

Separeren in de GGZ: Beleid, praktijk en toezicht

Onderzoek naar de vorderingen in het
terugdringen van separaties

Inge Bongers
Esther van den Reek

Beatriz Roman
Mary van den Wijngaart

Lenke Balogh
Anton van Dijk



beleidsonderzoek en advies

Separeren in de GGZ: Beleid, praktijk en toezicht

Onderzoek naar de vorderingen in het terugdringen van separaties

Tilburg, juli 2010

Prof. dr. Inge Bongers

Drs. Esther van den Reek

Drs. Beatriz Roman

Drs. Mary van den Wijngaart

Mr. drs. Lenke Balogh

Anton van Dijk

Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

IVA beleidsonderzoek en advies

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

IVA is gelieerd aan de UvT

© 2010 IVA

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

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

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	v
1 Een onderzoek naar beleid, praktijk en toezicht.....	11
1.1 Aanleiding onderzoek.....	11
1.2 Probleemstelling.....	12
1.3 Doel- en vraagstellingen.....	14
1.3.1 Visie en uitgangspunten op separaties vanuit verschillende stakeholders.....	15
1.3.2 Uitvoering, verantwoording en toezicht op dwang- en drangmaatregelen beleid.....	17
1.3.3 Separeren in de praktijk.....	19
1.4 Leeswijzer.....	21
2 Onderzoeksgroepen en -methodieken.....	23
2.1 Onderzoeksopzet.....	23
2.2 Onderzoekspopulatie.....	23
2.2.1 Selectie stakeholders macro-niveau.....	23
2.2.2 Selectie instellingen meso- en micro-niveau.....	24
2.3 Onderzoeksmethoden.....	25
2.3.1 Visie en uitgangspunten op separaties vanuit verschillende stakeholders.....	25
2.3.2 Uitvoering, verantwoording en toezicht op dwang- en drangmaatregelen.....	27
2.3.3 Separaties in de praktijk.....	27
3 Bevindingen op macro niveau.....	31
4 Bevindingen op meso niveau.....	45
5 Bevindingen op micro niveau.....	57
6 Beschouwing.....	63

Bijlage 1: Verklarende woordenlijst.....	69
Bijlage 2: Analyse Bopzis	73
Bijlage 3: Bevindingen enquête Ypsilon	77

Samenvatting

Dit onderzoek beschrijft het huidige separeerbeleid en –praktijk in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Nederland. Separeren vormt een vrijheidsbeperkende interventie waarbij een cliënt eenzaam wordt opgesloten in een daarvoor bestemde ruimte. De laatste jaren is de praktijk van separeren binnen de GGZ steeds meer onder druk komen te staan. Partijen streven er naar om de toepassing van separatie terug te dringen. De vraag is in hoeverre partijen hierin ook daadwerkelijk slagen.

In opdracht van het ministerie van VWS is een grotendeels kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarbij de betrokken partijen op macro, meso en micro niveau binnen de velden beleid, uitvoering en toezicht zijn gehoord. Op macro-niveau zijn vertegenwoordigers van VWS, GGZNederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Stichting PVP, vertrouwenspersonen in de zorg en het Landelijk Platform GGZ geïnterviewd. Daarnaast is er een internationaal panel van Europese experts geraadpleegd. De onderzoekspopulatie op meso- en microniveau bestond uit de Inspectie voor de Gezondheidszorg en betrokken partijen binnen zeven Bopz aangemerkte GGZ-instellingen. Daarnaast zijn analyses opgenomen van Bopzis en Argus registratiegegevens ten aanzien van het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies en is een survey uitgezet onder leden van Ypsilon.

Visie, uitgangspunten, omstandigheden en toepassing van separaties in de Nederlandse GGZ vanuit het oogpunt van stakeholders op macroniveau

Uitgangspunten en omstandigheden voor separeren in de GGZ

Volgens de stakeholders is er een duidelijk positieve cultuuromslag gaande binnen de GGZ. Separaties worden tegenwoordig niet meer gezien als een passende behandeling, maar als een beveiligingsmethode waarbij de cliënt zelf of anderen in bescherming moeten worden genomen in situaties waarbij er sprake is van gevaar dat voortvloeit uit een geestesstoornis. Iedereen is er van overtuigd dat separeren geen toepassing meer is die vanzelfsprekend thuishoort in de GGZ. Dwangtoepassingen moeten tot een minimum worden teruggebracht en tegelijkertijd dient een optimaal therapeutisch klimaat te worden geboden. Alle stakeholders zijn het erover eens dat de focus van het separeerbeleid en –praktijk moet verschuiven van het terugdringen van separaties naar het voorkomen hiervan. Voorkómen is wenselijker dan substitutie (terugdringen van separatie door ander vrijheidsbeperkende maatregelen) en er moet worden ingezet op het vermijden van separaties door alternatieve interventies zoals intensieve zorgvormen (High Care) en het voorkomen van situaties die tot dwang kunnen leiden (preventieve zorg). Volgens stakeholders onderneemt het veld stappen om dit te realiseren maar is er nog een weg te gaan door het vergroten van de kennis omtrent alternatieven en preventieve

inzet, het uitbreiden van het arsenaal aan mogelijke alternatieve en preventieve interventies en borging van initiatieven c.q. projecten in de organisatie.

Separaties in verhouding tot substitutie, alternatieven en preventieve maatregelen

In Nederland wordt separeren het meest toegepast ten opzichte van andere dwang- en drangmaatregelen. Het beeld bestaat dat er sprake is van een verschuiving van separatie naar dwangmedicatie („chemische separatie”) en van een semantische terugdringing waarbij ruimten en technieken voor (eenzame) opsluiting worden gebruikt die wettelijk gezien geen separatie inhouden. Voor beide beelden bestaat echter geen onderbouwing uit bijvoorbeeld registratiegegevens. De beelden verdienen echter wel nadere aandacht en toetsing.

