel 2: in- en externe consultatie – 26

4 Resultaten – 29

- 4.1 Globale tendens 2008-2011 – 29
 - 4.1.1 Jaarlijkse reductie in aantal en duur van separaties gestagneerd – 29
 - 4.1.2 Uitkomsten jaarlijkse steekproef verspreidden zich niet naar de andere afdelingen – 31
- 4.2 Punten van vooruitgang – 33
 - 4.2.1 Registraties via het Argus-systeem – 33
 - 4.2.2 Scholing gericht op terugdringen separaties – 33
 - 4.2.3 Sturing op reductiebeleid – 34
 - 4.2.4 Evaluatie separaties binnen team en instelling – 35
- 4.3 Knelpunten – 35
 - 4.3.1 Toepassing besluitvormingsprotocol – 35
 - 4.3.2 Evaluatie van separatie met patiënt – 36
 - 4.3.3 Preventie van separeren via signaleringsplannen – 37
 - 4.3.4 Beleid bij binnenkomst patiënten – 37

5 Summary – 39

Literatuur – 41

Bijlage 1	Verdeling aantal cliënten over locaties en zorgaanbieders – 43
Bijlage 2	Risicoscores per instellingen in 2008, 2009, 2010 en 2011 – 74
Bijlage 3	Toelichting scorekwalificaties – 76
Bijlage 4	Toelichting normen – 79
Bijlage 5	Resultaten aanvullende analyses 2008 – 81

Voorwoord

Het onderwerp separeren laat weinigen onberoerd. Gedwongen insluiting van (psychiatrische) patiënten is een zeer ingrijpende maatregel die raakt aan de fundamentele rechten van de mens.

De laatste jaren groeide de aandacht en inzet voor het terugdringen van separaties binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Ik spreek met name mijn waardering uit voor de instellingen die alternatieven voor separeren ontwikkelden, zoals *intensive care units*. Of die er door een andere benadering en bejegening van patiënten in slaagden het separeren aanzienlijk te verminderen. Dit zijn bewijzen dat daadwerkelijk terugdringen van separatie mogelijk is.

Desalniettemin moet het beter. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (de inspectie) constateert in dit rapport op landelijk niveau een stagnatie in de afname van separaties. Maatregelen die bijdragen aan het zoveel mogelijk voorkomen van separaties passen afdelingen te weinig toe.

Tegelijk zien onze inspecteurs in het GGZ-veld de eensgezinde opvatting dat separeren verder moet én kan worden teruggedrongen. Opmerkelijk is dat de ontwikkeling van een gemeenschappelijk normenkader voor het verantwoord voorkomen van separaties daarbij achterblijft. Duidelijke handvatten om een aanmerkelijke reductie te bereiken, ontbreken. Daarbij lijken methoden van goed presterende afdelingen zich niet voldoende te verspreiden naar andere afdelingen. Ik doe daarom een appèl op het veld om snel te komen tot heldere afspraken over de manier waarop separaties op verantwoorde wijze verder terug te dringen zijn.

Daarop vooruitlopend gaat de inspectie per 2012 strengere eisen stellen want het móet beter in het belang van de kwetsbare patiënt. Instellingen moeten separeer-vrije zorg leveren, tenzij zij kunnen aantonen dat dit voor een specifieke patiënt (tijdelijk) niet kan. Men moet alle denkbare maatregelen hebben genomen om een ingezette separatie zo snel mogelijk te beëindigen. Verplichte interne en externe consultatie spelen hierbij een cruciale rol. En waar separeren écht noodzakelijk blijkt, wil de inspectie het motto "een zieke patiënt laat je nooit alleen" sectorbreed verwezenlijkt zien. Dat betekent behalve 'niet of nauwelijks separeren' ook dat een noodzakelijke separatie geen *eenzame opsluiting* meer inhoudt.

Vermindering van separatie vraagt de nodige inspanningen van alle betrokkenen. Maar kwetsbare patiënten verdienen de best mogelijke zorg. Ik reken op de inzet van het veld om gezamenlijk op korte termijn duurzame verbeteringen te realiseren.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (de inspectie) heeft van 2008-2011 alle 164 psychiatrische opnameafdelingen in Nederland doorgelicht op het gevoerde separatie(preventie)beleid. Eerder heeft de inspectie al gerapporteerd over de uitkomsten van 2008, 2009 en 2010.

Een belangrijke aanleiding voor de start van het onderzoek was de zeer uiteenlopende separeerpraktijk in Nederland. Daarnaast bestond het beeld dat separaties in Nederland relatief veel voorkomen. Bovendien roept het (gedwongen) insluiten van patiënten in een kale ruimte maatschappelijk, politiek en binnen de psychiatrie regelmatig discussie op. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft zichzelf ten doel gesteld separaties jaarlijks met 10% te verminderen, zowel in *aantal* als in *duur*. Doel van het inspectieonderzoek was er op toe te zien dat de instellingen hiertoe beleid opstelden én resultaten boekten.

De inspectie voerde het onderzoek uit via toezichtbezoeken aan alle psychiatrische opnameafdelingen waar gesepareerd wordt. De afspraak voor de jaarlijkse 10%-reductie stond in het toezicht centraal. Behalve instellingscijfers over separaties werden ook de landelijke gegevens over het aantal gedwongen separaties bij onvrijwillig opgenomen patiënten geraadpleegd (uit het Bopz-informatiesysteem). Verder toetste de inspectie bij de afdelingen de inzet van negen maatregelen die bijdragen aan het zoveel mogelijk voorkomen van separeren.

De inspectie constateert dat de afname in separaties sinds 2010 stagneert. Maatregelen om separaties zoveel mogelijk te voorkomen worden te weinig ingezet. Knelpunten zijn: het toepassen van besluitvormingsprotocollen en signaleringsplannen, evaluaties met patiënten na een separatie en een zorgvuldige taxatie bij de binnenkomst van patiënten.

Heldere normen voor effectieve preventie van separaties zijn er niet. Sectorbreed ontbreekt het zicht op wat werkzame interventies zijn om het separeren op verantwoorde wijze verder terug te dringen. Afdelingen die er wel in slaagden een aanzienlijke reductie te bewerkstelligen, bijvoorbeeld met alternatieven als *intensive care units* of een andere bejegening van patiënten, werden te weinig door collegaafdelingen gevolgd. Punt van vooruitgang is dat meer afdelingen zijn gaan werken met het nauwkeurige Argus-registratiesysteem. Ook zijn instellingen systematischer gaan sturen op het terugdringen en de preventie van separaties. Eerder leek dit meer een projectmatig karakter te hebben.

Het door het veld te ontwikkelen normenkader komt niet eerder dan 2013 beschikbaar. Hierop vooruitlopend gaat de inspectie per 2012 strengere eisen stellen. De inspectie pleit per 2012 voor separeervrije zorg, tenzij dit op individueel niveau (dus: een specifieke patiënt betreffende, met redenen voor deze situatie omkleed) aantoonbaar niet mogelijk is gebleken ondanks alle mogelijke inspanningen. Die inspanningen betreffen enerzijds het kunnen overleggen van een volledig sluitende registratie van separaties op basis van Argus. Anderzijds betreft dit in- en externe consultatie, op vier verschillende momenten in de tijd, in die gevallen waarin de separatie niet ten einde gebracht kon worden.

Daar waar separeren écht noodzakelijk blijkt, wil de inspectie het motto "een zieke patiënt laat je nooit alleen" sectorbreed in de GGZ verwezenlijkt zien. Dat betekent behalve 'niet of nauwelijks separeren' ook dat een noodzakelijke separatie geen *eenzame opsluiting* meer inhoudt.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond, aanleiding en belang

In 2008 startte de Inspectie voor de Gezondheidszorg (de inspectie) met onderzoek naar separaties^a van psychiatrische patiënten binnen opnameafdelingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en ziekenhuizen. De resultaten bevestigden het beeld van een zeer uiteenlopende separeerpraktijk. Ook bleek dat een aantal instellingen te weinig werk maakte van het zoveel mogelijk voorkómen van separaties. Daarom zette de inspectie in 2009 vervolgonderzoek in. Mede vanwege de aanzienlijke politieke belangstelling werd besloten alle psychiatrische opnameafdelingen waar gesepareerd wordt door te lichten op het separeerbeleid en de inspanningen om separaties terug te dringen. In 2011 vonden de laatste inspectiebezoeken van dit meerjarenonderzoek plaats. Dit rapport bevat de resultaten van het inspectietoezicht op (de preventie van) separeren tussen 2008 en 2011^b.

Een belangrijke aanleiding voor de start van het onderzoek in 2008 waren de signalen die de inspectie ontving over het direct separeren van patiënten indien sprake was van een gedwongen opname. Bij nader onderzoek constateerde de inspectie dat in sommige instellingen patiënten op de eerste dag van hun opname beduidend vaker werden gesepareerd dan in andere. De inspectie wilde nader onderzoeken hoe vaak patiënten *linea recta* in de separeerruimte belandden en hoe deze praktijk om te buigen was. Daarnaast bestond het beeld dat in Nederland vaker gesepareerd wordt dan in de landen om ons heen. Hoewel dit later door wetenschappelijk onderzoek niet duidelijk kon worden bevestigd, bleek wel dat er in Nederland zeker niet weinig separaties zijn¹.

Het gedwongen insluiten van patiënten leidt regelmatig tot fel maatschappelijk debat. De opvatting overheerst dat separaties zo weinig mogelijk moeten plaatsvinden. Ook binnen het GGZ-veld is de afgelopen jaren de overtuiging gegroeid dat het separeren minder kan en moet. Een separatie is behoorlijk ingrijpend voor zowel patiënt als behandelaar. De maatregel is veeleer een middel ter beveiliging van de patiënt of de mensen daaromheen, geen vorm van zorg of behandeling. De inspectie wil bijdragen aan de kwaliteit van de zorg voor kwetsbare groepen, ook in de GGZ. Dit geldt zeker voor psychiatrische patiënten bij wie men drang- en dwangmaatregelen toepast.

In de praktijk blijkt het simpelweg verminderen van separaties echter een weerbarstige doelstelling. Dit komt ook weer in dit rapport naar voren. Evenwel namen reductiecijfers de afgelopen jaren een centrale plaats in het inspectietoezicht in. De GGZ heeft zich ten doel gesteld separaties jaarlijks met 10% te verminderen, zowel in aantal als in duur². Als toezichthouder heeft de inspectie deze afspraak gehanteerd in haar handhaving op verantwoorde zorg. Daarnaast heeft zij de opnameafdelingen ook op een aantal meer kwalitatieve criteria beoordeeld (zie 1.3), die deskundigen beschouwen als maatregelen om separaties zoveel mogelijk te voorkomen.

a Separeren: het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt, in een speciaal daarvoor bestemde en door de minister als separeerverblijf goedgekeurde afzonderlijke ruimte (een kale kamer met een matras en een deken).

b Over de bezochte afdelingen in elk afzonderlijk jaar is eerder verslag gedaan. Zo verscheen in 2008 het IGZ-rapport *Voorkomen van separatie vereist versterking van patiëntgerichte zorg*. In zowel 2009 als 2010 zijn de resultaten in een brief aan de minister van VWS gerapporteerd. Deze publicaties zijn te raadplegen op www.igz.nl.

GGZ-instellingen hebben de afgelopen jaren allerlei activiteiten ontplooid om het separeren terug te dringen. In 2006 startte GGZ Nederland het tweede^c project 'Verminderen van dwang en drang'. Hieruit is in de navolgende jaren een aantal alternatieve interventies voortgekomen, waarin bijvoorbeeld gebruik wordt gemaakt van *comfort rooms* en *intensive care units*. De inspectie besteedt in dit rapport ook aandacht aan enkele van deze belangrijke initiatieven bij opnameafdelingen die als voorbeeld (*best practice*) kunnen dienen om verdere ontwikkelingen in het veld aan te zwengelen.

1.2 Doel- en vraagstelling

Doelstelling

De inspectie had met dit meerjarentoezicht bij psychiatrische instellingen een tweeledig doel. In de eerste plaats dat de instellingen voor alle opnameafdelingen afzonderlijk beleid zouden opstellen om het separeren te verminderen. En in de tweede plaats dat zij die vermindering ook aantoonbaar zouden realiseren.

Vraagstelling 2008

In het eerste toezichtjaar (2008) beperkte het inspectieonderzoek zich tot de preventie van separeren *op de eerste dag* van opname van patiënten. De gedachte was dat tijdens en kort na het moment van opname van patiënten met een inbewaringstelling (IBS) de kans op toepassing van separatie groter is. Uit de meldingen aan de inspectie bleek dat er echter grote verschillen waren tussen de instellingen. In 2008 stonden twee onderzoeksvragen centraal:

- In hoeverre is de geboden kwaliteit van zorg op de opnameafdelingen ingebed in beleid dat insluiting van de patiënt in een separeerruimte op de eerste dag van opname helpt te voorkomen?
- Met welke structuur- en proceskenmerken hangen gevonden verschillen tussen de instellingen in aantal en duur van de separatie samen?

Vraagstelling 2009-2011

Per 2009 trok de inspectie het toezicht breder naar separeerbeleid en de separeerpraktijk in het algemeen (niet alleen op de eerste dag van opname) van opnameafdelingen. De focus lag op de preventie en het terugdringen van separeren.

Onderzoeksvragen waren:

- Heeft de betreffende instelling/afdeling het aantal separaties en de duur daarvan in het afgelopen jaar met ten minste 10% gereduceerd?
- Zijn het beleid en het plan van aanpak om de reductie te bereiken voldoende geïmplementeerd?
- In hoeverre stuurt de lijnorganisatie tot en met de Raad van Bestuur op de realisatie van het terugdringingsbeleid?

De laatste vraag is per 2010 toegevoegd omdat de inspectie in 2008 en 2009 concludeerde dat de sturing op resultaten door management en Raad van Bestuur van instellingen essentieel is voor het borgen van resultaten.

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

De inspectie bezocht in de jaren 2008-2011 alle 164 psychiatrische opnameafdelingen (in GGZ en algemene ziekenhuizen) waar patiënten kunnen worden gesepareerd. In dit onderzoek is er expliciet voor gekozen om te toetsen op kwantitatieve voortgang (reductie van separaties in aantal en duur) en randvoorwaarden die hieraan bijdragen.

^c Het eerste project Dwang & Drang liep van 2002-2004. Hier namen 12 GGZ-instellingen aan deel. Zie ook: Abma T, Widdershoven G, Lendemeijer B (red.) *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht, 2005.

Tabel 1
Toezichtbezoeken 2008-2011

Jaar	Aantal bezochte opnameafdelingen	Periode toezichtbezoeken
2008	39	april-juli 2008
2009	41	juli-september 2009
2010	51	februari-augustus 2010
2011	33	januari-april 2011

Selectie bezochte opnameafdelingen

Hoe de inspectie de bezochte opnameafdelingen selecteerde, verschilde enigszins per jaar. Het is ook van belang op te merken dat van één instelling gedurende het meerjarenonderzoek vaak meerdere afdelingen bezocht werden. Bovendien bezocht de inspectie elk jaar opnieuw de afdelingen waar zij in het voorgaande jaar hoge risico's op onverantwoorde separeerzorg constateerde (risico-oordeel *matig tot hoog* of *hoog tot zeer hoog*). Zie hiervoor hoofdstuk 3 Handhaving.

In 2008 heeft de inspectie een steekproef samengesteld op basis van een eerste risicoinschatting over de verschillende opnameafdelingen. Daarbij werden op basis van gegevens uit het Bopz-informatiesysteem (waar instellingen volgens de Wet Bopz verplicht melden) over separaties alle afdelingen in drie groepen verdeeld:

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

Binnen iedere groep bezocht de inspectie alleen de afdelingen met relatief grote absolute aantallen separaties en patiënten met een IBS. Deze in totaal 39 afdelingen waren ongeveer gelijk verdeeld over de drie groepen.

In 2009 vond een 'negatieve selectie' van te bezoeken opnameafdelingen met separaties plaats. In dat jaar vroeg de inspectie bij alle instellingen informatie op over separatiecijfers van de afgelopen twee jaar en het reductiebeleid per opnameafdeling. Vervolgens bezocht de inspectie alleen die afdelingen waar risico's op onterechte separaties vermoed werden (in totaal 41). Hier was in de opgevraagde cijfers onvoldoende resultaat gebleken in het verminderen van separaties (in aantal en duur), of waren er in het geheel geen cijfers aangeleverd.