Een belangrijke algemene gedachtegang is dat andere vrijheidsbeperkende interventies geen alternatief vormen voor separatie. Instellingen richten zich steeds meer op echte alternatieve benaderingswijzen die wel een behandeling omvatten en die er op gericht zijn om in contact te blijven met de client. Hierbij is beleidsmatige, personele en financiële borging van belang. In dit kader wordt gesproken over het faciliteren van verpleegkundigen, personeelsbezetting, multidisciplinaire samenwerking, overleg in de triade client, naasten en professional, en meer clientgerichte zorg op de afdeling. Gedachte is dat clienten in een crisissituatie juist niet alleen gelaten moeten worden. Een belangrijk stap in de preventie van separatie vormt het inzetten op ambulante zorg en het betrekken van de gehele zorgketen. Er zou meer transmuraal gewerkt moeten worden en er zouden meer mogelijkheden gerealiseerd moeten worden om mensen thuis te begeleiden en/of te kunnen voorzien in een gedeeltelijke opname.

Uit gegevens van het Bopzis registratiesysteem blijkt het aantal separaties onder dwang in 2009 gedaald te zijn met circa 18 procent ten opzichte van 2008. Wel zijn er duidelijke verschillende ontwikkelingen tussen instellingen; er is niet overal sprake van een (sterke) daling. Andere dwangtoepassingen die relatief vaak gebruikt worden zijn afzondering en medicatie. Bij het aantal afzonderingen is in 2009 een daling zichtbaar van circa 15 procent ten opzichte van 2008. Het gebruik van dwangmedicatie is nagenoeg gelijk gebleven.

Internationaal perspectief

Verschiedende Europese experts hebben gereflecteerd op de Nederlandse praktijk van dwang en drang vanuit hun eigen nationale optiek. Dwangtoepassingen vinden in alle betrokken landen plaats. Veelal gaat het om dwangmedicatie, fixatie en „separeren”. Het separeren vindt echter op een andere wijze plaats dan in Nederland; vaak zijn het afzonderingsmethoden waarbij de client niet alleen gelaten wordt. Zo heeft men in Noorwegen zogeheten seclusion areas: afzonderingsafdelingen waarbij een client nooit alleen is maar toch gescheiden van anderen zorg kan ontvangen. In Zweden vindt kortdurende separatie plaats onder supervisie. In Ierland en Duitsland zijn er ruimten en technieken voor continue observatie van de client. Of wordt separeren veelal als laatste middel toegepast.

Aanknopingspunten verbetering uitvoeringspraktijk Wet Bopz

De Wet Bopz regelt de gedwongen opnamen en behandeling van cliënten. Volgens stakeholders is de Wet Bopz niet toekomstbestendig. De wet wordt gedragen en is werkbaar, maar is te ingewikkeld en niet eenduidig. Inhoudelijke kanttekeningen bij de wet zijn gerelateerd aan de focus op het afwenden van gevaar door gedwongen opname. Er zijn beperkte mogelijkheden om - al dan niet onder dwang - te voorzien in vraaggerichte behandeling en preventief c.q. ambulante te handelen. Het nieuwe wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg gaat inhoudelijk met de tijd mee en stakeholders staan positief tegen de bredere mogelijkheden tot (verplichte) zorg en de versterkte positie van de cliënt en zijn/haar naasten. Wel vreezen verschillende partijen meer bureaucratie.

Uitvoering, verantwoording en toezicht op dwang en drang: het meso niveau

Partijen op meso niveau geven, evenals de partijen op macro niveau, aan dat er sprake is van een cultuuromslag waarbij separatie wordt beschouwd als een onwenselijke beheersmaatregel. Het belang van inzetten op alternatieven voor en preventie van separatie wordt eveneens benadrukt. Op meso niveau wordt het belang van kennisdeling en verspreiding van best practices extra benadrukt.

Waarmaken rol van betrokken partijen bij het terugdringen van separaties

Volgens betrokken partijen nemen instellingen hun verantwoordelijkheden op voor het terugdringen van separaties. Uiteenlopende initiatieven en processen doen zich in het veld voor. Maar de daadwerkelijke uitvoeringspraktijk en het blijvend anders werken slijpelt nog onvoldoende door in instellingen. De uitdaging voor de komende jaren zit hem in het laten vallen van het label „project” en het structureel borgen van de ingeslagen weg. Algeheel oordeel is dat de „nieuwe” visie op separeren top-down aangestuurd moet worden, maar dat een „opinion leader” op de werkvloer van belang is voor het creëren van draagkracht. Hierbij spelen organisatiefactoren zoals afdelingscultuur, leiderschap, zichtbaarheid projectleider, mate van kennisdeling tussen professionals, aandacht vanuit het bestuur en een actieve cliëntenraad een duidelijke rol.

Patiëntenvertrouwenspersonen kunnen hun rol voldoende waarmaken bij het terugdringen van separaties. Ook het thematisch toezicht van IGZ heeft dit verder op scherp gezet. Een deel van de instellingen heeft de inspectie een verbeteringslag zien doormaken. De inspectie zou volgens verschillende partijen meer mogen inzetten op een kwalitatieve vorm van toezicht waarbij ook aandacht is voor advisering.

De laatste jaren zijn er ook in toenemende mate structuurveranderingen zichtbaar binnen GGZ-instellingen. Zo hebben sommige instellingen het besluit genomen om verschillende separeerruimtes te sluiten. Er wordt echter gevreesd voor ongewenste effecten van het terugdringen van separaties zoals een afname in veiligheid voor het personeel en een „glazen opnamedeur” waarbij cliënten die in aanmerking komen voor separaties worden doorgesluist naar andere afdelingen of instellingen. Het

terugdringen van separaties vraagt om een goed flankerend beleid met betrekking tot het (verpleegkundig) personeel door bijvoorbeeld trainingen, een gastvrijheidsmodel, gebouwelijke aanpassingen en het mogelijk maken van meer intensieve zorgvormen. Doorn in het oog zijn de landelijk ingezette bezuinigingen waardoor de personele inzet op veel plekken is of wordt teruggebracht, terwijl het verminderen van separaties vraagt om meer tijd en ruimte. Alle partijen geven aan dat de rek eruit is: het terugdringen van separaties met dezelfde of mindere inzet van middelen op een veilige manier is niet mogelijk.

Naast het terugdringen van het aantal separaties wordt ook gestreefd naar een afname in de duur. Als separatie dan toch noodzakelijk is dan dient zo snel mogelijk te worden overgegaan tot mobilisatie of re-integratie van de client. Ook wordt in toenemende gewerkt aan maatwerk tijdens gedwongen separaties waarbij humaniteit voorop staat.

Meldingsbereidheid van dwangtoepassingen aan IGZ

Instellingen zijn verplicht om dwangtoepassingen te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zowel IGZ als instellingen zetten vraagtekens bij de kwaliteit van de meldingen. Een minder optimale registratie hangt vooral samen met een gebrekkige implementatie op de werkvloer van het meldingsbeleid op instellingsniveau. Daarnaast wordt de meldingsplicht als extra last op de werkdruk ervaren. Het laten liggen van de administratie leidt tot vertekening en om tijdswinst te boeken worden slechts algemene schetsen beschreven. Ook is op operationeel niveau onbekendheid omtrent wat, wanneer door wie gemeld moet worden. Het is veelal geen kwestie van onwil, maar door omstandigheden lukt het niet altijd om dwangtoepassingen te melden zoals dat zou moeten.

Op beleidsniveau en bij professionals is duidelijk behoefte aan meer gedetailleerde sturingsinformatie. In dit kader wordt gesproken over de verplichtstelling van het specifiekere registratiesysteem Argus in plaats van Bopzis. In Argus worden alle toepassingen van vrijheidsbeperkende interventies geregistreerd. In Bopzis alleen dwangtoepassingen die gemeld moeten worden aan inspectie.

Initiatieven voor terugdringen van separatie en vorderingen

Er is over de instellingen heen een grote variatie aan initiatieven en ingestelde maatregelen. Veel van deze projecten hebben hun oorsprong in het programma Dwang & Drang van GGZ Nederland. Voorbeelden zijn: inzetten op een meer gastvrije GGZ, comfortrooms, IC-units, bevorderen van aanwezigheid verpleegkundig personeel op de groep door mobiele communicatiemiddelen, trainingsaanbod voor agressiehantering en eventueel bejegening en attitudebewustzijn, werken met crisiskaart en het versterken van betrokkenheid van clienten en naasten.

De vraag wordt gesteld in hoeverre een separeervrije GGZ mogelijk is. Partijen geven aan dat dit voor 90 procent van de cliënten haalbaar is. Er blijft echter een groep cliënten, vooral in de forensische psychiatrie, dat moeilijk te hanteren is zonder de mogelijkheid om te separeren. Op landelijk niveau is een nulbeleid niet haalbaar maar op instellingsniveau wel, met als mogelijk gevold een speciaal ingerichte GGZ-afdeling waar toepassing van separaties geoorloofd is.

Separeren in de praktijk (microniveau)

Verandering in aantal separaties na start programma Dwang & Drang

Op basis van registratiegegevens van Argus kan worden gesteld dat er duidelijk sprake is van vermindering van separaties zowel in aantal als in duur. Verder zijn er geen aanwijzingen gevonden dat substitutie plaatsvindt van separatie naar andere dwangtoepassingen. De toepassing van afzondering, fixatie en dwangmedicatie is overall gelijk gebleven.

Opvattingen van cliënten, naasten en professionals op de werkvloer

Naasten en cliënten wijzen op de grote negatieve impact die het separeren heeft. Het vormt vaak een traumatische ervaring die als een straf maatregel wordt beschouwd in plaats van behandeling. Dit komt vaak ook door het gebrek aan nazorg. Veelal is de rechtspositie van cliënten en naasten in crisissituaties niet duidelijk voor de betrokkenen. Meeste cliënten en naasten hebben het idee dat separatie in veel gevallen onnodig en te voorkomen is. Er moet meer ingezet worden op het in gesprek komen met de cliënt en persoonlijke begeleiding. Als er een keuze gemaakt moet worden, hebben dwangmedicatie en afzondering de voorkeur. Fixatie is de slechts denkbare optie.

Volgens cliënten en met name naasten is er sprake van een voorzichtige kentering bij instellingen ten aanzien van de separeerpraktijk. Cliënten krijgen steeds meer een stem in instellingen bij dwang en drangprojecten. En beleidsmatig is er steeds meer aandacht voor het terugdringen van dwang. Er zijn echter nog lang niet genoeg veranderingen opgetreden. Cliënten menen dat het aantal separaties nog sterk kan en moet dalen. Dit mag niet leiden tot substitutie; nadruk moet liggen op preventie. Het gebruik van een crisiskaart kan ook waardevol zijn.

Ook verpleegkundigen ervaren separaties zowel fysiek als mentaal zwaar om te doen. Onder het verpleegkundige personeel is in eerste instantie veel weerstand tegen de ingezette veranderingen ten aanzien van separaties. Hierbij spelen veiligheidsrisico's ten aanzien van zichzelf, ander personeel en de groep een belangrijke rol. Alle verpleegkundigen zijn het erover eens dat preventieve zorg de grootste invloed heeft op separaties.

Uit het totaalbeeld komt naar voren dat de eerste stappen genomen zijn ten aanzien van het terugdringen en voorkomen van dwang waaronder separaties. Deze stappen worden als positief ervaren, maar er is nog veel winst te halen.

1 Een onderzoek naar beleid, praktijk en toezicht

1.1 Aanleiding onderzoek

Separeren is het opsluiten van een cliënt in een speciaal daarvoor bestemde en goedgekeurde afzonderlijke ruimte. Separeren vormt een vrijheidsbeperkende maatregel en vrijheidsbeperking wordt in de geestelijke gezondheidszorg ook wel dwang en drang genoemd. De acceptatie van separeren neemt binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGZ), snel af. De laatste jaren is er steeds meer maatschappelijke en politieke kritiek op het separeerbeleid in de GGZ en komt het gebruik van de separeer steeds meer onder druk te staan.¹

Een voorval in september 2008 waarbij een psychiatrische cliënt overleed in een isoleercel, leidde tot grote media, maatschappelijke en politieke aandacht. Zo verrichtte de Stichting PVP (patiëntenvertrouwenspersonen) een telefonische scan onder patiëntenvertrouwenspersonen die werkzaam zijn in GGZ-instellingen. Met deze inventarisatie wilde de Stichting PVP nagaan of het voorval diende te worden gezien als een incident of als een signaal van structurele problemen. Uit de inventarisatie kwam naar voren dat er meer instellingen zijn waar de separeerpraktijk, in ieder geval vanuit het cliëntenperspectief, onder de maat is.²