In 2010 en 2011 bezocht de inspectie alle resterende opnameafdelingen.

Toetsing kwantitatieve reductienorm

Voor het registreren van vrijheidsbeperkende maatregelen in de GGZ zijn twee systemen: Bopzis en Argus. De inspectie gebruikte beide in dit onderzoek om te toetsen of afdelingen de reductie van 10% in separaties haalden. Hierover is een aantal toelichtende opmerkingen noodzakelijk.

Instellingen zijn volgens de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) verplicht alle toegepaste dwangmaatregelen (dwangbehandeling en middelen of maatregelen in noodsituaties) bij de inspectie te melden als het gaat om patiënten die onvrijwillig zijn opgenomen. De inspectie registreert deze gegevens in het Bopz-informatiesysteem, kortweg Bopzis. Aan dit systeem kleven echter twee nadelen:

- 1 Separaties en andere dwangtoepassingen (bijvoorbeeld medicatie) kunnen deel uitmaken van dezelfde melding die instellingen aan de inspectie doorgeven. Wanneer de separatie als dwangmaatregel stopt, maar bijvoorbeeld gedwongen medicatie-toediening nog doorloopt, hoeft een instelling de beëindiging van de separatie niet tussentijds apart af te melden. Ook kunnen meerdere separaties binnen één melding voorkomen. Uit de registratie blijkt dus niet precies hoe vaak en hoe lang een patiënt binnen een melding in feite gesepareerd is.
- 2 Instellingen zijn alleen verplicht om onder dwang toegepaste maatregelen te melden voor patiënten die onvrijwillig zijn opgenomen. Het systeem bevat niet de gegevens over alle toegepaste separaties.

Het Argus-systeem is fijnmaziger. Hierin kunnen hulpverleners alle vrijheidsbeperkende interventies registreren ongeacht of ze onder verzet zijn toegepast of niet en ongeacht de juridische status van de patiënt (vrijwillig of onvrijwillig opgenomen). Ook is het mogelijk per patiënt alle vormen van vrijheidsbeperking in episodes vast te leggen. Als een patiënt binnen een bepaalde tijdspanne in-en-uit de separaerelc gaat, kan men dit in Argus nauwkeurig bijhouden.

Niet alle instellingen gebruiken Argus echter. Daarom vormden Bopzis-gegevens de basis om te bepalen in hoeverre het aantal separaties op nationaal niveau verschild van het voorgaande jaar. Dat betreft dus het landelijke gemiddelde van toegepaste dwangmaatregelen bij onvrijwillig opgenomen patiënten. Hoewel niet ideaal is het Bopzis-systeem op dit moment de minst slechte informatiebron voor het monitoren van de afname van separaties.

Naast de Bopzis-cijfers verzamelde de inspectie bij de opnameafdelingen die zij in een toezichtjaar (2008/2009/2010/2011) bezocht beschikbare cijfers over *alle* toegepaste separaties (al dan niet onder dwang en zowel bij vrijwillig als onvrijwillig opgenomen patiënten).

Over de separatie*duur* zijn geen landelijke cijfers beschikbaar en vormden de gegevens uit de jaarlijkse selectie bezochte afdelingen de enige bron.

Toetsing kwalitatieve normen separatie(preventie)beleid

Behalve de reductiedoelstelling heeft de inspectie de opnameafdelingen beoordeeld op een aantal kwalitatieve onderwerpen die deskundigen beschouwen als maatregelen om separaties zoveel mogelijk te voorkomen. Het instrument dat de inspectie in 2008 gebruikte, stelde zij bij in 2009 omdat in dat jaar de nadruk meer kwam te liggen op toezicht op (de preventie van) separeren in bredere zin; niet alleen de eerste dag van opname (zie bijlage 3). Dit bevatte de volgende onderdelen:

- 1 Beleid bij binnenkomst dat er op is gericht separatie te voorkomen.
- 2 Scholing en deskundigheidsbevordering voor alle medewerkers rondom het voorkomen van separatie.
- 3 Evalueren van de separatie met de patiënt.
- 4 Evalueren van de separatie binnen het team.
- 5 Evalueren van separaties binnen de instelling en terugkoppeling van de resultaten naar het behandelteam.
- 6 Werken met signaleringsplannen om separatie te voorkomen.
- 7 Toepassen van criteria (protocol) voor besluitvorming tot separeren.
- 8 Registratie volgens de Argus-systematiek.
- 9 Sturen op resultaten in de lijnorganisatie (getoetst per 2010).

Omdat er geen algemeen aanvaarde veldnormen ontwikkeld waren, legde de inspectie voorafgaand aan het onderzoek een aantal mogelijk te toetsen normen voor commentaar voor aan externe deskundigen: enkele leden van de landelijke projectgroep Dwang & Drang. Op basis daarvan voerde zij enkele aanpassingen

door. Een *pilot test* bij Rivierduinen in 2009 leidde tot een aantal verdere verbeteringen.

Toezichtbezoek

De beoordeling van een opnameafdeling vond plaats tijdens een toezichtbezoek. Het bezoek bestond uit de volgende onderdelen:

- Bestudering van beleidsdocumenten en de cijfers over het terugdringen van het aantal en de gemiddelde duur van de separaties. In de aankondigingsbrief werd gevraagd de documenten en cijfers over de voorgaande jaren (per 2007) klaar te leggen.
- Gesprek met een afvaardiging van het behandelteam, waaronder verpleegkundigen en de afdelingspsychiater.
- Rondgang over de afdeling en separeerunit indien de afdeling onbekend was.
- Dossieronderzoek onder begeleiding van de psychiater.
- Gesprek met de Raad van Bestuur, geneesheer-directeur en (indien aangesteld) projectleider/aandachtsfunctionaris Dwang & Drang.

Risico-oordeel

Bij de beoordeling van bovenstaande kwalitatieve items waren steeds vier scores mogelijk: *afwezig*, *aanwezig*, *operationeel* en *geborgd* (zie bijlage 3). Op basis van alle scores en de bereikte reductie in separaties formuleerde de inspectie een eindoordeel over een opnameafdeling in termen van risico's op niet-verantwoorde zorg, dat wil zeggen: onterechte (te snelle of te lange) separatie van patiënten (zie bijlage 4). De inspectie betrok daarbij ook de vooruitzichten op (verdere) reductie van separaties.

De risicoclassificatie betrof één van de volgende vier niveaus: *geen tot gering risico*, *gering tot matig risico*, *matig tot hoog risico* en *hoog tot zeer hoog risico*. Werd niet aan criteria voldaan, dan stelde de inspectie verhoogde risico's vast. In bijlage 4 is beschreven wanneer de inspectie welke risicoclassificatie toekende.

Toetsingskader

De norm voor een jaarlijkse afname van 10% in separaties komt overeen met de afspraak die GGZ-instellingen zelf hebben gemaakt². In 2009 bleek dat de norm eigenlijk bij geen van de bezochte instellingen tot discussie leidde. Voorts is deze ook in 2010 en 2011 bij het toezicht gebruikt.

Het toetsingskader van het separatie-onderzoek tussen 2008-2011 was verder gebaseerd op: de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), het Besluit rechtspositieregelen Bopz en het Besluit middelen en maatregelen Bopz en de Nota van Toelichting op dit laatste Besluit. Voorts op: de Algemene wet bestuursrecht, de Kwaliteitswet zorginstellingen, de kwaliteitscriteria Dwang & Drang van GGZ Nederland (2001), het Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008-2011 van GGZ Nederland, de Richtlijn 'Besluitvorming dwang: opname en behandeling' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (juni 2008; in het toezicht van 2008 werd de conceptrichtlijn gebruikt).

De inspectie heeft van het eerste inspectierapport in dit meerjarenproject *Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg* (2008) gebruikgemaakt bij het onderzoek in de navolgende jaren. Ieder jaar maakte zij ook gebruik van de resultaten en conclusies van de toezicht rondes in de voorgaande jaren.

2 Conclusies

2.1 **Afname separaties stagneert**

Het GGZ-veld heeft zich ten doel gesteld separaties jaarlijks met 10% te verminderen, zowel in aantal als in duur. De inspectie startte na 2008 met toezicht op deze reductiedoelstelling. Qua *aantal* separaties werd de norm in 2009 gehaald: er waren 10% minder separaties. In 2010 lukte dit niet; de afname was 5,5%. Die stagnatie lijkt zich in 2011 te continueren (cijfers over 2011 zijn uiteraard nog niet beschikbaar wegens het feit dat 2011 nog niet is afgelopen). De separatieduur lijkt over het algemeen af te nemen, hoewel de laatste jaren minder afdelingen een reductie met 10% konden aantonen.

2.2 **Maatregelen om separaties te voorkomen onvoldoende ingezet**

Er zijn tussen 2008 en 2011 te weinig verbeteringen zichtbaar in het toepassen van preventieve maatregelen die kunnen bijdragen aan het zoveel mogelijk voorkomen van separaties:

- *Gebruik besluitvormingsprotocollen*
Bij het merendeel van de opnameafdelingen kon de inspectie niet uit de dossiers opmaken of de hulpverleners bij separaties een besluitvormingsprotocol toepasten. Actief gebruik van dit protocol voorkomt dat zij beslissingen om tot separatie over te gaan onzorgvuldig nemen en dat men onvoldoende kijkt naar alternatieven.
- *Evaluatie met patiënt*
Minder dan de helft van de afdelingen kon aantonen dat zij separaties na afloop met patiënten evalueerden. Terwijl uitkomsten van patiëntevaluaties belangrijke informatie kunnen opleveren voor de preventie van separeren.
- *Inzet van signaleringsplannen*
Slechts een krappe meerderheid van de afdelingen werkte met een signaleringsplan, dat helpt bij het vroegtijdig herkennen van gedrag bij een patiënt dat uiteindelijk kan leiden tot separatie.
- *Beleid bij binnenkomst patiënten*
Het beleid bij de binnenkomst van patiënten was dikwijls ontoereikend. Verantwoord beleid houdt bijvoorbeeld in dat bij opname van een patiënt altijd een nieuwe afweging over separatie plaatsvindt, ook al is deze al door een verwijzer geïndiceerd.

Gunstig is wel dat bij steeds meer instellingen een sterkere focus op het terugdringen van separaties te zien is. Raden van Bestuur zijn duidelijker gaan sturen op preventie en terugdringing. Separatie(preventie)beleid leek voor 2010 eerder een projectmatig karakter te hebben, waarin de verdeling van verantwoordelijkheden binnen instellingen onduidelijk was, of niet formeel vastgelegd.

2.3 **Normen voor effectieve preventie van separaties hoognodig**

Separeren kan minder en moet minder – daar lijken vrijwel alle betrokkenen in de GGZ het over eens. Maar een eenduidig antwoord op de vraag *hoe* dit moet worden bereikt is nog niet geformuleerd, wat ertoe bijdraagt dat aanmerkelijke sectorbrede resultaten uitblijven. De inspectie constateert in dit meerjarentoezicht dat gemeenschappelijke groei in het normenkader rond (het voorkomen van) separaties bij instellingen en veldpartijen te weinig van de grond komt. De totstandkoming van heldere richtlijnen is onontbeerlijk.

Het is opmerkelijk dat er weinig olievlekkerving van een aantal goed presterende afdelingen (*best practices*) naar de rest van de sector plaatsvindt. Ook duurt de

ontwikkeling van de Multidisciplinaire Richtlijn Dwang & Drang (het benodigde normenkader) langer dan voorzien – tot 2013.

2.4 Verdere verbetering registratiewijze cruciaal

Positief is de duidelijke groei in het aantal afdelingen die het zogenoemde Argus-systeem gebruiken voor de registratie van dwangtoepassingen zoals separatie. Met Argus is een veel fijnmaziger en betrouwbaarder registratie mogelijk dan in het Bopz-informatiesysteem (Bopzis), waarmee instellingen nu verplichte meldingen doorgeven aan de inspectie (zie 1.3 van dit rapport).

Echter, ongeveer een derde van de afdelingen registreert nog niet via Argus. Nog meer eenduidige en nauwkeurige registratie van separaties is wel noodzakelijk. Niet alleen om beter zicht te krijgen op precieze separeeraantallen, -duur en -bewegingen per patiënt. Maar ook om de effectiviteit van preventiebeleid te monitoren om patiënten waar mogelijk te vrijwaren van ingrijpende maatregelen als separatie. Een vergelijking van separatiecijfers over meerdere jaren en tussen verschillende afdelingen is op dit moment nog steeds niet goed mogelijk.

3 Handhaving

3.1 Handhaving inspectie 2008-2011

Aan het begin van dit meerjarenonderzoek, in 2008, heeft de inspectie alle instellingen verzocht zich te spiegelen aan de uitkomsten van het toezichtonderzoek bij de selectie opnameafdelingen van dat jaar. De inspectie vroeg de instellingen om voor elk van hun opnameafdelingen afzonderlijk een concreet en toetsbaar plan van aanpak te maken en om waar nodig verbeteringen door te voeren.

Per 2009 zijn alle niet in 2008 bezochte opnameafdelingen van de instellingen getoetst, zodat over de periode 2008-2011 alle opnameafdelingen zijn getoetst. De inspectie heeft per afdeling getoetst op de daadwerkelijk gerealiseerde vermindering van separatie en het beleid om separatie te verminderen. Hoofdstuk 1 beschrijft wat de inspectie precies heeft onderzocht.

Aan elke bezochte afdeling kende de inspectie een eindoordeel toe in termen van risico's op niet-verantwoorde separeerzorg, dat wil zeggen: onterechte (te snelle of te lange) separatie van patiënten. Een overzicht van alle onderzoeksuitkomsten is opgenomen in bijlage 1. De risicoscore bepaalde de maatregelen die de inspectie bij een afdeling trof. De verschillende maatregelen zijn hieronder per risicoprofiel aangegeven, met vermelding van de afdelingen waarvoor deze golden. De maatregelen uit 2008 weken op enkele kleine punten af van het toezicht in de jaren 2009-2011. Zie hiervoor het in 2008 verschenen IGZ-rapport *Voorkomen van separatie vereist versterking van patiëntgerichte zorg*.

Hoewel de steekproef van bezochte afdelingen elk jaar verschilde, werden veel instellingen jaarlijks bezocht. Op die manier heeft de inspectie toegezien op uitvoering van instellingsbeleid. In bijlage 2 wordt per instelling een overzicht van de jaarlijkse risicoscores bij getoetste afdelingen gegeven.

3.1.1 *Afdeling met hoog risico en getroffen maatregelen*

Gedurende dit meerjarentoezicht was er één afdeling waaraan de inspectie de hoogste risicokwalificatie toekende, zie tabel 2. De Raad van Bestuur van de instelling besloot de afdeling te sluiten. De inspectie heeft het toezicht op het separeerbeleid bij de andere afdelingen van deze instelling geïntensiveerd. Maandelijks zijn voortgangsrapportages van het verbeterplan opgevraagd. Daarnaast toetste de inspectie hier met grote regelmaat de dwangtoepassingen, zowel aangekondigd als onaangekondigd. Op basis van dit geïntensiveerde toezicht zijn aanzienlijke verbeteringen in separeerbeleid en -resultaten gemeld. De inspectie hief daarom het geïntensiveerde toezicht begin 2010 op.

Tabel 2

Afdeling met hoog tot zeer hoog risico op niet-verantwoorde separeerzorg

Instelling Naam in 2011 (naam voorheen)	Afdeling	Jaar
Arkin (De Meren)	SPDC Oost	2008

3.1.2 *Afdelingen met matig tot hoog risico en getroffen maatregelen*

Bij de classificatie 'matig tot hoog risico' moest een instelling een plan van aanpak met verbeteracties maken dat werd opgestuurd naar de inspectie. De inspectie

legde een vervolfbezoek af aan alle afdelingen in deze categorie om de voortgang van de verbeteracties te beoordelen en indien nodig bij te sturen. In 2009 en 2010 stelde de inspectie vast dat deze afdelingen door de getroffen maatregelen niet meer in de categorie matig tot hoog risico vielen. In 2011 vinden op het moment van verschijnen van dit rapport de follow-up bezoeken plaats aan afdelingen die in 2011 in deze risicocategorie vielen.