Op 23 april 2009 dienden de Kamerleden Van Miltenburg en Bouwmeester een motie in.³ Van Miltenburg en Bouwmeester waren van mening dat de signalen over misstanden in de GGZ door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) niet altijd serieus werden genomen. Zij constateerden enerzijds dat de inspectie namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) toezicht houdt op het goed toepassen van dwang- en drangmaatregelen en anderzijds dat er geen goed inzicht is in de aard, omvang en duur van de toepassing van deze maatregelen. In de motie werd de minister van VWS verzocht om een onafhankelijke organisatie onderzoek te laten verrichten naar 1) de omstandigheden waaronder separaties worden toegepast in de GGZ en 2) de meldingsbereidheid van GGZ-instellingen bij dwangtoepassingen. Inhoudelijk daarbij aansluitend volgde de motie van het lid Joldersma⁴ waarin de regering werd verzocht er voor zorg te dragen dat eind 2009 van alle langdurende separaties was nagegaan *waarom* daartoe is overgegaan en wat de alternatieve behandeloplossingen zouden zijn geweest. Vervolgens werd in de motie van Gerven⁵ de regering verzocht te bewerkstelligen dat IGZ, naast de

1 Website St. Pandora [geraadpleegd op 30 september 2009]

2 Website Landelijk Platform GGZ Nederland. Schokkende quickscan isoleerpraktijken. [geraadpleegd op 20 september 2009]

3 Motie Van Miltenburg en Bouwmeester. Kamerstuk 2008-2009, 25424, nr.79.

4 Motie Joldersma. Kamerstuk 2008-2009, 25424, nr.83. (motie is in beleidsvoornemensbrief dwang en drang d.d. 19 mei 2009 beantwoord)

5 Motie Gerven. Kamerstuk 2008-2009, 25424, nr.80. (motie is in beleidsvoornemensbrief dwang en drang d.d. 19 mei 2009 beantwoord)

veertig eerder bezochte instellingen, ook alle overige instellingen onderzoekt op het dwang- en drangbeleid.

In zijn brief⁶ van 19 mei 2009 verwoordde minister Klink dat de ingediende en breed aangenomen motie van Miltenburg en Bouwmeester zal worden uitgevoerd en dat de verzoekpunten in een onafhankelijk onderzoek worden meegenomen.

In navolging op dit besluit heeft de directie Curatieve Zorg van het ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport opdracht verleend aan IVA Beleidsonderzoek en Advies (IVA), een sociaalwetenschappelijk onderzoeksinstituut verbonden aan de Universiteit van Tilburg, voor de uitvoering van het onafhankelijk onderzoek. Dit onderzoek heeft begin 2010 plaatsgevonden. De bevindingen ervan vindt u terug in deze rapportage.

1.2 Probleemstelling

Het thema dwang en drang in het algemeen en separeren in het bijzonder binnen de GGZ staat al meerdere jaren op de beleidsagenda van zowel overheid en inspectie als GGZ-instellingen.

Zo zijn reeds in 2001 stappen ondernomen om de praktijk van dwang en drang te verbeteren met het formuleren van de „kwaliteitscriteria dwang en drang“. In 2002 hebben twaalf GGZ-instellingen deelgenomen aan een project om deze criteria die zijn voortgekomen uit onderzoek naar de ervaringen van familieleden, cliënten en hulpverleners met dwang en drang, te implementeren⁷. Verder heeft GGZ Nederland in haar Visiedocument „De krachten gebundeld“ (2004) de ambitie opgenomen om het aantal separaties jaarlijks met tien procent te gaan verminderen. In 2006 is onder andere het verbeterprogramma Dwang & Drang van start gegaan om deze doelstelling te realiseren binnen GGZ-instellingen⁸. Het in gang zetten van een cultuurverandering rond het toepassen van dwang- en drangmaatregelen vormde de belangrijkste pijler onder het project van GGZ Nederland. Het ging daarbij om een verandering van situatie*beheersing* naar *escalatievoorkoming*. Als gevolg van het Dwang & Drang project blijkt het aantal separaties bij de deelnemende instellingen licht af te nemen, terwijl de duur van de separaties sterker daalt⁸. In begin 2009 is het verbeterprogramma Dwang & Drang verlengd tot en met 2010, daar slechts een deel van de 42 GGZ-instellingen die deelnamen aan het project erin geslaagd was het beoogde doel te behalen van jaarlijks minimaal tien procent minder separaties in de hele organisatie. In 2010 is besloten de beleidsregel wederom te verlengen en wel tot en met 2012. In de beleidsregel staat kwaliteitverbetering op het gebied van dwang en drang centraal: het zoveel mogelijk voorkomen van separatie en indien dit niet mogelijk is, separatie op een zo humaan mogelijke manier toe te passen.

6 Brief Minister VWS, 19 mei 2009. Beleidsvoornemens terugdringen Dwang en Drang. Kamerstuk 30492, nr.34.

7 Oosterholt, P., Gremmen, I., Boven, M. van & Wieggers, H. Van bewustwording naar gerichte verandering: drang en drang op een gesloten opnameafdeling. Psychopraxis, 2006, 08, p. 25-30.

8 GGZ Nederland. Informatie over project Dwang en Drang GGZ Nederland. Oktober 2008.

Daarnaast verplichtte GGZ Nederland de deelnemende GGZ-instellingen contractueel tot het leveren van inhoudelijke rapportages en het registreren van toegepaste vrijheidsbeperkende interventies (VBI's) in het databestand Argus.⁹

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg besteedt gericht aandacht aan de praktijk van dwang en drang in de GGZ in het algemeen en aan separaties in het bijzonder. In haar strategische visie „Sterk van Geest, naar herstel van regie”¹⁰ beschrijft zij de uitgangspunten voor het IGZ-toezicht op de GGZ voor de jaren 2008-2011. IGZ wil door onderzoek en handhaving bijdragen aan de bescherming en de kwaliteit van behandeling van kwetsbare groepen, waaronder psychiatrische cliënten waarbij dwang wordt toegepast. In dit kader heeft IGZ een tweetal thematische onderzoeken uitgevoerd. Het eerste onderzoek¹¹, uitgevoerd in 2008, richtte zich op insluiting in de separeer op de eerste dag van opname in psychiatrische opnameafdelingen van GGZ-instellingen. Het vervolgonderzoek¹² in 2009 betrof niet alleen de separaties op de dag van opname maar ook het separeerbeleid en preventie van separeren op psychiatrische opnameafdelingen in het algemeen. Hiervoor is er een follow-up toezicht geweest bij die afdelingen waarvan in 2008 werd vastgesteld dat er een verhoogd risico was op (onverantwoorde) separatie en zijn 41 andere opnameafdelingen bezocht. Het is de bedoeling om in 2010 nog eens 50 en in 2011 de overgebleven (circa 40) psychiatrische opnameafdelingen met separeerruimtes te bezoeken. Verder verricht de inspectie jaarlijks steekproefgewijs onderzoek naar individuele dwangbehandelingen. Dit onderzoek richt zich, sinds 2009 specifiek op de separaties en afzonderingen die langer dan drie maanden duren.