Tabel 3
Afdelingen met matig tot hoog risico op niet verantwoorde separeerzorg

Instelling Naam in 2011 (naam voorheen of locatie)	Afdeling	Jaar
Adm. De Ruyterziekenhuis	PAAZ Goes	2010
Altrecht (loc. RPC Nieuwegein)	SPB Nieuwegein	2008
Altrecht (loc. RPC Woerden)	SPB Woerden	2008
Arkin	Duivendrechtsekade FPK	2010
Arkin	1 ^e Constantijn Huygenstraat	2009
Arkin (Mentrum)	SPDC Noord	2008
Catharina Ziekenhuis	PAAZ	2009
Dimence	Volwassenen 3	2009
Emergis	RGC Kliniek	2011
GGNet	IZ Warnsveld	2008
GGZ Breburg Groep	GAPZ	2010
GGZ Centraal (Meerkanten)	Nieuw Zonneweide	2010
GGZ Centraal (Meerkanten)	Duijnenhof	2009
GGZ Dijk en Duin	Koningsduin G	2009
GGZ Dijk en Duin	Westlinge B	2009
GGZ Drenthe	Beter Leven, Veenhuizen	2011
GGZ Drente	Weierd Beilen	2011
GGZ Drenthe	CIZ Hoogeveen	2011
GGZ Friesland	Kliniek D Heerenveen	2010
GGZ inGeest	Lairesse 1	2009
GGZ Noord-Holland-Noord	PVA	2011
GGZ Oost Brabant, regio Helmond	Volwassenen intensief	2008
GGZ West Noord-Brabant	FPA	2011
Isala klinieken	Weezenlanden, Zwolle	2011

Instelling Naam in 2011 (naam voorheen of locatie)	Afdeling	Jaar
Isala klinieken	PAAZ locatie Sophia	2010
Lentis	Eikenstein Zuidlaren	2011
Máxima Medisch Centrum	PAAZ	2010
Mediant	afdeling Intensieve Zorg Opmaat	2010
Mediant (loc. Helmerzijde, Enschede)	GOA 13-15	2008
Medisch Spectrum Twente	PAAZ Enschede	2011
Mondriaan Zorggroep	BB	2008
Parnassia/Bavo (Bavo RNO Groep, Capelle ad IJss)	Opnameafdeling	2008
Pro Persona (GGZ Nijmegen)	MMk 1	2010
Pro Persona (GGZ Nijmegen)	Langeberg 3	2009
Pro Persona (GGZ Nijmegen)	Langeberg 5	2009
Rivierduinen	Centrum GGZ Midden-Holland	2010
Rivierduinen (GGZ Leiden e.o.)	Opname I	2008
Sinaï Centrum	Opname Volwassenen	2011
Sint Elisabeth Ziekenhuis	PAAZ	2008
Tergooiziekenhuizen	PAAZ	2010
Twee Steden Ziekenhuis	PAAZ	2008
UMC Utrecht	Afd. Psychiatrie	2009

3.1.3

Afdelingen met gering tot matig risico en getroffen maatregelen

Was sprake van de score 'gering tot matig risico', dan vroeg de inspectie de instelling een plan van aanpak op te stellen voor intern gebruik. De inspectie beoordeelde dit plan en besprak het tijdens het jaargesprek met de Raad van Bestuur.

Tabel 4

Afdelingen met gering tot matig risico op onverantwoorde separeerzorg

Instelling Naam in 2011 (naam voorheen of locatie)	Afdeling	Jaar
Altrecht	Wier	2011
Altrecht	Afd. P&V	2011
Altrecht	Barentsz	2010
Altrecht	Roosenburg	2010
Altrecht	SPB Zeist	2009

Instelling Naam in 2011 (naam voorheen of locatie)	Afdeling	Jaar
Altrecht (Willem Arntsz Huis)	Unit A	2008
Arkin	Duivendrechtsekade KIB/LIZ	2010
Bouman GGZ	Afd. Intensieve Zorg	2009
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	PAAZ	2010
Delta Psychiatrisch Centrum	Nieuwehaven en Loodds	2010
Delta Ziekenhuis	CAP Blaak 1	2008
Dimence	Afdeling Spoedeisende Psychiatrie West Overijssel	2010
Dimence	Behandeling Ouderen, Eerdelaan 45, Zwolle	2011
Dimence (Adhesie, loc. Westeres)	gesloten afdeling	2008
Emergis	LZW 90-2	2009
Emergis	VWZ 50-52	2010
Erasmus MC (locatie Dijkzigt)	P1	2008
GGNet	Buurse	2010
GGNet	RGC Doetinchem	2009
GGNet	RGC Winterswijk	2011
GGNet	RGC Zutphen	2011
GGZ Breburg Groep (GGZ Regio Breda)	Crisis, gesloten	2008
GGZ Breburg Groep	De Sprong (jeugd)	2011
GGZ Breburg Groep	JWH4	2010
GGZ Breburg Groep	JWH5	2010
GGZ Breburg Groep	Kliniek Waalwijk	2010
GGZ Breburg Groep	Oosterhout	2009
GGZ Breburg Groep	opnameafdeling Tilburg	2009
GGZ Breburg Groep	PC Zuid	2010
GGZ Centraal (Meerkanten, loc. Veldwijk)	Johannesbos 1	2008
GGZ Centraal (Meerkanten, Regionaal GGZ Centrum Meerzicht)	Opname volwassenen	2008
GGZ Centraal (Symfora Groep, De Rembrandhof)	Kliniek A	2008
GGZ Delfland	Afdeling 17	2010

Instelling Naam in 2011 (naam voorheen of locatie)	Afdeling	Jaar
GGZ Dijk en Duin	Dubbeldiagnose	2011
GGZ Drenthe	Acute en verslavingszorg	2010
GGZ Drenthe	Duurzaam verblijf, Beilen	2011
GGZ Drenthe	Mierik	2011
GGZ Drenthe	Weierd, Beilen	2011
GGZ Drenthe	ZO Drenthe Emmen	2009
GGZ Eindhoven en de Kempen	Dr. Poletlaan	2009
GGZ Friesland (GGZ Zuidwest Friesland, loc. Sneek)	gesloten afdeling Sneek	2008
GGZ Friesland (GGZ Friesland Noord, loc. Franeker)	Cluster Intensieve Zorg	2008
GGZ Friesland	Kliniek D Heerenveen	2009
GGZ Friesland	Kliniek Dammelaan Leeuwarden	2010
GGZ Friesland	Kliniek Drachten	2010
GGZ Friesland (GGZ Friesland Noord, loc. Leeuwarden)	Klinische intensieve zorg	2008
GGZ Friesland	Nij Lankum	2009
GGZ inGeest	Bocholtstraat	2011
GGZ inGeest	Opname 3 (Verhulst)	2010
GGZ inGeest	Walborg	2011
GGZ inGeest	Zuiderpoort	2009
GGZ Noord-Holland-Noord (GGZ Den Helder)	GGZ Noordduyn, gesloten afdeling	2008
GGZ Noord-Holland-Noord	Westfriesland	2010
GGZ Oost Brabant	afd. Intensieve zorg Oss	2009
GGZ Oost Brabant	Huize Padua, Princepeel 2	2011
IJsselmeerziekenhuizen	PAAZ	2009
Laurentius Ziekenhuis	PAAZ	2009
Lentis	Beukenrode, Zuidlaren	2011
Lentis	Winschoten	2009
Lucas/Andreas Ziekenhuis	PAAZ	2008
Mediant	40-44 (Boszijde, opname en diagnostiek NAH)	2011

Instelling Naam in 2011 (naam voorheen of locatie)	Afdeling	Jaar
Mediant	42 (Vijverzijde, opname ouderen)	2010
Orbis (Prins Claus Centrum, Maaslandziekenhuis)	PAAZ	2008
Parnassia/Bavo (Parnassia)	KCAP	2008
Parnassia/Bavo (Parnassia)	KCVG	2010
Parnassia/Bavo (Parnassia)	Kliniek Centrum Ouderen	2010
Pro Persona (GGZ Nijmegen)	Opnamecentrum Aurora	2008
Pro Persona (Gelderse Roos, locatie Veluwe Vallei Riethorst)	Volwassenenkliniek	2008
Reinier van Arkel groep	CIPB	2010
Rivierduinen	GGZ Duin en Bollenstreek	2009
Rivierduinen	GGZ Zoetermeer	2009
Rivierduinen	Langdurige zorg Leiden	2010
Rivierduinen (GGZ Haagstreek)	Lindenhof A2	2008
Rijnstate (Alysis Zorggroep)	PAAZ	2009
Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	PAAZ	2010
St. Antonius Ziekenhuis	PAAZ	2009
UMC St. Radboud	PUK	2009
UMCG	Acute opname 2	2009
UMCG	PUK	2011
Waterland Ziekenhuis	PAAZ	2010
Yulius (De Grote Rivieren)	Kasperspad	2009
Yulius (De Grote Rivieren)	Overkampweg	2009
Yulius (Grote Rivieren, loc. Wijnkoperstr)	A/B	2008
Ziekenhuisgroep Twente	PAAZ Almelo	2010
Ziekenhuisgroep Twente	PAAZ Hengelo	2010

3.1.4

Afdelingen met geen tot gering risico en getroffen maatregelen

Bij de uitkomst 'geen tot gering risico' trof de inspectie geen maatregelen, maar werd de instelling wel gestimuleerd tot verdere ontwikkeling van het beleid om separeren verder terug te dringen.

Tabel 5
Afdelingen met geen tot gering risico op niet verantwoorde separeerzorg

Instelling Naam in 2011 (naam voorheen of locatie)	Afdeling	Jaar
Altrecht	Den Eik	2010
AMC	IC SPDC Zuid-Oost	2011
Amphia Ziekenhuis (loc. Langendijk)	PAAZ	2008
Arkin	TOA	2010
Arkin	Vlaardingenlaan IC	2010
Arkin	Vlaardingenlaan V&P	2010
Emergis	OP OD 2011	2011
GGNet	RGC Zevenaar	2009
GGZ Centraal (Symfora Groep)	Eikenstaete A	2009
GGZ Centraal (Symfora Groep)	Amergaard	2010
GGZ Centraal (Symfora Groep)	Beukenhorst A	2010
GGZ Centraal (Symfora Groep)	Meregaard	2010
GGZ Delfland	B2	2008
GGZ Drenthe	Opnameafdeling CIC, Assen	2009
GGZ Drenthe	Wieken	2011
GGZ Eindhoven en de Kempen	Michelangelolaan	2009
GGZ Eindhoven en de Kempen	ZG1 Acute Zorg	2008
GGZ inGeest (Geestgronden, Spaarnepoort/Hoofddorp)	Opnameafdeling	2008
GGZ Noord en Midden Limburg	CIBU	2010
GGZ Noord en Midden Limburg	RGC Venlo	2009
GGZ Noord en Midden Limburg	RGC Venray gesloten	2009
GGZ Noord-Holland-Noord	Olvendijk	2010
GGZ Oost Brabant	Kliniek adolescenten Helmond	2011
GGZ Oost Brabant	Kliniek vervolgbehandeling	2010
GGZ Oost Brabant	Kliniek Boxmeer	2009
GGZ Westelijk Noord-Brabant	Kliniek 4	2008
Lentis	Kliniek Groningen	2009

Instelling Naam in 2011 (naam voorheen of locatie)	Afdeling	Jaar
Mondriaan Zorggroep	2A	2010
Mondriaan Zorggroep (Psycho-medisch streekcentrum Vijverdal)	KD02	2008
Parnassia/Bavo (Bavo Europoort)	Opname 1, 2 en 3	2010
Pro Persona	Braamberg ouderen	2011
Pro Persona	Siependaal, Tiel	2011
Pro Persona (Gelderse Roos, Arnhem)	Opname volwassenen	2008
Reinier van Arkelgroep	Zilverlinden CAP	2011
Rivierduinen (GGZ Rijnstreek)	Kliniek Rijnaarde	2008
St. Anna Ziekenhuis	PAAZ	2010
Zaans Medisch Centrum	PAAZ	2011

3.1.5 *Kennisgeving resultaten aan de instellingen*

De Raden van Bestuur van de instellingen ontvingen een conceptrapport met de bevindingen over de betrokken afdeling(en) van hun instelling. Zij hadden de mogelijkheid dit voor publicatie te controleren op feitelijke onjuistheden. Alle afzonderlijke afdelingsrapportages zijn net als dit geaggregeerde rapport en de voorgaande jaarrapporten gepubliceerd op www.igz.nl.

In paragraaf 3.3 worden de vervolgacties van de inspectie per 2012 geëxpliciteerd, eerst volgen de aanbevelingen aan veldpartijen, ministerie, wetenschap en zorgverzekeraars.

3.2 **Aanbevelingen**

3.2.1 *Aanbeveling aan veldpartijen: ontwikkel normen voor effectieve preventie*

De inspectie roept de GGZ-instellingen en veldpartijen als GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) op om samen met het Landelijk Platform GGZ te zorgen voor de benodigde voortgang in de ontwikkeling van het normenkader rond verantwoorde separatiezorg en de terugdringing van separaties.

In de optiek van de inspectie ligt de sleutel hiervoor in het motto van *best practice* Siependaal: "een zieke patiënt laat je niet alleen". Dat betekent: patiënten niet separeren, tenzij het niet anders kan. En: ervoor zorgen dat noodzakelijke separaties geen *eenzame opsluiting* inhouden. De manier waarop men in Siependaal werkt, kan als voorbeeld voor andere afdelingen dienen. Hier gaat de verpleegkundige met een patiënt die groepsongeschikt wordt naar een *intensive care unit*. Dat is een ruimte waarin men samen verblijft. Er is een separeerruimte aanwezig; deze wordt gebruikt als de patiënt echt onhanteerbaar wordt. De verpleegkundige blijft steeds in de IC-ruimte, zichtbaar en bereikbaar voor de patiënt.

Het door het veld zelf te ontwikkelen normenkader moet preciezer richting geven aan het handelen van professionals. Met het ministerie van VWS is

afgesproken dat de Multidisciplinaire Richtlijn Dwang & Drang in 2013 gereed is, inclusief normen voor *intensive care* in de GGZ en separatie(preventie)beleid.

- 3.2.2 *Aanbeveling aan het ministerie van VWS: faciliteer normontwikkeling*
De inspectie vraagt het ministerie van VWS om de ontwikkeling van de Multidisciplinaire Richtlijn Dwang & Drang waar mogelijk te faciliteren en toe te zien op spoedige voortgang.
- 3.2.3 *Aanbevelingen aan de wetenschappelijke gemeenschap en beroepsgroepen: doe effectonderzoek*
Het is noodzakelijk dat er meer wetenschappelijk onderzoek wordt verricht naar de effectiviteit van methoden om separaties terug te dringen. De inspectie sluit zich hiermee aan bij onder andere de conclusie in het artikel van Dols en Van Tilburg in het Tijdschrift voor Psychiatrie van november 2010³.
- 3.2.4 *Aanbevelingen aan zorgverzekeraars: selecteer instellingen die aan normen voldoen*
De inspectie adviseert zorgverzekeraars om kwalitatief goede zorg in te kopen bij die instellingen die, inzichtelijk via hun Argus-registratie, reductie in separeren kunnen aantonen en die aantoonbaar voldoen aan de normen voor verplichte consultatie (zie paragraaf 3.3).

3.3 **Vervolgacties per 2012**

In deze paragraaf staan de maatregelen uitgewerkt die de inspectie per 2012 treft om separaties in Nederland daadwerkelijk verder uit te bannen.

De inspectie pleit per 2012 voor separeervrije zorg, tenzij dit op individueel niveau (dus: een specifieke patiënt betreffende, met redenen voor deze situatie omkleed) aantoonbaar niet mogelijk is gebleken ondanks alle mogelijke inspanningen. Die inspanningen betreffen enerzijds het kunnen overleggen van een volledig sluitende registratie van separaties op basis van Argus. Anderzijds betreft dit in- en externe consultatie, op vier verschillende momenten in de tijd, in die gevallen waarin de separatie niet ten einde gebracht kon worden. In geval van noodzakelijke separatie verlangt de inspectie dat instellingen het motto "een zieke patiënt laat je niet alleen" in de praktijk brengen. Niet alleen door zo min mogelijk te separeren, maar ook door ervoor te zorgen dat een noodzakelijke separatie geen eenzame opsluiting inhoudt.

- 3.3.1 *Uitgangspunten verdiept: 'niet separeren, tenzij' en 'uitbannen eenzame opsluiting'*
De focus van het toekomstige inspectietoezicht komt te liggen op de inspanningen van instellingen om een situatie te bereiken waarin separeren niet of nauwelijks meer voorkomt. Dat betekent niet automatisch dat alle separaties tot het verleden moeten behoren. Wel dat er aantoonbaar (in plannen van aanpak, patiëntdossiers en blijkend uit de Argus-registratie) *alles* aan gedaan is om *zo weinig mogelijk* te separeren. Structurele reflectie op alle mogelijke alternatieven voor separeren maakt daar deel van uit. In- en externe consultatie gaat hierbij gelden als norm.

Naast het uitgangspunt 'niet separeren, tenzij' pleit de inspectie voor het uitbannen van eenzame opsluiting. Dat houdt in dat daar waar separatie van een patiënt noodzakelijk is, in elk geval menselijk contact een wezenlijk deel van de aanpak blijft uitmaken. In de huidige praktijk betekent een separatie vaak dat patiënten urenlang alleen gelaten worden. In het meest gunstige geval bestaan contactmomenten uit negen keer een kwartier (voor het brengen van eten/koffie en thee, douchen/wassen, medicatie en dagelijkse beoordeling door een arts of psychiater).

De inspectie heeft in haar toezichtronde vastgesteld dat een aantal instellingen/afdelingen er in slaagt alternatieve vormen voor eenzame opsluiting aan te bieden. Hier hanteert men het motto dat de inspectie sectorbreed zou willen terugzien: "een zieke patiënt laat je niet alleen". Er zijn verschillende manieren waarop dit uitgewerkt kan worden. Bijvoorbeeld via de inzet van medewerkers die ook in de separeerruimte bij of in de directe nabijheid van de patient blijven of via de inzet van technologie in de separeerruimte die de patient de mogelijkheid tot contact leggen geeft. Het is in eerste instantie aan de instellingen zelf om binnen het gestelde kader te komen tot de eigen precieze uitwerking hiervan. De bestaande *best practices* vormen hierbij een goed uitgangspunt. Zie het voorbeeld van de afdeling Siependaal (Pro Persona, voorheen De Gelderse Roos) verderop in dit rapport voor hoe een alternatief er uit kan zien.

3.3.2 *Maatregel 1: Argus bij alle afdelingen*

De inspectie vergt van alle GGZ-instellingen dat zij (voorlopig naast de bestaande Bopzis-registratie, waarbij de intentie is om de Bopzis-registratieverplichting te laten vervallen zodra dit (wettelijk) mogelijk is) per 2012 het Argus-systeem hanteren voor de registratie van vrijheidsbeperkende interventies. Met Argus is een veel fijnmaziger registratie mogelijk dan in het Bopzis-systeem (zie 1.3).

Dit vergt de inspectie vooruitlopend op de nieuwe Wet Verplichte GGZ waarin een registratie als de Argus-systematiek verplicht gesteld wordt. De inspectie krijgt onder de nieuwe wet als toezichthouder de mogelijkheid om de Argus-registratie van instellingen tot op individueel patiëntniveau te raadplegen. Per 2012 zal de inspectie de GGZ- instellingen vragen gegevens uit het Argus-systeem te verstrekken om:

- De verdere reductie van separaties te monitoren.
- Op patiëntniveau te toetsen of separatie het enige alternatief was en of de separatie voldoet aan de geldende normen.

3.3.3 *Maatregel 2: in- en externe consultatie*

Op een viertal momenten –afhankelijk van de lengte van de separatie- is interne of externe consultatie aan de orde:

- 1 Bij separaties die *langer dan zeven dagen* duren^d, wordt de instelling verzocht aan de inspectie aan te tonen dat er een interne consultatie van een onafhankelijke collega-behandelaar (=psychiater of geneesheer-directeur niet bij de behandeling betrokken) over de separatie heeft plaatsgevonden. De inspectie monitort dit in patiëntdossiers. De consultatie betreft het bespreken van mogelijkheden van de-escalatie en bekorting van de separatie, zoals al beschreven in de richtlijn 'Besluitvorming dwang' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; aanbeveling 24.
- 2 Bij separaties die *langer dan 3 weken* duren^e, wordt de instelling verzocht om de onder 1) bedoelde interne consultatie op te schalen. De inspectie monitort dit in patiëntdossiers. De opschaling betreft teamconsultatie (=inschakeling van een teamconsulent die vooral kijkt naar het aandeel van het multidisciplinaire team in de casus). Gezocht moet worden naar alle denkbare mogelijkheden om het team van aanvullende inzichten en handreikingen te voorzien ter beëindiging van de separatie en de inzet van alternatieven.

d Definitie: een separate duurt langer dan zeven dagen indien een patiënt gedurende zeven dagen *aaneengesloten of opgeteld voor meer dan de helft van de tijd* in de separeer verblijft.

e Definitie: een separate duurt langer dan drie weken indien een patiënt gedurende drie weken *aaneengesloten of opgeteld voor meer dan de helft van de tijd* in de separeer verblijft.

- 3 Bij separaties die *langer dan 6 weken* duren^f, wordt de instelling verzocht om de onder 2) bedoelde consultatie op te schalen in de vorm van externe collegiale consultatie. Hiervoor wordt met vergelijkbare teams uit collega-instellingen een zogenaamd casusoverleg gehouden. Bij dit overleg zijn alle eerder bij de casus betrokken experts aanwezig. De inspectie monitort dit in patiëntdossiers. Buiten de muren van de instelling wordt gezocht naar alle denkbare mogelijkheden om het team van aanvullende inzichten en handreikingen te voorzien ter beëindiging van de separatie en de inzet van alternatieven.
- 4 Bij separaties die *langer dan 3 maanden* duren^g, wordt de instelling verzocht om een verplichte externe consultatie te laten uitvoeren. Dit houdt in dat de instelling aan de inspectie moet kunnen aantonen dat zij externe experts heeft geraadpleegd van buiten de instelling en anderen dan de onder drie genoemde betrokkenen. Aan deze verplichting kan worden voldaan door inschakeling van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) of door inschakeling van een kwalitatief vergelijkbaar alternatief. De inspectie controleert dit in patiëntdossiers.

f Definitie: een separate duurt langer dan zes weken indien een patiënt gedurende drie weken *aaneengesloten of opgeteld* voor meer dan de helft van de tijd in de separeer verblijft.

g Definitie: een separate duurt langer dan drie maanden indien een patiënt gedurende drie maanden *aaneengesloten of opgeteld* voor meer dan de helft van de tijd in de separeer verblijft.

4 Resultaten

Dit hoofdstuk bevat de uitkomsten van het inspectieonderzoek naar het separatie- (preventie)beleid en de -praktijk bij psychiatrische opnameafdelingen over de jaren 2008-2011. In bijlage 1 is een lijst opgenomen met alle gegevens en scores per opnameafdeling. In hoofdstuk 3 is aangegeven welke afdelingen in de verschillende risiconiveaus vielen. Bijlage 2 geeft de risicoscores per *instelling* over de jaren heen. In de bijlagen 3 en 4 staat een toelichting op de getoetste normen, waarbij is aangegeven hoe deze zijn beoordeeld.

Jaarcijfers betreffen steeds een andere selectie van afdelingen

Dit hoofdstuk brengt de cijfers over de verschillende jaren van dit onderzoeksproject in tabellen samen. Vaak gaat het daarbij om het jaarlijkse percentage van bezochte afdelingen die aan een bepaalde norm voldoen. Opgemerkt moet worden dat per jaar een andere selectie opnameafdelingen is getoetst. Dit waren ook niet ieder jaar evenveel afdelingen. Dat maakt de jaarcijfers onderling strikt genomen niet goed vergelijkbaar. De afdelingen maken echter deel uit van een beperkt aantal grote geïntegreerde GGZ-instellingen. Veel instellingen waren meerdere jaren met een afdeling in de steekproef vertegenwoordigd. Om de ontwikkelingen in het veld enigszins in kaart te brengen kiest de inspectie ervoor om de jaarcijfers daarom toch naast elkaar te presenteren. De verwachting was dat uitkomsten van een eerder jaar zouden leiden tot verbeteringen bij alle afdelingen in het jaar erna.

Jaarcijfers (aantallen en duur) gaan over het voorgaande jaar

De aantallen en percentages die in de tabellen bij een bepaald jaar zijn genoemd, zijn in dat jaar *verzameld*. De reductiegegevens hebben echter betrekking op *het jaar ervoor*. Het toezicht van de inspectie op de reductie van separatie richtte zich steeds op het voorbije jaar. Dat betekent bijvoorbeeld dat in 2010 is gevraagd naar de reductie in separaties die in 2009 was bereikt.

Resultaten extra analyses 2008 in bijlage 5

In het jaar 2008 was sprake van een extra onderzoeksvraag: Met welke structuur- en proceskenmerken hangen gevonden verschillen tussen de instellingen in aantallen en duur van de separatie samen? Omdat hiernaar in de navolgende jaren geen onderzoek werd gedaan, is de beantwoording van deze vraag apart opgenomen in bijlage 5. Deze bijlage maakte eerder deel uit van het jaarrapport van het separeertoezicht in 2008 *Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg*.

4.1 Globale tendens 2008-2011

4.1.1 *Jaarlijkse reductie in aantal en duur van separaties gestagneerd*

Norm

Het GGZ-veld heeft zich ten doel gesteld om separaties jaarlijks met 10% te verminderen.

Toelichting: Voor het monitoren van de afname in het aantal separaties heeft de inspectie zowel de landelijke Bopzis-cijfers geraadpleegd, als de gegevens die de inspectie tijdens de jaarlijkse bezoeken bij de afdelingen verzameld over *alle* toegepaste separaties (al dan niet onder dwang en zowel bij vrijwillig als onvrijwillig opgenomen patiënten). Zie voor verdere toelichting over gebruikte cijfers par. 1.3.

In de landelijke Bopzis-cijfers is te zien dat er in 2009 op nationaal niveau (gemiddeld over alle opnameafdelingen) 10% minder separaties waren. In 2010 werd de 10%-norm niet langer gehaald; de reductie betrof 5,5%. Definitieve cijfers over 2011 zijn pas beschikbaar in 2012. Daarom kan over 2011 nog niets worden gezegd.

Tabel 6
Aantal gedwongen separaties bij onvrijwillig opgenomen patiënten 2007-2011
(bron: Bopzis)

Jaar	Aantal separaties	Verandering ten opzichte van het voorgaande jaar	Peildata
2007	5885	+ 2	november 2006 tot november 2007
2008	6016	+ 2,2	november 2007 tot november 2008
2009	5422	- 10,0%	november 2008 tot november 2009
2010	5124	- 5,5%	november 2009 tot november 2010

Van de in totaal 125 afdelingen die de inspectie van 2009 tot 2011 bezocht (2008 geen cijfers), waren er 28 (22%) die een daling van 10% in zowel aantal als duur van separaties konden aantonen. In de laatste toezichtronde, van 2011, betroffen dit 5 van de 33 (15%) bezochte afdelingen.

Tabel 7
Percentage afdelingen met $\geq 10\%$ reductie van separatie (per jaarlijkse steekproef van opnameafdelingen)

	2008 afdelingen N=39	2009 afdelingen N=41	2010 afdelingen N=51	2011 afdelingen N=33
Aantal <u>en</u> duur separaties	NO	25	25	15
Alleen aantal	NO	17	16	24
Alleen duur	NO	34	31	18
Geen reductie	NO	17	12	24
Niet te beoordelen	NO	7	16	19
Totaal	NO	100%	100	100

NO= niet onderzocht

Over de *duur* van separaties zijn geen landelijke cijfers beschikbaar, maar het aantal afdelingen dat de duur met 10% wist te reduceren is de laatste jaren kleiner geworden.

De categorie 'Niet te beoordelen' was in 2010 en 2011 relatief groot (resp. 16% en 19%). Redenen daarvoor waren bijvoorbeeld dat afdelingen:

- Een andere functie (bijvoorbeeld: opnamafdeling of niet) hadden gekregen, waardoor er tijdelijk veel minder of juist meer (gedwongen) opnames waren.
- Eerst niet over een separeerverblijf beschikten en het jaar erna wel.
- In twee navolgende jaren niet op dezelfde wijze registreerden waardoor de jaarcijfers onvergelykbaar waren.

4.1.2

Uitkomsten jaarlijkse steekproef verspreidden zich niet naar de andere afdelingen

De jaarlijkse uitkomsten en aanbevelingen naar aanleiding van het inspectietoezicht leken zich weinig te verspreiden van de selectie onderzochte afdelingen naar de rest van de sector. Afdelingen die in een jaar werden bezocht, verbeterden zich onder toezicht oog van de inspectie op de gestelde randvoorwaarden. Hiervan ging echter geen 'olievlekwerking' uit (ook niet binnen instellingen), want *andere* afdelingen, die de inspectie het jaar erna beoordeelde, scoorden soms weer ongeveer hetzelfde. In alle jaren was bij circa een kwart van de onderzochte afdelingen sprake van de op een na hoogste risicoclassificatie: een matig tot hoog risico op niet verantwoorde separeerzorg. Het hoogste risiconiveau werd één keer geconstateerd bij een afdeling in 2008. Ongeveer de helft van de afdelingen kwam in elk jaar uit op het oordeel van een gering tot matig risico. Een vijfde tot een kwart viel doorgaans in het laagste risiconiveau (geen tot gering risico).

Tabel 8

Percentage risicoclassificaties per jaarlijkse steekproef van opnameafdelingen

Risicoclassificatie	2008 (N=39)	2009 (N=41)	2010 (N=51)	2011 (N=33)
Geen tot gering risico	20	20	25	24
Gering tot matig risico	46	56	53	46
Matig tot hoog risico	31	24	22	30
Hoog tot zeer hoog risico	3	-	-	-
Totaal	100	100	100	100

Hoewel elk jaar andere afdelingen de steekproef vormden, was de verwachting dat het aandeel van de niveaus 'geen tot gering risico' en 'gering tot matig risico' zou stijgen, en de groep 'matig tot hoog risico' steeds kleiner zou worden. Dit bleek niet het geval te zijn.

Best practice Accare: vermindering separaties met 99%

De crisisafdeling van Accare (voor jongeren met een psychiatrische aandoening en een licht verstandelijke handicap) verminderde in enkele jaren het aantal separaties met 99%: van 250 separaties per jaar naar 1 in 2010.

Van beheersmatige naar individueel gerichte aanpak

Een belangrijke stap was daarbij om minder beheersmatig naar de groep jongeren op te treden. Dat hield bijvoorbeeld in: het afschaffen van veel afdelingsregels. Het zorgde voor een cultuuromslag. Waar voorheen op de afdeling allerlei regels waren die door iedere hulpverlener op dezelfde manier moesten worden gehandhaafd, ontstond langzamerhand een klimaat waarbij werd uitgegaan van de individuele vragen en behoeften van de jongeren. Met het verdwijnen van veel regels (bijvoorbeeld over het tijdstip van naar bed gaan, roken en eetgewoonten) verdwenen ook veel heftige conflicten die aanleiding gaven tot separatie. De meer individuele en patiëntgerichte aanpak betekende daarnaast dat er meer aandacht kwam voor de stoornis waarvoor de jongere was opgenomen. Kortom: meer behandelen en minder beheersen van gedrag.

Patiënten kregen perspectief, meer bedden kwamen beschikbaar

De structuurveranderingen hadden behalve minder separaties nog andere positieve effecten. De nieuwe aanpak zorgde ervoor dat de jongeren en het gezin waaruit zij kwamen meer toekomstperspectief kregen. In plaats van een uitzichtloze situatie werd de opname eerder een onderbreking van een overwegend ambulante behandeling. Was de gemiddelde opnameduur voorheen twee jaar, na enige tijd nam die flink af.