Deze aandacht voor het thema separeren en de initiatieven die hieruit voortgevloeid zijn, zijn erop gericht om het aantal separaties terug te dringen in de GGZ en om een goede kwaliteit van zorg op dit terrein te waarborgen. Vele partijen spelen een rol bij het daadwerkelijk maken van een omslag in het denken en doen rondom separeren. Centraal staan de cliënten, zijn of haar naastbetrokkenen en hulpverlenende professionals. De keuze om wel of niet te separeren wordt in de praktijk gemaakt. Voorafgaand aan dit besluit op de werkvloer zijn veel partijen betrokken bij het scheppen van wettelijke en beleidsmatige kaders, het ontwikkelen van een visie op de toepassing van deze vorm van dwang en drang en het vormgeven van eventuele alternatieve behandelvormen.

De overheid zorgt voor de wettelijke en beleidsmatige kaders. De GGZ-instellingen formuleren binnen deze kaders hun visie op dwang en drang en geven vorm aan het beleid binnen de eigen organisatie. Naast de overheid zijn ook het beroepsveld en de belangenorganisaties kaderscheppend door het stellen van algemene opvattingen over de kwaliteit van zorg in de GGZ en de plaats van separeren daarbinnen. Verder

9 Website GGZ Nederland. Veldnormen voor separatie in de GGZ. [geraadpleegd op 30 september 2009]

10 IGZ, (2008). Beleidsdocument „Sterk van Geest, naar herstel van regie: effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 2008-2011”.

11 IGZ (december 2008), Voorkomen van separatie van psychiatrische cliënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg.

12 IGZ (maart 2010). Preventie van separeren.

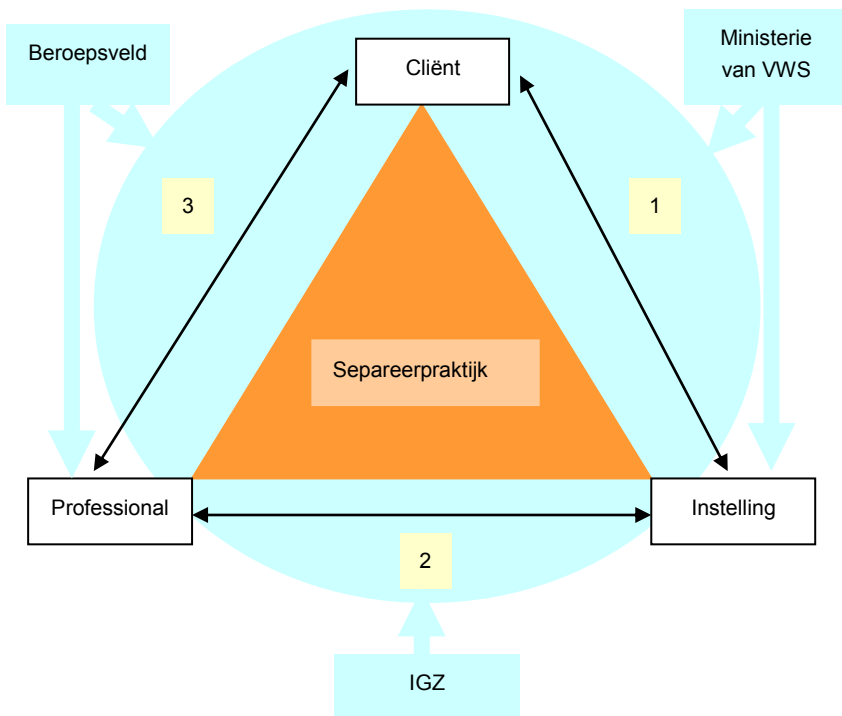
houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht op de uitvoering van de wettelijke kaders zoals opgesteld door de overheid.

De vraag die op dit moment leeft in de politiek en bij de overheid is of de initiatieven van alle betrokkenen partijen nu daadwerkelijk tot de gewenste vorderingen leiden: een omslag in denken en doen, resulterend in tien procent minder separaties per jaar. Hoe pakt iedere partij zijn beoogde rol hierin op en maakt zij deze rol waar? Kortom, inzicht in de huidige stand van zaken van het beleid en de praktijk rondom de toepassing van separatie in de GGZ is benodigd.

1.3 Doel- en vraagstellingen

Om zicht te krijgen op het beleid en de praktijk van separeren in de GGZ is het van belang allereerst de verschillende partijen die een rol spelen en de context waarbinnen zij dit doen te schetsen. Deze schets plaatst de doel- en vraagstellingen van het onderzoek in een kader. Dit kader dient vervolgens als leidraad voor de onderzoeksopzet en onderzoeksbevindingen.

Schets van betrokken partijen bij separaties in de GGZ:



De schets bevat drie domeinen (zie de corresponderende nummers in de schets):

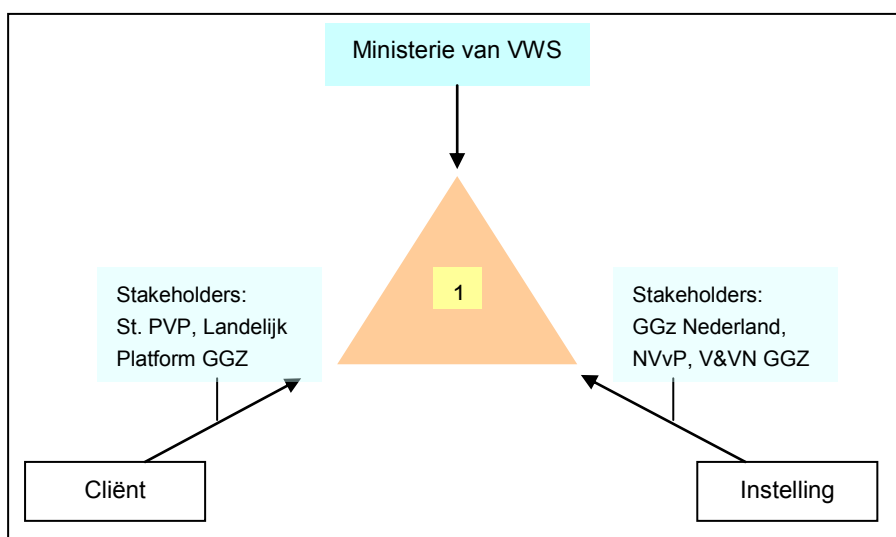
1. Macro-niveau omvat de driehoek „overheid-instelling-cliënt’ en heeft betrekking op het belichten van de visie en uitgangspunten die er zijn ten aanzien van separatie vanuit het perspectief van verschillende stakeholders.
2. Meso-niveau met de driehoek „toezicht-instelling-professional’. Dit niveau richt zich op de uitvoering, verantwoording en toezicht op het beleid ten aanzien van dwang- en drangmaatregelen.
3. Micro-niveau betreft de driehoek „beroepsveld-professional-cliënt’ en omvat het separeren in de praktijk.