Ambulante behandeling werd het uitgangspunt. Dat betekende een structurele verandering in de behandelorganisatie. Met minder en korter klinisch werken kwamen meer bedden beschikbaar die men nu, als het nodig is, snel kan inzetten voor korte crisisopnames. Daarmee wordt voorkomen dat, door lange wachttijden, totaal ontwrichte thuissituaties ontstaan.

In dezelfde periode breidde Accare haar ambulante werkzaamheden en aanbod sterk uit (aantal poliklinieken groeide van 4 naar 11), waardoor een veel gericht ambulante aanbod dicht bij de woonomgeving van de jongere plaats kon vinden. Op deze manier anticipeert de instelling dus veel beter en eerder in op de hulpvraag van de jongere en het gezin.

Door een combinatie van maatregelen is het deze afdeling gelukt om het aantal separaties fors te reduceren en dat ook over meerdere jaren vol te houden.

Best practice-afdeling Siependaal (Pro Persona): intensive care units

De opnameafdeling Siependaal in Tiel heeft al heel wat jaren de doelstelling om het aantal separaties terug te dringen en indien mogelijk het separeren geheel te voorkomen. Eén van de middelen die men daarvoor inzet is *intensive care* in een speciaal daarvoor ontworpen ruimte.

Deze *intensive care unit* maakt deel uit van de gesloten opnameafdeling. Binnen de *intensive care unit* vindt intensieve psychiatrische zorg plaats, gericht op cliënten met ernstige psychiatrische problematiek. Doelstelling is stabilisatie van het ziektebeeld met behoud van contact waarbij het uitgangspunt is dat er zoveel mogelijk één-op-één-begeleiding wordt gegeven. Daarnaast richt men zich op het versterken van controle over eigen handelen en de preventie van escalerende situaties.

In de praktijk betekent dit dat wanneer de veiligheid van de patiënt of diens omgeving op de reguliere afdeling niet meer te garanderen is, de patiënt naar de *intensive care unit* verhuist. Verpleegkundigen gaan mee naar de unit en blijven bij de patiënt. Het motto is: "een zieke patiënt laat je niet alleen". In uitzonderlijke situaties vindt separatie wel plaats, maar is er altijd een verpleegkundige in de nabijheid zodat het contact behouden blijft.

Op deze wijze slaagt de afdeling er in om het aantal separaties al heel wat jaren stabiel laag te houden en wordt eenzame opsluiting voorkomen.

4.2 Punten van vooruitgang

4.2.1 Registraties via het Argus-systeem

Norm

Vrijheidsbeperkende interventies zoals separatie worden met behulp van de Argusset geregistreerd. De Argusgegevens worden op instellingsniveau geaggregeerd en aantoonbaar teruggekoppeld naar de teams die deze informatie gebruikt om de handelwijze te evalueren en bij te stellen.

Toelichting: De inspectie toetst deze norm omdat het gebruik van de Argus-registratie een fijnmaziger beeld geeft van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals separaties (zie verder 1.3).

Het percentage van de bezochte afdelingen in een jaar dat werkte met de nauwkeurige Argus-registratie is na verloop van tijd steeds hoger geworden. In 2011 was dit 73% van de in dat jaar bezochte afdelingen, terwijl dat in de steekproef van 2008 bij minder dan een kwart van de afdelingen het geval was.

Tabel 9

Percentage van de bezochte afdelingen in een jaar dat 'operationeel' of 'geborgd' scoorde op de toezichtnorm 'Registratie via Argus'

Toezichtnorm	2008 (N=39)	2009 (N=41)	2010 (N=51)	2011 (N=33)
Registratie via Argus	<25	46	65	73

Toelichting op de beoordelingswijze:

Voor een score *operationeel* op deze toezichtnorm gold een aantal vereisten. Niet alleen werden in dat geval vrijheidsbeperkende interventies zoals separaties met behulp van het Argus-systeem geregistreerd. Ook werden de Argus-gegevens op instellingsniveau geaggregeerd en aantoonbaar intern teruggekoppeld aan teams. De hoogste score op deze norm, *geborgd*, werd toegekend als deze interne terugkoppeling systematisch (bijvoorbeeld op gezette tijden) plaatsvond, en teams de informatie aantoonbaar gebruikten om de eigen handelwijze te evalueren en zo nodig bij te stellen.

4.2.2 Scholing gericht op terugdringen separaties

Norm

De instelling heeft een schriftelijk scholingsplan/beleid voor de afdeling waarin training en deskundigheidsbevordering ter preventie van separatie en de toepassing van alternatieven zijn opgenomen.

Op het overgrote deel van de opnameafdelingen werd aantoonbaar scholing en deskundigheidsbevordering over preventie van separeren aangeboden en hadden de afdelingsmedewerkers deze met succes gevolgd. Sinds 2008 is een sterke verbetering te zien op dit punt, met de laatste drie jaar percentages van rond de 90% van de bezochte afdelingen die aan deze toezichtnorm voldeden.

Tabel 10

Percentage van de bezochte afdelingen in een jaar dat 'operationeel' of 'geborgd' scoorde op de toezichtnorm 'Scholing over terugdringen separaties'

Toezichtnorm	2008 (N=39)	2009 (N=41)	2010 (N=51)	2011 (N=33)
Scholing over terugdringen separaties	59	90	86	91

Toelichting op de score: Deze norm is *operationeel* gescoord als in de scholing aandacht was voor de-escalerende vormen van bejegening en alternatieven voor separeren. De inspectie kende de score *geborgd* toe indien scholingsplannen daarnaast op gezette tijden geëvalueerd (en zo nodig bijgesteld) werden.

De afdelingen waar scholing gericht op het verminderen van separaties (nog) geen deel uitmaakte van het beleid, waren vaak psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. Dit kan komen doordat zij zich vaak pas later aansloten bij het project Dwang & Drang van GGZ Nederland.

4.2.3

Sturing op reductiebeleid

Norm

De Raad van Bestuur wordt volgens beleidsplan elk kwartaal op de hoogte gesteld van de resultaten van het terugdringen van separeren en stuurt aantoonbaar het gevoerde instellingsbeleid actief bij, indien nodig.

De inspectie heeft geconstateerd dat ruim twee derde van de afdelingen hun Raad van Bestuur systematisch (minimaal elk kwartaal) informeerde over de resultaten van het separatie-reductiebeleid. Deze toezichtnorm werd in 2010 voor het eerst getoetst.

Tabel 11

Percentage van de bezochte afdelingen in een jaar dat 'operationeel' of 'geborgd' scoorde op de toezichtnorm 'Sturing op reductieresultaat'

Toezichtnorm	2008 (N=39)	2009 (N=41)	2010 (N=51)	2011 (N=33)
Sturing op reductieresultaat	NO	NO	69	73

NO= niet onderzocht

Toelichting op de score: Bij de afdelingen die aan de norm voldeden, bleek uit de geraadpleegde documenten dat het reductiebeleid zo nodig werd bijgesteld. De Raad van Bestuur stuurde op resultaten in de lijnorganisatie, veelal met de Argus-registratie als uitgangspunt. In het ideale geval maakte het reductiebeleid ook deel uit van de planning & control-cyclus.

4.2.4 *Evaluatie separaties binnen team en instelling*

Norm

Binnen de instelling en afdelingsteams is schriftelijk beleid dat elke separatie regelmatig, maar ook achteraf moet worden geëvalueerd. Deze evaluaties worden aantoonbaar gebruikt voor de aanpassing en verbetering van het afdeling en instellingsbeleid.

Het evalueren van separaties binnen behandelteams gebeurde door de jaren heen op steeds meer opnameafdelingen. Was dit in 2008 nog bij een kwart het geval, in 2011 bij bijna driekwart.

Tabel 12

Percentage van de bezochte afdelingen in een jaar dat 'operationeel' of 'geborgd' scoorde op de toezichtnorm 'Evaluatie binnen team'

Toezichtnorm	2008 (N=39)	2009 (N=41)	2010 (N=51)	2011 (N=33)
Evaluatie binnen team	25	58	57	70

Teams van afdelingen die aan de norm voldeden, gingen niet alleen na waarom gekozen was voor separatie, maar ook of dit te voorkomen was geweest en welke alternatieve interventies beschikbaar waren.

Meer dan de helft van de instellingen evalueerden aantoonbaar de separaties op instellingsniveau. Deze norm werd operationeel gescoord als de evaluaties ook tijdig intern werden teruggekoppeld naar de teams.

Tabel 13

Percentage van de bezochte afdelingen in een jaar dat 'operationeel' of 'geborgd' scoorde op de toezichtnorm 'Evaluatie in instelling'

Toezichtnorm	2008 (N=39)	2009 (N=41)	2010 (N=51)	2011 (N=33)
Evaluatie in instelling	<25	56	61	61

4.3 **Knelpunten**

4.3.1 *Toepassing besluitvormingsprotocol*

Norm

De afdeling heeft schriftelijk beleid of een protocol waarin de procedure en criteria beschreven staan volgens welke kan worden besloten tot separatie. Het beleid bevat ook alternatieven die eerst moeten zijn uitprobeerd.

Over alle jaren heen bleek dat het merendeel van de opnameafdelingen niet feitelijk kon aantonen dat men een besluitvormingsprotocol gebruikte bij het overgaan tot separatie. De inspectie ging hiervoor in dossiers na of naar het protocol verwezen

werd. In het meest recente onderzoek van 2011 bleek dit bij 36% van de afdelingen het geval.

Tabel 14

Percentage van de bezochte afdelingen in een jaar dat 'operationeel' of 'geborgd' scoorde op de toezichtnorm 'Protocol besluitvorming'

Toezichtnorm	2008 (N=39)	2009 (N=41)	2010 (N=51)	2011 (N=33)
Protocol besluitvorming	NO	32	55	36

NO= niet onderzocht

Toelichting op de score: De inspectie heeft deze toezichtnorm streng gehanteerd. Het is van belang dat bij een ingrijpende interventie als separeren voor alle betrokkenen duidelijk is wanneer men deze mag toepassen. Actief en aantoonbaar gebruik van een besluitvormingsprotocol voorkomt dat hulpverleners beslissingen om tot separatie over te gaan onzorgvuldig nemen. Het voorkomt ook dat men onvoldoende naar alternatieven kijkt. In een protocol moet zijn opgenomen welke alternatieven de voorkeur hebben. Men moet ze serieus overwegen alvorens een patiënt te separeren.

In 2008 is deze norm op iets andere wijze getoetst. Er zijn dat jaar twee aparte onderwerpen onderzocht: 1) het werken met een separeerprotocol en 2) de procedure bij besluit tot toepassing van separatie. Daarbij bleek dat driekwart van de 39 onderzochte afdelingen een separeerprotocol had. Maar ook bleek dat de meeste afdelingen het besluitvormingsproces rondom separatie onvoldoende inzichtelijk maakten in de patiëntendossiers. Dit laatste resultaat past bij de resultaten in de tabel hierboven.

4.3.2

Evaluatie van separatie met patiënt

Norm

De afdeling heeft schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie achteraf met de patiënt wordt geëvalueerd. De evaluaties leiden tot aanpassing en verbetering van de handelswijze van de individuele hulpverlener, afdeling of instelling.

Minder dan de helft van de opnameafdelingen kon de afgelopen jaren aantonen dat separaties na afloop met patiënten werden geëvalueerd.

Tabel 15

Percentage van de bezochte afdelingen in een jaar dat 'operationeel' of 'geborgd' scoorde op de toezichtnorm 'Evaluatie met patiënt'

Toezichtnorm	2008 (N=39)	2009 (N=41)	2010 (N=51)	2011 (N=33)
Evaluatie met patiënt	NO	29	51	42

NO= niet onderzocht

Toelichting: Uitkomsten van patiëntevaluaties kunnen belangrijke informatie opleveren voor de preventie van separeren. Idealiter leiden patiëntevaluaties uiteindelijk tot verbeteringen in de hulpverlening.

4.3.3 Preventie van separeren via signaleringsplannen

Norm

De afdeling heeft schriftelijk beleid waarin staat dat gewerkt moet worden met signaleringsplannen ter voorkoming van separatie. Dit beleid wordt aantoonbaar uitgevoerd en op gezette tijden geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

Toelichting: Een signaleringsplan helpt bij het vroegtijdig herkennen van gedrag dat bij een patiënt uiteindelijk kan leiden tot separatie. Een signaleringsplan is daarmee een separatie preventieplan.

Het percentage van de afdelingen dat werkt met signaleringsplannen om separeren vroegtijdig te voorkomen, is de afgelopen jaren opgeklimmen. Waren dit in 2009 11 van de 41 (27%) bezochte afdelingen, in 2011 ging het om 20 van de 33 (61%).

Tabel 16

Percentage van de bezochte afdelingen in een jaar dat 'operationeel' of 'geborgd' scoorde op de toezichtnorm 'Signaleringsplannen'

Toezichtnorm	2008 (N=39)	2009 (N=41)	2010 (N=51)	2011 (N=33)
Signaleringsplannen	NO	27	49	61

NO= niet onderzocht

Toelichting op de score: De inspectie controleert of het plan in overleg met de patiënt en eventuele naasten tot stand is gekomen. In het plan moet concreet gedrag van de patiënt beschreven staan dat zou kunnen leiden tot een onhanteerbare gevaarlijke situatie. Daarbij is aangegeven welke maatregelen en afspraken escalatie in dat geval kunnen voorkomen.

Best practice: CrisisMonitor

Een uitgewerkt voorbeeld van vroegsignalering is de Crisis Monitor⁴. Met dit meet-instrument kunnen hulpverleners risico's op escalatie in het gedrag van patiënten op de afdeling voor acute psychiatrische zorg taxeren. Bavo Europort testte het instrument in 2007 met succes. Het werken met de CrisisMonitor leidde tot een significante daling in het aantal separatie-uren en geweldsincidenten.

4.3.4 Beleid bij binnenkomst patiënten

Norm

Het schriftelijke beleid over separeren bij binnenkomst wordt aantoonbaar uitgevoerd en op gezette tijden geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Toelichting: Verantwoord beleid houdt in dat bij opname van een patiënt altijd een nieuwe afweging en beoordeling voor een eventuele separatie plaatsvindt, ook al is deze bijvoorbeeld al door de verwijzer geïndiceerd of wordt een patiënt geboeid of onder politiebegeleiding binnengebracht. Er is aandacht voor een zo gastvrij mogelijke ontvangst waarbij behalve een rustige omgeving ook eten, drinken, contact met de buitenwereld en praktische zorg voor bijvoorbeeld achtergebleven huisdieren geboden wordt. Daarnaast dient de patiënt uitleg te krijgen over de situatie en over de afdeling. Met andere woorden: de komst van de patiënt is voorbereid en er is aandacht voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

De afgelopen jaren toonden een wat wisselend beeld wat betreft de mate waarin werd voldaan aan zorgvuldig beleid bij de opname van patiënten. In 2008 en 2009 voldeed iets meer dan een derde van de afdelingen aan de norm, in 2010 60%, maar in 2011 viel dit terug naar 52%.

Tabel 17

Percentage van de bezochte afdelingen in een jaar dat 'operationeel' of 'geborgd' scoorde op de toezichtnorm 'Beleid bij binnenkomst'

Toezichtnorm	2008 (N=39)	2009 (N=41)	2010 (N=51)	2011 (N=33)
Beleid bij binnenkomst	35	37	61	52

Toelichting op de score: Afdelingen die *operationeel* scoorden op deze toezichtnorm legden schriftelijk vast hoe hulpverleners een zojuist opgenomen patiënt moet opvangen. Naleving van dit beleid konden deze afdelingen ook aantonen.

5 Summary

Between 2008 and 2011, the Health Care Inspectorate assessed all 164 in-patient psychiatric units in the Netherlands with regard to their policy on the use of patient segregation, and policy intended to reduce such use. The findings to date have been presented in annual reports covering 2008, 2009 and 2010.

This investigation was originally prompted by a number of factors, not least the high degree of inconsistency in the use of segregation measures in the Netherlands. In addition, there were indications that the use of segregation was relatively common. The practice of (forcibly) confining a patient in a bare room raises political, social and professional concerns. The mental health care field has undertaken to reduce the use of segregation by 10% per annum, in terms of both frequency and duration. The purpose of the Inspectorate's study is to ensure that institutions have formulated and implemented an appropriate policy in pursuit of this target, and that results are indeed being achieved.