Op deze drie domeinen c.q. niveau’s zijn doel- en vraagstellingen geformuleerd.

1.3.1 Visie en uitgangspunten op separaties vanuit verschillende stakeholders

Op macro-niveau wordt het juridisch kader voor het toepassen van separaties en andere vrijheidsbeperkende interventie vormgegeven. De overheid behartigt het cliëntbelang onder andere door het instellen van wetgeving. De GGZ-instellingen nemen de correcte uitvoering van de betreffende wetten voor hun rekening. De perspectieven van cliënten, overheid en instellingen kunnen het echter door allerlei ontwikkelingen wenselijk maken om het juridisch kader, het daaruit volgend beleid of de uitvoeringspraktijk te herzien. De stakeholders op dit niveau zijn het ministerie van VWS, landelijke beroeps-/brancheorganisaties voor instellingen en professionals binnen de GGZ (GGZ Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)) en organisaties die de belangen behartigen van cliënten (Stichting Patiëntenvertrouwenspersonen (PVP), Landelijk Platform GGZ, koepel van 21 familie- en cliëntenorganisaties).

Schematisch ziet dat er als volgt uit:



Separeren vormt een vrijheidsbeperkende interventie en kan met toestemming van de cliënt – op vrijwillige basis – plaatsvinden, maar kan ook tegen de wil in van de cliënt – onder dwang – worden toegepast. De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (de Wet Bopz) vormt – nu nog¹³ – het wettelijk kader voor het toepassen van dwang in de GGZ en beschermt de rechten van cliënten die te maken krijgen met dwang¹⁴. De Wet Bopz, van kracht sinds januari 1994, regelt onder meer de gedwongen opnamen en behandelingen van mensen in een psychiatrische instelling die vanwege een geestesstoornis een gevaar vormen voor zichzelf, anderen of hun omgeving. Op grond van de Wet Bopz kan onder bepaalde voorwaarden dwang worden toegepast in de vorm van dwangbehandeling en Middelen of Maatregelen (MofM). De Wet Bopz noemt vijf Middelen of Maatregelen: afzondering, separatie, fixatie, dwangmedicatie en dwangtoediening van vocht en/of voeding. Middelen of Maatregelen worden toegepast ter overbrugging van een noodsituatie voor maximaal zeven dagen. Dwang op grond van de Bopz is alleen mogelijk in instellingen die daarvoor zijn aangewezen door VWS.

Er is zowel vanuit de wetenschap als de juridische- en hulpverleningspraktijk discussie over welke vrijheidsbeperkende interventies het „doel’ (behandeling en/of beveiliging) het beste dienen. De visie hierop verschilt sterk tussen de verschillende Europese landen. Nederland past relatief vaak separaties toe welke vooral gericht zijn op beveiliging en het bieden van een prikkelarme omgeving. Aan de cijfers kleven echter wel interpretatieproblemen als verschillen in registratie-eenheden en definitieverschillen.¹⁵

De uitgangspunten van en omstandigheden waaronder Nederlandse GGZ-instellingen separaties en andere vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen zal een beeld opleveren van de uitvoeringspraktijk van dwang en drang in het algemeen en in het kader van de Wet Bopz in het bijzonder. Een internationale vergelijking maakt het mogelijk om de Nederlandse uitvoeringspraktijk in een breder perspectief te plaatsen en aanknopingspunten te vinden voor verbeteringen.

Uit bovenstaande volgt de eerste doelstelling van het onderzoek en de daarbij horende vraagstellingen.

Doelstelling 1: Inzicht krijgen in de visie, uitgangspunten, omstandigheden en toepassing van separaties en andere vrijheidsbeperkende interventies in de Nederlandse GGZ in het algemeen en in het kader van de Wet Bopz in het bijzonder, een en ander ook gezien in internationaal perspectief.

13 Het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg, ter vervanging van de wet Bopz, is ingediend bij de tweede kamer (kamerstuk 32399, nr. 2).

14 Website VWS, dossier BOPZ. [geraadpleegd op 5 oktober 2009]

15 Janssen, W.A., Noorthoorn, E.O., W.J. de Vries, e.a. „Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken’ in Trimbos themanummer Jaargang 64 nummer 6, 2009.

Vraagstellingen

- a) *Wat zijn de uitgangspunten en omstandigheden – sectorbreed¹⁶ – waaronder separaties plaatsvinden in GGZ-instellingen?*
 - b) *Hoe verhoudt het toepassen van separaties zich tot het toepassen van andere vrijheidsbeperkende interventies, alternatieven en preventieve maatregelen?*
 - c) *Hoe verhoudt de visie en toepassing van dwang- en drangmaatregelen in Nederland zich tot de internationale (juridische) visie en toepassing?*
 - d) *Welke aanknopingspunten zijn er voor de verbetering van de uitvoeringspraktijk van de Wet Bopz¹⁷?*
-

1.3.2 Uitvoering, verantwoording en toezicht op dwang- en drangmaatregelen beleid

Het meso-niveau schept het beleidskader waarbinnen separaties worden toegepast. Een instelling stelt het beleid op waarbinnen medewerkers van de GGZ-instelling keuzes kunnen maken rondom separeren. Medewerkers kunnen vanuit hun ervaring en beroepskennis op hun beurt invloed uitoefenen op dat beleid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de naleving van de wet- en regelgeving voor het toepassen van dwangmaatregelen.

Vraag is in hoeverre GGZ-instellingen en de daar werkende professionals handelen volgens wetten en richtlijnen en verantwoording afleggen over dit handelen door het toepassen van dwangmaatregelen te melden.

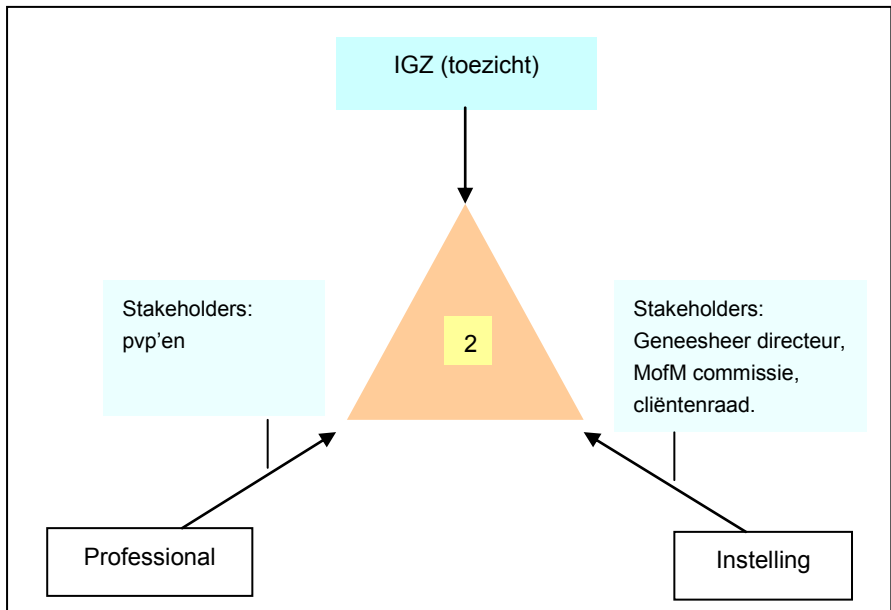
Daarnaast wordt aandacht besteed aan hoe het verantwoording afleggen over het handelen en de controle op naleving van deze verantwoording is vormgegeven. De rol en (on)mogelijkheden van IGZ worden hier gezien. De stakeholders op meso-niveau betreffen de Bopz-aangemerkte instellingen, IGZ, patiëntenvertrouwensoverpersonen (pvp'en), cliëntenraden, en Middelen of Maatregelen commissies¹⁸ van de instellingen.

16 Sectorbreed houdt in alle Bopz-aangemerkte instellingen

17 en haar vervanger het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg

18 Soortgelijke commissies in instellingen worden ook wel Bopz-commissies, dwang-en-drang commissies of Middelen & Maatregelen commissies genoemd.

In het volgende schema zijn de stakeholders van het beleidsdomein 'Uitvoering, verantwoording en toezicht op dwang- en drangmaatregelenbeleid' weergegeven.



Een belangrijk richtlijn voor het toepassen van dwang- en drangmaatregelen waaronder separaties vormt het beleid dat GGZ-instellingen initiëren, vormgeven en implementeren ten aanzien van vrijheidsbepurende interventies, alternatieven hiervoor en preventieve maatregelen. Instellingen bepalen mede het kader waarbinnen professionals opereren en keuzes maken omtrent het al dan niet separeren van individuen. Vanuit een beleidsmatig perspectief wordt aangegeven welke grenzen er zijn aan het toepassen van vrijheidsbepending en welke ruimte er is om alternatieven toe te passen. Bovendien vormt het instellingsbeleid de grondslag voor het ontwikkelen van initiatieven om vrijheidsbepending terug te dringen, alternatieven te creëren en methoden te ontplooiën voor het voorkomen van situaties waarin dwang en drang plaats vinden.

Een vorm van verantwoording afleggen volgt uit de wettelijk verplichte Bopz meldingen van Bopz-aangemerkte instellingen aan IGZ. Elke beslissing tot het toepassen en beëindigen van dwangbehandeling (artikel 38, lid 5 en artikel 38c, lid 1 en lid 5) en een Middel of Maatregel (artikel 39) waaronder separatie, dient gemeld te worden aan IGZ. IGZ houdt toezicht op grond van de wet Bopz door te onderzoeken of de beslissing tot en uitvoering van een individuele dwangbehandeling zorgvuldig is geweest. Verder verricht de inspectie thematisch onderzoek en doet zij ook onderzoek bij GGZ-instellingen naar aanleiding van incidenten die zijn gemeld bij de inspectie.

Op basis van het bovenstaande zijn de volgende doel- en vraagstellingen te onderscheiden:

Doelstelling 2: Inzicht krijgen in de bekendheid met, bereidheid tot, uitvoering en registratie van de meldingen van dwangbehandeling en Middelen of Maatregelen binnen instellingen en de rol van IGZ hierbij.

Doelstelling 3: Een beeld te krijgen van de mogelijke alternatieven voor vrijheidsbeperkende interventies in het algemeen en separaties in het bijzonder en welk effect deze alternatieven (kunnen) hebben op het terugdringen van separaties.