The Inspectorate conducted monitoring visits to all in-patient psychiatric units in which segregation is, or can be, applied. The assessment centred on efforts to achieve the annual 10% reduction. An analysis was made of each individual unit's records, as well as data regarding the segregation of patients who have been involuntarily committed to an institution under the Special Admissions to Psychiatric Hospitals Act (*Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen*, BOPZ), for which a separate national register is maintained. The Inspectorate also examined the units' use of nine alternative measures which are intended to minimize the necessity of segregation.

The Inspectorate notes that there has been no further reduction in the use of segregation since 2010. Alternative measures are not being applied to an adequate degree. The most notable shortcomings can be seen in the application of decision-making protocols and plans intended to anticipate potential problems, post-segregation evaluations involving the patient himself or herself, and thorough assessment of the patient on admission.

There are no clear field norms for the effective prevention of segregation. The sector lacks information regarding effective alternative interventions which would serve to reduce the use of segregation in a responsible manner. There are some institutions which have achieved a significant reduction in the use of segregation through alternatives such as 'intensive care units' or a different approach to patient interaction. However, these good-practice examples are not yet being emulated by other units to an adequate degree. One area in which progress has been made is that a greater number of institutions now use the highly detailed Argus registration system. Similarly, many institutions have adopted a more systematic approach to reducing or eliminating the use of segregation measures, as opposed to the more *ad hoc* approach seen in the past.

The field is to produce a set of norms but this is unlikely to become available until at least 2013. In the meantime, the Inspectorate is to impose more stringent requirements. The Inspectorate calls for the complete abandonment of segregation in 2012, unless it can be shown that all other options have been tried and have failed. Any such case must be carefully recorded at the individual patient level, with sufficient reasons given for the use of segregation in that particular situation. Institutions will be required to submit a complete record of all instances of patient

segregation using the Argus system. They must also be able to show that there was due consultation, involving both internal and external parties, on at least four occasions.

In those cases in which segregation does appear to be the only option, the Inspectorate wishes to see all institutions working according to the principle of "a sick patient must never be left alone". This entails that segregation must never amount to solitary confinement.

Literatuur

- 1 Janssen WA, Noorthoorn EO, Vries WJ de. Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 2009, 64 (6); p. 457-469.
- 2 GGZ Nederland. De krachten gebundeld: ambities van de GGZ. 2004.
- 3 Dols A, Tilburg W van. Terugdringen van separaties, waar staan we en hoe verder? Een opiniërende bijdrage. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2010; 52 (11); p. 775-783.
- 4 Sande, R. van der, Hellendoorn, E., Roosenschoon, B.J., Noorthorn, E.O., Nijman, H.L.I., Staak, C. van der & Mulder, C.L. De Crisismonitor. Het signaleren van agressie en het voorkomen van separatie. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 64 (6); p. 540-550.

Bijlage 1 Verdeling aantal cliënten over locaties en zorgaanbieders

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evaluëren met patiënt	Evaluëren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eendoordeel	
Adhesie, loc. Westeres (Almelo), Stg.	Dimence	Gesloten afdeling	2008	2008																													Gering / matig
Altrecht, locatie RPC Nieuwegein	Altrecht	SPB Nieuwegein	2008	2008																													Matig/ hoog
Altrecht, locatie RPC Woerden	Altrecht	SPB Woerden	2008	2008																													Matig/ hoog
Altrecht, locatie Willem Arntsz Huis	Altrecht	Unit A	2008	2008																													Gering/ matig
Amphia Ziekenhuis, locatie Langendijk	Amphia Ziekenhuis, locatie Langendijk	PAAZ	2008	2008																													Geen/ gering
Bavo RNO Groep, Capelle aan den IJssel	Parnassia/Bavo	Opname	2008	2008																													Matig/ hoog

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	Gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	Gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	Gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	Gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	Gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	Gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel	
Delta Ziekenhuis	Delta Ziekenhuis	CAP Blaak 1	2008	2008																													Gering/ matig
Erasmus MC, locatie Dijkzigt	Erasmus MC, locatie Dijkzigt	P1	2008	2008																													Gering/ matig
Geestgronden (Spaarnepoort/Hooftdorp)	GGZ inGeest	Opname-afdeling	2008	2008																													Geen/ gering
Gelderse Roos, locatie Veluwe Vallei (Riethorst)	Pro Persona	Volwassenenkliniek	2008	2008																													Gering/ matig
Gelderse Roos, locatie Wolfheze	Pro Persona	Braamberg Opname Volwassenen	2008	2008																													Geen/ gering
GGNet	GGNet	IZ Warnsveld	2008	2008																													Matig/ hoog
GGZ Delfland	GGZ Delfland	B2	2008	2008																													Geen/ gering

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evaluëren met patiënt	Evaluëren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel	
GGZ Den Helder	GGZ Noord-Holland-Noord	GGZ Noordoeyne, Gesloten afdeling	2008	2008																													Gering/ matig
GGZ Eindhoven	GGZ Eindhoven en de Kempen	ZG1 Acute Zorg	2008	2008																													Geen/ gering
GGZ Friesland Noord, locatie Franeker	GGZ Friesland	Cluster Intensieve Zorg	2008	2008																													Gering/ matig
GGZ Friesland Noord, locatie Leeuwarden	GGZ Friesland	Klinisch intensieve zorg	2008	2008																													Gering/ matig
GGZ Nijmegen	Pro Persona	Opnamecentrum Aurora	2008	2008																													Gering/ matig
GGZ Oost Brabant, regio Helmond	GGZ Oost Brabant, regio Helmond	Volwassenen intensief	2008	2008																													Matig/ hoog
GGZ Regio Breda	GGZ Breburg Groep	Crisis, gesloten	2008	2008																													Gering/ matig
GGZ Westelijk Noord-Brabant	GGZ Westelijk Noord-Brabant	Kliniek 4	2008	2008																													Geen/ gering

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	Gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evaluëren met patiënt	Evaluëren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel	
GGZ Zuidwest Friesland, locatie Sneek	GGZ Friesland	Besloten of gesloten afdeling	2008	2008																													Gering/ matig
Grote Rivieren, de loc. Wijnkoperstraat	Yulius	A/B	2008	2008																													Gering/ matig
Lucas/ Andreas Ziekenhuis	Lucas/ Andreas Ziekenhuis	PAAZ	2008	2008																													Gering/ matig
Mediant, loc. Helmerzijde (Enschede)	Mediant	GOA 13-15	2008	2008																													Matig/ hoog
Meerkanten, loc. Veldwijk	GGZ Centraal	Johannesbos 1	2008	2008																													Gering/ matig
Meerkanten, Regionaal GGZ centrum Meerzicht	GGZ Centraal	Opname volwassenen	2008	2008																													Gering/ matig
Mentrum	Arkin	SPDC Noord	2008	2008																													Matig/ hoog

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	Gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evaluëren met patiënt	Evaluëren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel	
Meren, de	Arkin	SPDC Oost	2008	2008																													Hoog/ zeer
Mondriaan Zorggroep	Mondriaan Zorggroep	BB	2008	2008																													Matig/ hoog
Parnassia	Parnassia/Bavo	KCAP	2008	2008																													Gering/ matig
Prins Claus Centrum, Maaslandziekenhuis	Orbis	PAAZ	2008	2008																													Gering/ matig
Psycho-medisch Streekcentrum Vijverdal	Mondriaan Zorggroep	KD02	2008	2008																													Geen/ gering
Rivierduinen, GGZ Haagstreek	Rivierduinen	Lindenhof A2	2008	2008																													Gering/ matig
Rivierduinen, GGZ Leiden en omstreken	Rivierduinen	Opname I	2008	2008																													Matig/ hoog
Rivierduinen, GGZ Rijnstreek	Rivierduinen	Kliniek Rijnaarde	2008	2008																													Geen/ gering

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
Sint Elisabeth Ziekenhuis (Tilburg)	Sint Elisabeth Ziekenhuis (Tilburg)	PAAZ	2008	2008																				Matig/ hoog
Symfona Groep, De Rembrandhof	GGZ Centraal Rembrandhof	Kliniek A	2008	2008																				Gering/ matig
Twee Steden Ziekenhuis	Twee Steden Ziekenhuis	PAAZ	2008	2008																				Matig/ hoog
Altrecht	Altrecht	SPB Zeist	2009	2009						77	1,7	73	2,7	26	1,7									gering/ matig
Alysis Zorggroep	Rijnstate	PAAZ	2009	2009						16	6,1	14	6,1	2	4,5	ja	Geborgd	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	gering/ matig
Arkin	Arkin	1e Const. Huygenstraat	2009	2009						51	10	63	12,1	49	3,3	duur	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig		matig/ hoog

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel	
Bouman GGZ	Bouman GGZ	afd. Intensieve Zorg	2009	2009										64	5	57	3,4	geen opgave	geen opgave			ja	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig		gering/ matig	
De Grote Rivieren	Yulius	Kasperspad	2009	2009										103	251	102	291	56	geen opgave	geen opgave			aantal	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel		gering/ matig	
De Grote Rivieren	Yulius	Overkampweg	2009	2009										193	447	161	483	121	geen opgave	geen opgave			aantal	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Operationeel		gering/ matig
Dimence	Dimence	Volwassenen 3	2009	2009										91	geen opgave				0,42				duur	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig		matig/ hoog
Emergis	Emergis	LZW 90-2	2009											95	18	87	8	1	geen opgave				duur	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel		gering/ matig	

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel	
GGNet	GGNet	RGC Doetinchem	2009	2009										6				geen opgave	geen opgave			niet	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Geborgd		gering/ matig
GGNet	GGNet	RGC Zevenaar	2009	2009										0	0	2	4	0	0			ja	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd		geen/ gering	
GGZ Breburg Groep	GGZ Breburg Groep	Oosterhout	2009	2009										geen opgave	geen opgave	geen opgave	geen opgave	geen opgave	geen opgave			geen opgave	Aanwezig	Geborgd	Aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Aanwezig		gering/ matig	
GGZ Breburg Groep	GGZ Breburg Groep	Tilburg opname afdeling	2009	2009										109	geen opgave	141	0,4	17	0,5			aantal	Operationeel	Geborgd	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig		gering/ matig	
GGZ Dijk en Duin	GGZ Dijk en Duin	Koningsduin G	2009											geen opgave	geen opgave	geen opgave		geen opgave	1,6							duur	Niet aanwezig	Operationeel	Aanwezig			matig/ hoog	

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evaluëren met patiënt	Evaluëren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
GGZ Dijk en Duin	GGZ Dijk en Duin	Westlinge B	2009	2009										geen opgave	geen opgave	geen opgave	4,5	geen opgave	1,6			duur	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	matig/ hoog
GGZ Drenthe	GGZ Drenthe	ZO Drenthe Emmen	2009	2009										322	geen opgave	460	geen opgave	178	0,3			niet	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd	gering/ matig	
GGZ Drenthe	GGZ Drenthe	Opname afd. CIC te Assen	2009	2009										30	4,7	40	1,2	28	5,6			niet	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Geborgd	geen/ gering	
GGZ Eindhoven en de Kempen	GGZ Eindhoven en de Kempen	dr. Poletlaan	2009	2009										geen opgave	geen opgave	933	0,9	228	9,5			duur	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Geborgd	gering/ matig	
GGZ Eindhoven en de Kempen	GGZ Eindhoven en de Kempen	Michelangelolaan	2009	2009										geen opgave	geen opgave			geen opgave				duur	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Geborgd	geen/ gering		

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
GGZ Friesland	GGZ Friesland	Kliniek D te Heerenveen	2009	2009										32	geen opgave	38	geen opgave	geen opgave	geen opgave			niet	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	gering/ matig
GGZ Friesland	GGZ Friesland	Nij Lankum te Franeker	2009	2009										geen opgave	14	geen opgave	23	geen opgave	2			duur	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Operationeel	gering/ matig	
GGZ inGeest	GGZ inGeest	Zuiderpoort	2009	2009										geen opgave	2,7	geen opgave	1,8	geen opgave	0,8			ja	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	gering/ matig	
GGZ inGeest	GGZ inGeest	Lairesse 1	2009	2009										geen opgave	2,3	geen opgave	3,1	geen opgave	geen opgave			aantal	Niet aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	matig/ hoog	
GGZ Nijmegen	Pro persona	Langeberg 3	2009	2009										geen opgave				77	0,48			niet	Niet aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	matig/ hoog		

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evaluëren met patiënt	Evaluëren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
GGZ Nijmegen	Pro persona	Langeberg 5	2009	2009										geen opgave	geen opgave	35	0,2	403	0,125			duur	Niet aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	matig/ hoog	
GGZ Noord en Midden Limburg	GGZ Noord en Midden Limburg	RCG Venray gesloten	2009	2009									67	0,3	43	0,4	10	0,4			ja	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd	geen/ gering		
GGZ Noord en Midden Limburg	GGZ Noord en Midden Limburg	RCG Venlo	2009	2009									83	0,3	68	0,4	7	0,3			ja	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Geborgd	geen/ gering		
GGZ Oost Brabant	GGZ Oost Brabant	Kliniek Boxmeer	2009	2009									geen opgave	geen opgave	10	1,8	9	1,3			duur	Operationeel	Geborgd	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	geen/ gering	
GGZ Oost Brabant	GGZ Oost Brabant	afd. Intens.Zorg Oss	2009										16	3,7	52	1,8	12	1,3			duur	Aanwezig	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	gering/ matig		

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel		
Lentis	Lentis	Kliniek Groningen	2009	2009						98	3	139	3	20	3	ja	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd	geen/ gering
Lentis	Lentis	Winschoten	2009	2009						40	7	45	5	17	3	ja	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd	gering/ matig
Meerkanten	Meerkanten	Duijnenhof	2009	2009						78	9	295	2	15	1	duur	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	matig/ hoog	
Rivierduinen	Rivierduinen	GGZ Z'meer	2009	2009						27	4,7	30	4,3	7	33,2	niet	Operationeel	Geborgd	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	gering/ matig	
Rivierduinen	Rivierduinen	GGZ Duin en Bollenstr.	2009							57	geen opgave	51	geen opgave	6	geen opgave		Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig		gering/ matig		

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
Symfora Groep	GGZ Centraal	Eikenstaete A	2009	2009										geen opgave	3	geen opgave	4	geen opgave	3,5			niet	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Geen/ gering	
UMC Groningen	UMC Groningen	Acute opname 2	2009	2009										22	5,4	49	1,15	2	geen opgave			niet	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	gering/ matig	
UMC St. Radboud	UMC St. Radboud	PUK	2009	2009										25	6,9	25	5,3	2	geen opgave			ja	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	gering/ matig	
UMC Utrecht	UMC Utrecht	Afd. Psychiatrie	2009	2009										geen opgave	geen opgave	62	5,4	geen opgave	geen opgave			niet	Niet aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	matig/ hoog		
Ziekenhuis, Catharina	Ziekenhuis, Catharina	PAAZ	2009																				Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	matig/ hoog			

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
Ziekenhuis, Laurentius	Ziekenhuis, Laurentius	PAAZ	2009	2009										39	0,8	19	0,6	6	0,3			ja	Niet aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd	Niet aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig		gering/matig
Ziekenhuis, Sint Antonius	Ziekenhuis, Sint Antonius	PAAZ	2009	2009										26	2,5	26	3	3	geen opgave			aantal	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig		gering/matig
Ziekenhuizen, IJsselmeer	Ziekenhuizen, IJsselmeer	PAAZ	2009	2009										9	0,4	6	1,2	3	4			aantal	Operationeel	Niet aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig		gering/matig
Arkin	Arkin	TOA	16-2-2010	2010	349	30,0	344	31,8	305	27,0			Ja	80	30,0	65	4,7	84	2,9			Duur	Operationeel	Geborgd	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geen/gering	
Arkin	Arkin	Vlaardingenvlaan IC	16-2-2010	2010	349	30,0	344	31,8	305	27,0			Ja	0		13	6,8	18	1,2			Duur	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geen/gering

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evaluëren met patiënt	Evaluëren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel	
Arkin	Arkin	Vlaardingenlaan V&P	16-2-2010	2010	349	30,0	344	31,8	305	27,0			Ja	0		1	39,0	12	3,8			Duur	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geen/ gering
Meerkanten	GGZ Centraal	Nieuw Zonneweide	19-2-2010	2010	9-9.	9-9.	572	32,5					Niet te beoordelen	9-9	9-9	92	55,4					Niet te beoordelen	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Matig/ hoog	
Mediant	Mediant	42 (Vijverzijde, opname ouderen)	23-2-2010	2010	276	5,5	240	6,4	242	6,8			Nee	2	2,5	7	12,4	6	5,7			Ja	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Operationeel	Gering/ matig	
Mediant	Mediant	IZ Afdeling Intesieve Zorg de Opmaat	24-2-2010	2010	276	5,5	240	6,4	242	6,8			Nee	53	4,4	29	17,6	31	8,9			Duur	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Operationeel	Matig/ hoog		
GGz Breburg Groep	GGz Breburg Groep	GAPZ	2-3-2010	2010	9-9.	9-9.	811	1,5	1257	1,5			Niet te beoordelen	3	5,0	18	2,5	41	1,9			Duur	Niet aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Matig/ hoog		

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	Gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	Gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	Gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	Gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	Gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	Gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
GGz Breburg Groep	GGz Breburg Groep	Kliniek Waalwijk	9-3-2010	2010	9.g.	9.g.	811	1,5	1257	1,5			Niet te beoordelen	g.g.	g.g.	25	38,8	74	35,6			Niet te beoordelen	Operationeel	Geborgd	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Gering/matig
Waterlandziekenhuis	Waterlandziekenhuis	PAAZ	12-3-2010	2010										8	3,3	10	3,2	4	2,5			Ja	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Gering/matig
GGZ inGeest	GGZ inGeest	Opname 3 (Verhulst)	18-3-2010	2010	9.g.	9.g.	573	2,1	604	1,7			Duur	35	1,5	65	35,9	51	38,7			Aantal	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Gering/matig
Arkin	Arkin	Duivendrechtsekad e FPK	19-3-2010	2010	349	30,0	344	31,8	305	27,0			Ja	24	##	18	161,4	17	176,7			Nee	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Matig/ hoog
Arkin	Arkin	Duivendrechtsekad e KIB/LIZ	19-3-2010	2010	349	30,0	344	31,8	305	27,0			Ja	24	##	24	168,0	21	121,6			Ja	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Gering/matig

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evaluëren met patiënt	Evaluëren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
GGz Breburg Groep	GGz Breburg Groep	PC Zuid	23-3-2010	2010	9-9.	9-9.	811	1,5	1257	1,5			Niet te beoordelen	50	2,9	104	1,4	129	1,4			Niet te beoordelen	Aanwezig	Geborgd	Niet aanwezig	Aanwezig	Geborgd	Operationeel	Niet aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Gering/matig
Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	PAAZ	23-3-2010	2010										0	0,0	4		2				Aantal	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Gering/matig
GGNet	GGNet	Buurse	24-3-2010	2010	317	4,0	293	4,4	433	4,6			Nee	86	7,7	42	6,0	106	4,0			Duur	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Gering/matig
GGZ Nijmegen	Pro persona	MMk 1	31-3-2010	2010	9-9.	9-9.	497	3,4	1353	6,3			Niet te beoordelen	9-9.	9-9.	1	14,0	37	7,7			Niet te beoordelen	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Matig/ hoog
GGz Breburg Groep	GGz Breburg Groep	JWH4	2-4-2010	2010	9-9.	9-9.	811	1,5	1257	1,5			Niet te beoordelen	9-9.	9-9.	34	2,0	45	1,7			Operationeel	Geborgd	Aanwezig	Geborgd	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Geborgd	Niet aanwezig	Gering/matig	

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel	
Symfora Groep	GGZ Centraal	Amergaard	2-4-2010	2010	715	3,9	509	4,3	432	4,3			Aantal										Aantal	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Geen/ gering
GGz Breburg Groep	GGz Breburg Groep	JWH5	8-4-2010	2010	9.g.	9.g.	811	1,5	1257	1,5			Niet te beoordelen	g.g.	g.g.	288	1,5	226	1,6			Niet te beoordelen	Aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Geborgd	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Operationeel	Gering/ matig	
GGZ Friesland	GGZ Friesland	Kliniek Drachten	8-4-2010	2010	153	4,2	490	4,9	392	5,3			Aantal	g.g.	g.g.	23	3,0	35	3,8			Nee	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Gering/ matig	
Symfora Groep	GGZ Centraal	Beukenhorst A	9-4-2010	2010	715	3,9	509	4,3	432	4,3			Aantal	34	10,0	59	2,6	63	1,8			Duur	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Geen/ gering
Reinier van Arkel groep	Reinier van Arkel groep	CIPB	22-4-2010	2010	942	0,1	275	0,2	194	0,2			Aantal	91	0,1	85	0,1	91	0,0			Duur	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Geborgd	Gering/ matig	

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
Symfora Groep	GGZ Centraal	Meregaard	23-4-2010	2010	715	3,9	509	4,3	432	4,3			Aantal	72	5,9	55	9,9	55	7,2			Duur	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Geen/ gering
St. Anna Ziekenhuis	St. Anna Ziekenhuis	PAAZ	27-4-2010	2010										19	9,9	20	3,5	8	2,5			Ja	Niet aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Operationeel	Geen/ gering
GGZ Noord-Holland-Noord	GGZ Noord-Holland-Noord	Olvendijk	29-4-2010	2010	141	18,0	177	7,5	241	3,5			Duur	33	4,0	50	13,2	43	2,3			Ja	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Geen/ gering
GGZ Noord- en Midden-Limburg	GGZ Noord- en Midden-Limburg	CIBU	6-5-2010	2010	9,9	9,9	325	0,6	295	0,6			Aantal	9,9	9,9	9,9	9,9	35	0,7			aantal	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Geborgd	Geborgd	Geen/ gering
Altrecht	Altrecht	Den Eik	10-5-2010	2010	9,9	9,9	667	3,1	645	2,4			Duur	9,9	9,9	30	2,0	18	3,4			Aantal	Niet aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Geen/ gering

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
Dimence	Dimence	Afdeling Spoedeisende Psychiatrie West Overijssel	10-5-2010	2010									Niet te beoordelen	24	2,7	20	3,5	32	3,4			Duur	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Gering/ matig
GGZ Drenthe	GGZ Drenthe	Acute en Verslavingszorg	11-5-2010	2010	135	3,3	101	1,9	92	1,5			Ja	9	3,3	16	1,3	10	1,2			Ja	Aanwezig	Geborgd	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd	Geborgd	Gering/ matig
Delta Psychiatrisch Centrum	Delta Psychiatrisch Centrum	Nieuwehaven en Loodds	18-5-2010	2010	347	0,5	366	0,5	375	0,6			Niet te beoordelen	59	0,4	453	0,4	165	0,4			Niet te beoordelen	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Gering/ matig
GGZ Delfland	GGZ Delfland	Afdeling 17	19-5-2010	2010	341	4,6	293	5,5	290	5,7			Nee	68	6,8	81	6,5	70	4,9			Ja	Geborgd	Geborgd	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Gering/ matig
Máxima Medisch Centrum	Máxima Medisch Centrum	PAAZ	19-5-2010	2010										31	8,6	20	15,1	18	2,8			Niet te beoordelen	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Matig/ hoog	

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
Isala klinieken	Isala klinieken	PAAZ locatie Sophia	9-6-2010	2010										10	2,5	11	3,3	17	2,1			Duur	Niet aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Matig/ hoog
GGZ Friesland	GGZ Friesland	Kliniek D Heerenveen	10-6-2010	2010	153	4,2	490	4,9	392	5,3			Aantal	2	1,0	30	5,4	35	4,7			Duur	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Matig/ hoog	
Parnassia	Parnassia/Bavo	KCVG	10-6-2010	2010	344	10,0	###	3,2	952	5,0			Aantal	30	16,8	28	5,6	37	3,0			Duur	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Geborgd	Gering/ matig
Parnassia	Parnassia/Bavo	Kliniek Centrum Ouderen	10-6-2010	2010	344	10,0	###	3,2	952	5,0			Aantal	13	31,0	20	5,3	26	1,8			Duur	Geborgd	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Niet aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Geborgd	Gering/ matig
Bavo Europoort	Parnassia/Bavo	Opname 1, 2 en 3	15-6-2010	2010	109	1,9	155	1,5	194	2,3			Niet te beoordelen	109	1,9	155	1,5	194	2,3			Niet te beoordelen	Geborgd	Geborgd	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Geen/ gering

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evaluëren met patiënt	Evaluëren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
Mondriaan Zorggroep	Mondriaan Zorggroep	2A	17-6-2010	2010	782	9,9	405	11,4	231	7,6			Ja	43	9,9	10	4,8	3	2,2			Ja	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd	Geborgd	Operationeel	Geen/ gering	
Ziekenhuisgroep Twente	Ziekenhuisgroep Twente	PAAZ Hengelo	22-6-2010	2010	20		21		24				Niet te beoordelen	1	12,0	3	11,0	2	7,0			Ja	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Gering/ matig
Ziekenhuisgroep Twente	Ziekenhuisgroep Twente	PAAZ Almelo	22-6-2010	2010	20		21		24				Niet te beoordelen	19	8,5	19	4,8	22	3,3			Duur	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Gering/ matig
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	PAAZ	23-6-2010	2010										10	9,9	3	2,6	8	7,3			Nee	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Aanwezig	Gering/ matig
Rivierduinen	Rivierduinen	Langdurige Zorg Leiden	23-6-2010		531	9,9	588	9,9	454	9,9				25	9,9	25	9,9	27	9,9				Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Gering/ matig

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	Gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel	
Tergooiziekenhuizen	Tergooiziekenhuizen	PAAZ	16-7-2010	2010																													
Rivierduinen	Rivierduinen	Centrum GGZ Midden-Holland	22-7-2010	2010	531	9.g.	588	9.g.	454	9.g.			Aantal	116	9.g.	135	9.g.	91	9.g.			Aantal	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Matig/ hoog
Altrecht	Altrecht	Barentsz	28-9-2010	2010	9.g.	9.g.	667	3,1	645	2,4			Duur	9.g.	9.g.	34	13,4	18	4,1			Ja	Niet aanwezig	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Gering/ matig		
Altrecht	Altrecht	Roosenburg	30-9-2010	2010	9.g.	9.g.	667	3,1	645	2,4			Duur	9.g.	9.g.	28	4,3	24	2,2			Ja	Niet aanwezig	Geborgd	Niet aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Gering/ matig	
GGZ Noord-Holland-Noord	GGZ Noord-Holland-Noord	PVA	13-1-2011	2011	141	14,0	177	6,0	214	3,0	280	1,5	Duur	9.g.	9.g.	55	0,1	48	0,2	48	0,8	Nee	Niet aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Matig/ hoog		

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evaluëren met patiënt	Evaluëren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
GGZ Dijk en Duin	GGZ Dijk en Duin	Dubbeldiagnose	24-1-2011	2011	242	6,7	362	3,6	380	3,1	204	5,1	Aantal	39	5,1	31	3,7	33	1,8	12	3,0	Aantal	Niet aanwezig	Geborgd	Aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Geborgd	Aanwezig	Gering/ matig
Zaans Medisch Centrum	Zaans Medisch Centrum	PAAZ	27-1-2011	2011										11	4,6	9	3,4	4	5,5	6	2,0	Duur	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	n.v.t.	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geen/ gering
Pro persona	Pro persona	Braamberg ouderen	1-2-2011	2011	9.g.	9.g.	261	3,2	203	4,5	121	3,2	Ja	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	1,0	Ja	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geen/ gering
Reinier van Arkel groep	Reinier van Arkel groep	Zilverlinden CAP groep	1-2-2011	2011	9.g.	9.g.	275	3,6	206	4,3	235	8,0	Nee	9.g.	9.g.	13	5,0	19	1,5	15	11,0	Aantal	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Geen/ gering
GGZ Breburg Groep	GGz Breburg Groep	De Sprong (jeugd) Groep	8-2-2011	2011	9.g.	9.g.	528	0,3	687	0,4	670	0,3	Nee	9.g.	9.g.	24	0,4	62	0,3	33	0,4	Aantal	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Gering/ matig

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
Lentis	Lentis	Beukenrode Zuidlaren	11-2-2011	2011	9.g.	9.g.	134	9.g.	252	3,2	233	9.g.	Nee	13	9,3	11	5,6	18	4,8	42	3,7	Duur	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Gering/ matig
Lentis	Lentis	Eikenstein Zuidlaren	11-2-2011	2011	9.g.	9.g.	134	9.g.	252	3,2	233	9.g.	Nee	27	1,3	28	2,4	30	4,5	45	3,2	Duur	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Matig/ hoog
Medisch Spectrum Twente	Medisch Spectrum Twente	PAAZ Enschede	17-2-2011	2011										9.g.	9.g.	9.g.	9.g.	10	3,1	11	3,2	Nee	Niet aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Matig/ hoog
GGZ inGeest	GGZ inGeest	Bocholtstraat	22-2-2011	2011	9.g.	9.g.	573	2,2	605	1,6	485	2,3	Aantal	9.g.	9.g.	9.g.	9.g.	9.g.	1,3	28	2,3	Aantal	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Operationeel	Geborgd	Gering/ matig
GGZ inGeest	GGZ inGeest	Walborg	22-2-2011	2011	9.g.	9.g.	573	2,2	605	1,6	485	2,3	Aantal	9.g.	9.g.	9.g.	9.g.	9.g.	1,3	28	2,3	Aantal	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Operationeel	Geborgd	Gering/ matig

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evaluëren met patiënt	Evaluëren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
Pro persona	Pro persona	Tiel/Siependaal	22-2-2011	2011	9-9.	9-9.	261	3,2	203	4,5	121	3,2	Ja	4	9-9.	8	1,0	6	4,3	6	3,0	Duur	Operationeel	Geborgd	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd	Geborgd	Geen/ gering	
Isala klinieken	Isala klinieken	Weezenlanden, Zwolle	23-2-2011	2011	9-9.	9-9.	18	9-9.	25	9-9.	34	9-9.	Nee	9-9.	9-9.	7	9-9.	8	9-9.	8	3,1	Nee	Niet aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Matig/ hoog	
Mediant	Mediant	40-44 (Boszijde, Opname en diagnostiek NAH)	1-3-2011	2011	276	5,5	240	6,4	242	6,8	795	0,4	Niet te beoordelen	9-9.	9-9.	9-9.	9-9.	9-9.	309	0,2	Niet te beoordelen	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Gering/ matig	
Dimence	Dimence	Behandeling Ouderen, Ferdelaan 45, Zwolle	3-3-2011	2011	9-9.	9-9.	9-9.	9-9.	9-9.	9-9.	1378	0,5	Niet te beoordelen	1	4,0	8	1,4	30	1,3	7	0,0	Ja	Niet aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Gering/ matig	
GGZ West Noord-Brabant	GGZ West Noord-Brabant	FPA	4-3-2011	2011	9-9.	9-9.	306	9-9.	279	9-9.	9-9.	9-9.	Nee	9-9.	9-9.	9-9.	41	0,3	63	0,5	Nee	Operationeel	Geborgd	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Niet aanwezig	Matig/ hoog	

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
Altrecht	Altrecht	Afd. P&V	8-3-2011	2011	g.g.	g.g.	672	3,0	658	2,4	725	2,0	Duur	g.g.	g.g.	23	2,3	23	1,0	46	1,4	Nee	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Gering/ matig
GGZ Drenthe	GGZ Drenthe	Duurzaam Verblijf, Beilen	10-3-2011	2011	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	Nee	g.g.	g.g.	560	g.g.	2661	g.g.	3037	g.g.	ja	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Gering/ matig
GGZ Drenthe	GGZ Drenthe	CIZ, Hoogeveen	10-3-2011	2011	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	Nee	103	g.g.	51	3,5	46	2,0	66	1,5	Duur	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Matig/ hoog
GGZ Drenthe	GGZ Drenthe	Weierd, Beilen	10-3-2011	2011	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	Nee	32	g.g.	32	4,1	49	1,0	47	2,2	Nee	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Matig/ hoog
UMCG	UMCG	PUK	10-3-2011	2011	54	2,7	68	1,4	54	46,8	61	92,3	Nee	23	1,2	19	1,9	23	59,0	16	86,1	Aantal	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Gering/ matig

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
GGZ Drenthe	GGZ Drenthe	Wieken	11-3-2011	2011	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	Nee	87	9.9.	31	2,4	17	0,4	9.9.	9.9.	Ja	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geen/ gering
GGZ Drenthe	GGZ Drenthe	Mierik	11-3-2011	2011	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	Nee	91	9.9.	13	3,6	9	1,9	9.9.	9.9.	Ja	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Gering/ matig
GGZ Drenthe	GGZ Drenthe	Beter Leven, Veenhuizen	11-3-2011	2011	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	Nee	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	52	1,0	Niet te beoordelen	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Matig/ hoog
Altrecht	Altrecht	Wier	17-3-2011	2011	9.9.	9.9.	672	3,0	658	2,4	725	2,0	Duur	9.9.	9.9.	41	1,6	95	0,8	110	0,8	Nee	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Gering/ matig
AMC	AMC	IC SPDC Zuid-Oost	18-3-2011	2011	9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	97	6,0	59	5,8		9.9.	9.9.	9.9.	9.9.	97	6,0	59	5,8	Aantal	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geen/ gering

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
GGZ Oost Brabant	GGZ Oost Brabant	Kliniek Adolescenten Helmond	21-3-2011	2011	g.g.	g.g.	597	0,8	1317	0,4	635	0,5	Aantal	7	1,6	5	0,3	5	0,6	0	0,0	Ja	Geborgd	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Operationeel	Geborgd	Operationeel	Geen/ gering
Sinaï Centrum	Sinaï Centrum	Opname Volwassenen	22-3-2011	2011									Niet te beoordelen	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	13	5,8	Niet te beoordelen	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Niet aanwezig	Matig/ hoog	
Emergis	Emergis	RGC Kliniek	24-3-2011	2011	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	Niet te beoordelen	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	Niet te beoordelen	Niet aanwezig	Operationeel	Niet aanwezig	Operationeel	Operationeel	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Matig/ hoog
GGZ Oost Brabant	GGZ Oost Brabant	Huize padua Princepeel 2	30-3-2011	2011	g.g.	g.g.	597	0,8	1317	0,4	635	0,5	Aantal	g.g.	g.g.	g.g.	g.g.	1110	0,3	502	0,4	Aantal	Operationeel	Aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd	Aanwezig	Aanwezig	Geborgd	Operationeel	Gering/ matig
Emergis	Emergis	OP OD	1-4-2011	2011	g.g.	0,3	g.g.	0,3	g.g.	0,3	g.g.	0,3	Nee	118	0,3	259	0,4	27	0,3	156	0,2	Duur	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Geborgd	Geborgd	Geborgd	Geen/ gering	

Instelling	Naam in 2011	Afdeling	Datum bezoek	Jaar bezoek	Aantal separaties 2007 instelling	Gem. duur 2007 instelling	Aantal separaties 2008 instelling	Gem. duur 2008 instelling	Aantal separaties 2009 instelling	gem. duur 2009 instelling	Aantal separaties 2010 instelling	gem. duur 2010 instelling	voldoet aan 10% norm instelling	Aantal separaties 2007 afdeling	Gem. duur 2007 afdeling	Aantal separaties 2008 afdeling	gem. duur 2008 afdeling	Aantal separaties 2009 afdeling	gem. duur 2009 afdeling	Aantal separaties 2010 afdeling	gem. duur 2010 afdeling	voldoet aan 10% norm afdeling	Beleid binnenkomst	Scholing	Evalueren met patiënt	Evalueren binnen team	evalueren in instelling	Signaleringsplannen	Criteria besluitvorming	Argus-registratie	Sturing op resultaten	eindoordeel
GGNet	GGNet	RGC Zutphen	7-4-2011	2011	317	4,0	293	4,4	433	4,6	332	2,0	Ja	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	Niet te beoordelen	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Gering/ matig
GGNet	GGNet	RGC Winterswijk	7-4-2011	2011	317	4,0	293	4,4	433	4,6	332	2,0	Ja	1	0,7	1	0,4	14	2,0	19	2,7	Nee	Aanwezig	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Operationeel	Aanwezig	Operationeel	Operationeel	Gering/ matig

Bijlage 2 Risicoscores per instellingen in 2008, 2009, 2010 en 2011

g/g=geen tot gering, g/m=gering tot matig, m/h=matig tot hoog en h/zh=hoog tot zeer hoog.

Instelling	2008	2009	2010	2011	Aantal afdelingen
Altrecht	2x m/h 1x g/m	1xg/m	2x g/m 1x g/g	2x g/m	9
Arkin	1x m/h 1x h/zh	1x m/h	3x g/g 1x g/m 1x m/h		8
Bavo	1x m/h		1x g/g		2
Grote Rivieren/Yulius	1x g/m	2x g/m			3
Delta	1x g/m		1x g/m		2
Dimence	1x g/m	1x m/h	1x g/m	1x g/m	4
Emergis		1x g/m	1x g/m	1x g/g 1x m/h	4
GGZ InGeest	1x g/g	1x m/h 1x g/m	1x g/m	2x g/m	6
ProPersona Gelderse Roos	1x g/g 1x g/m			2x g/g	4
ProPersona GGZ Nijmegen	1x g/m	2x m/h	1x m/h		4
GGNet	1x m/h	1x g/g 1x g/m	1x g/m	2x g/m	6
Breburggroep	1x g/m	2x g/m	4x g/m 1x mh	1x g/m	9
GGZ Delftland	1x g/g		1x g/m		2
GGZ Dijk en Duin		2x m/h		1x g/m	3
GGZ Drenthe		1x g/g 1x g/m	1x g/m	1x g/g 3x g/m 3x m/h	10
GGZ Eindhoven	1x g/g	1x g/g 1x g/m			3
GGZ Friesland	3x g/m	2x g/m	2x g/m 1x m/h		8
GGZ N/M Limburg		2x g/g	1x g/g		3
GGZ Noordhollandnoord	1x g/m		1x g/g 1x g/m	1x m/h	4
GGZ Oostbrabant	1x m/h	1x g/m 1x g/g	1x g/g	1x g/g 1x g/m	6
GGZ W/N Brabant	1x g/g			1x m/h	2

Instelling	2008	2009	2010	2011	Aantal afdelingen
Isala klinieken			1x m/h	1x m/h	2
Lentis		1x g/g 1x g/m		1x g/m 1x m/h	4
Mediant	1x m/h		1x g/m 1x m/h	1x g/m	4
GGZ Meerkanten	2x g/m	1x m/h	1x m/h		4
Mondriaan Zorggroep	1x g/g 1x m/h		1x g/g		3
Parnassia	1x g/m		2x g/m		3
Reinier van Arkel			1x g/m	1x g/g	2
Rivierduinen	1x g/g 1x g/m 1x m/h	2x g/m	1x g/m 1x m/h		7
Symforagroep	1x g/m	1x g/g	3x g/g		5
UMC Groningen		1x g/m		1x g/m	2
Ziekenhuisgroep Twente			2x g/m		

Bijlage 3 Toelichting scorekwalificaties

	Niet aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
a. Beleid bij binnenkomst	De afdeling heeft geen schriftelijk beleid bij binnenkomst van patiënt en het plan van aanpak bevat geen onderdeel Beleid bij binnenkomst.	De afdeling heeft schriftelijk beleid bij binnenkomst patiënt, dat voldoet aan in deze toelichting beschreven norm, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel.	Het schriftelijke beleid bij binnenkomst wordt aantoonbaar (in de ingeziene dossiers) bij elke patiënt uitgevoerd.	Het schriftelijke beleid bij binnenkomst wordt aantoonbaar uitgevoerd en op gezette tijden geëvalueerd en zonodig bijgesteld, in overleg met cliëntenraad en OR.
b. Scholing en deskundigheidsbevordering alle medewerkers, gericht op terugdringen van separeren	De instelling heeft geen schriftelijk scholingsplan/beleid voor de afdeling waarin training en deskundigheidsbevordering ter preventie van separatie en toepassing van alternatieven is opgenomen en het plan van aanpak bevat dit onderdeel evenmin.	De instelling heeft voor de afdeling een schriftelijk scholingsplan/beleid dat training en deskundigheidsbevordering ter preventie van separatie en toepassing van alternatieven bevat, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel.	Scholing en deskundigheidsbevordering wordt aantoonbaar (instellingsdocument) periodiek aangeboden en is door alle afdelingsmedewerkers conform het schriftelijke beleid of plan van aanpak met succes gevolgd.	Scholingsplan/beleid wordt aantoonbaar uitgevoerd en op gezette tijden geëvalueerd en zonodig bijgesteld, in overleg met cliëntenraad en OR.
c.1 Evalueren separatie met cliënt	Er is geen schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie achteraf met de patiënt moet worden geëvalueerd en het plan van aanpak bevat dit onderdeel evenmin.	Er is een schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie achteraf met de patiënt moet worden geëvalueerd, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel. De evaluatie gebeurt ook systematisch, aan de hand van een format.	Elke separatie wordt achteraf aantoonbaar (in de ingeziene dossiers) met de patiënt geëvalueerd, conform het schriftelijke beleid/plan van aanpak.	De evaluaties leiden tot aanpassing/verbetering van de handelwijze van individuele hulpverlener, afdeling of instelling.
c.2 Evalueren separatie binnen team	Er is geen schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie regelmatig, en ook achteraf in het team moet worden geëvalueerd en het plan van aanpak bevat dit onderdeel niet.	Er is een schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie regelmatig, en ook achteraf in het team moet worden geëvalueerd, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel.	Elke separatie wordt aantoonbaar (in de ingeziene dossiers) regelmatig en ook achteraf in het team geëvalueerd, conform het schriftelijk beleid.	De evaluaties leiden aantoonbaar tot aanpassing/verbetering van de handelwijze rond separatie van individuele hulpverlener, afdeling of instelling.

	Niet aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
c.3 Evalueren separatie in instelling en terugkoppeling ervan naar team	Er is geen schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie ook instellingsniveau moet worden geëvalueerd en dat deze evaluaties worden teruggekoppeld naar het team en het plan van aanpak bevat dit onderdeel niet.	Er is een schriftelijk beleid waarin is opgenomen dat elke separatie ook instellingsniveau moet worden geëvalueerd en dat deze evaluaties worden teruggekoppeld naar het team, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel.	Alle separaties worden aantoonbaar (in instellingsdocument) op instellingsniveau geëvalueerd en deze evaluaties worden tijdig teruggekoppeld naar het team, conform het schriftelijk beleid.	De evaluaties en terugkoppeling leiden aantoonbaar tot aanpassing/verbetering van de handelwijze van afdeling.
d. Signaleringsplannen	Er is geen schriftelijk beleid waarin staat dat gewerkt moet worden met signaleringsplannen ter voorkoming of terugdringing van separaties team en het plan van aanpak bevat dit onderdeel niet.	Er is een schriftelijk beleid waarin staat dat gewerkt moet worden met signaleringsplannen ter voorkoming of terugdringing van separaties, of het plan van aanpak bevat dit onderdeel. De signaleringsplannen moeten minimaal voldoen aan de in deze toelichting beschreven norm.	Er wordt aantoonbaar (in de ingeziene dossiers) in overleg met elke patiënt een signaleringsplan opgesteld conform het schriftelijk beleid; de signaleringsplannen voldoen aan de in deze toelichting beschreven norm en er wordt aantoonbaar gehandeld volgens het signaleringsplan.	Het schriftelijke beleid over werken met signaleringsplannen wordt aantoonbaar uitgevoerd en op gezette tijden geëvalueerd en zonodig bijgesteld, in overleg met de cliëntenraad en OR.
e. Toepassen van criteria (protocol) voor besluitvorming separeren	Er is geen schriftelijk beleid of protocol waarin procedure en criteria beschreven staan volgens welke kan worden besloten tot separatie en het plan van aanpak bevat dit onderdeel niet.	Er is een schriftelijk beleid of protocol waarin procedure en criteria beschreven staan volgens welke kan worden besloten tot separatie of het plan van aanpak bevat dit onderdeel.	Er wordt aantoonbaar (in de ingeziene dossiers) volgens het schriftelijk beleid of protocol besloten tot separatie.	Het beleid tav besluitvorming rond separatie wordt uitgevoerd en op gezette tijden geëvalueerd en zonodig bijgesteld, in overleg met de cliëntenraad.
f. Registratie (met Argus)	Vrijheidsbeperkende interventies zoals separatie worden niet met behulp van de Argusset geregistreerd.	Vrijheidsbeperkende interventies zoals separatie worden met behulp van de Argusset geregistreerd.	De Argus-registratiegegevens worden op instellingsniveau geaggregeerd en aantoonbaar (instellingsdocument) teruggekoppeld naar de teams.	De Argusregistratie wordt aantoonbaar op gezette tijden teruggekoppeld naar het team, en het team gebruikt deze informatie aantoonbaar (instellingsdocument) om zijn handelwijze te evalueren en bij te stellen.

	Niet aanwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
g. Sturing op resultaten in de lijnorganisatie	De Raad van Bestuur is niet op de hoogte van de resultaten van het terugdringen van separeren en er is geen beleid(splan) volgens welke de RvB op de hoogte gesteld moet worden van de resultaten.	De Raad van Bestuur wordt volgens beleid(splan) minimaal elk kwartaal op de hoogte gesteld van de resultaten van het terugdringen van separeren.	De Raad van Bestuur wordt volgens beleid(splan) minimaal elk kwartaal op de hoogte gesteld van de resultaten van het terugdringen van separeren en stuurt aantoonbaar (instellingsdocument) het gevoerde terugdringingsbeleid actief bij, indien nodig.	De Raad van Bestuur wordt volgens beleid(splan) elk kwartaal op de hoogte gesteld van de resultaten van het terugdringen van separeren, stuurt aantoonbaar (instellingsdocument) het gevoerde terugdringingsbeleid actief bij, indien nodig. Dit beleid maakt deel uit van de Planning & Controlcyclus en wordt jaarlijks geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Bijlage 4 Toelichting normen

Reeds ingezet beleid, beleidsplan of Plan van Aanpak ten aanzien van terugdringen separeren voldoet aan de norm, indien het minimaal de volgende elementen bevat:

- 1 Doelstelling is afname van aantal en duur separaties met minimaal 10% per jaar.
- 2 Beleid bij binnenkomst patiënt.
- 3 Scholing en deskundigheidsbevordering, gericht op terugdringen van separatie.
- 4 Grondige en systematische evaluatie van separatie met patiënt, binnen het team en op instellingsniveau.
- 5 Het gebruik van signaleringsplannen met als uitgangspunt het voorkómen van separatie.
- 6 Het opstellen van zorgvuldige besliscriteria voor het separeren na mogelijke alternatieven.
- 7 Goede documentatie en registratie van separaties met behulp van Argus.

Beleid bij binnenkomst patiënt voldoet aan de norm, indien het schriftelijk is vastgelegd en minimaal de volgende elementen bevat:

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

Signaleringsplan voldoet aan de norm, indien het minimaal de volgende elementen bevat:

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

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

Toelichting op oordeel over mate van risico dat patiënten te snel en/of te lang gesepareerd worden

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

Bijlage 5 Resultaten aanvullende analyses 2008^h

Hieronder volgt een opsomming van de belangrijkste structuur- en proceskenmerken die bijdragen aan de verschillen tussen opnameafdelingen in aantallen en duur van de separatie. Verschillen in systematisch gebruik Argus-registratie en feedback.

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

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

Verschillen in systematisch scholings- en trainingsbeleid

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

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

Verschillen in systematische intervisie en besprekingen

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

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

Verschillen in verslaglegging

Voorbeeldafdelingen gebruiken de aantekeningen in het patiëntendossier over het afwegingsproces dat al dan niet heeft geleid tot separatie, met regelmaat in casuïstiekbesprekingen van het multidisciplinaire team. Hierdoor komt eerste-

^h Eerder beschreven in rapport 2008 *Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg.*

hands informatie direct ten goede aan verbetering van zorg.

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

Verschillen in systematisch onderzoek naar relaties tussen dwang en zorg in opnameklinieken

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

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