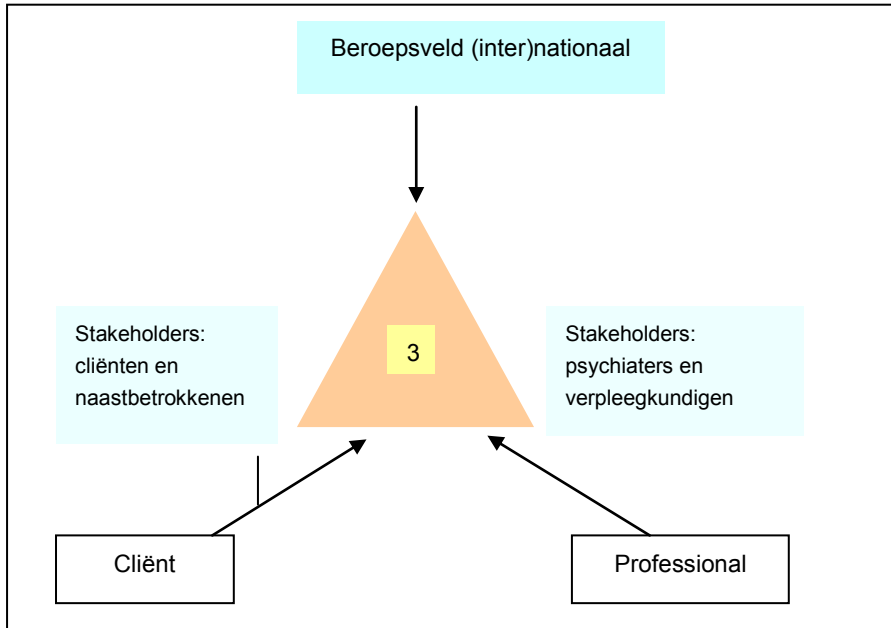
Vraagstellingen

- e) Maken alle partijen (instellingen, professionals, patiëntenvertrouwenspersonen, cliëntenraden en IGZ) die een rol moeten of kunnen spelen bij het terugdringen van het aantal separaties hun rol voldoende waar?*
 - f) Zijn GGZ-instellingen bereid om dwangbehandeling en Middelen of Maatregelen te melden aan IGZ, conform de wettelijke vereisten en wordt de signaal- en meldfunctie die professionals, instellingen en patiëntenvertrouwenspersonen moeten bekleden naar IGZ, voldoende gekend en ingevuld? Op welke wijze stimuleren, faciliteren en controleren instellingen de registratie van dwangtoepassingen door haar professionals en in hoeverre kan IGZ daar een positieve bijdrage aan leveren?*
 - g) Welke initiatieven worden ontwikkeld binnen GGZ-instellingen om alternatieven te creëren voor vrijheidsbeperkende interventies in het algemeen en separaties in het bijzonder; en welke verdere vorderingen in het terugdringen van separaties zijn te verwachten op basis van de initiatieven van de GGZ-instellingen, de evaluaties en toezichtrapporten?*
-

1.3.3 Separeren in de praktijk

Het micro-niveau richt zich op de praktijk waarin separaties concreet plaatsvinden. Op de werkvloer van GGZ-instellingen staat de interactie tussen medewerkers en cliënten centraal wat leidt tot de keuze om wel of niet te separeren en de eventuele inzet van andere vrijheidsbeperkende maatregelen. Voordat overgegaan wordt tot separeren is het mogelijk om de-escalerende of preventieve maatregelen toe te passen. Het is de vraag in hoeverre hiervan gebruik wordt gemaakt en welke factoren daarop van invloed zijn. Stakeholders binnen dit praktijkdomein zijn cliënten en naastbetrokkenen en hulpverleners op de werkvloer waaronder psychiaters en verpleegkundigen. Het beroepsveld waartoe de hulpverleners behoren, geeft richting aan het handelen op de werkvloer door de gezamenlijke beroepsethiek en bv. het opstellen van richtlijnen.

Schematisch ziet het praktijkdomein en de daarbij horende stakeholders als volgt uit:



Een belangrijke stimulans voor het terugdringen van separaties in de GGZ vormt het project Dwang & Drang van GGZ Nederland. In 2006 ging dit verbeterprogramma van start, met als doel om tot eind 2008 de separaties in de GGZ met tien procent per jaar te verminderen. Het in gang zetten van een cultuurverandering rond het toepassen van dwang- en drangmaatregelen vormde de belangrijkste pijler onder het project. Het ging daarbij om een verandering van het beheersen van situaties naar het voorkomen van escalaties.

Het percentage separaties en vooral de gerealiseerde afname zal gezien moeten worden in het licht van de toepassing van andere vrijheidsbeperkende interventies. Worden bijvoorbeeld separaties „ingewisseld” voor andere dwang- en drangtoepassingen en in hoeverre is dit een vooruitgang vanuit het perspectief van de cliënt? In Nederland wordt separeren door professionals, in tegenstelling tot in sommige andere Europese landen, als minder ingrijpend beschouwd dan het per injectie toedienen van sederende medicatie.¹⁹ Het perspectief van de cliënt is hierin van groot belang. Welke voorkeur spreekt deze vooraf uit in het persoonlijke crisissignaleringsplan en hoe heeft de cliënt de separatie of eventuele andere vrijheidsbeperkende maatregelen ervaren?

Inzicht in de context en het perspectief van de verschillende stakeholders binnen het praktijkdomein waarbinnen het terugdringen van separaties plaatsvindt in de GGZ-instellingen is van belang. Dit leidt tot de volgende doel- en vraagstellingen:

Doelstelling 4: Inzicht krijgen in de gemaakte vorderingen bij het daadwerkelijk terugdringen van separaties.

Doelstelling 5: Een beeld te krijgen in hoeverre het terugdringen van separaties een effect heeft op de toepassing van andere vrijheidsbeperkende interventies en welke voorkeur de betrokken cliënt en medewerker hebben ten aanzien van de verschillende vormen van dwang en drang.

Vraagstellingen:

- h) In hoeverre is het aantal, de aard en de duur van separaties daadwerkelijk teruggedrongen sinds de start van het project Dwang & Drang van GGZ Nederland en leidt het terugdringen van separaties tot meer of minder toepassen van andere vrijheidsbeperkende interventies in aantal, aard en duur?*
 - i) Wat is de mening en voorkeur van de cliënt, naastbetrokkenen en de medewerker ten aanzien van separeren en andere vrijheidsbeperkende interventies, en mogelijke alternatieve en preventieve interventies? Hoe verhouden deze meningen en voorkeuren zich tot elkaar?*
-

1.4 Leeswijzer

In het rapport is in hoofdstuk 1 de focus van het onderzoek op de separeerpraktijk en het -beleid, de vorderingen die worden gemaakt bij het daadwerkelijk terugdringen van separaties, en het voldoende waarmaken van eenieders rol bij het terugdringen geschetst. Deze focus is nader uitgewerkt in een kader dat de verschillende partijen die een rol spelen en de context waarbinnen zij dit doen, schetst. De doel- en vraagstellingen zijn in dit kader geplaatst en het vormt tevens de leidraad voor de onderzoeksopzet en -bevindingen. Hoofdstuk 2 beschrijft de onderzoeksgroepen en -methodieken. In hoofdstuk 3 t/m 5 worden de bevindingen op macro-, meso- en micro-niveau gerapporteerd. Er wordt afgesloten met een beschouwend hoofdstuk. In bijlage 1 is een verklarende woordenlijst toegevoegd.

2 Onderzoeksgroepen en -methodieken

2.1 Onderzoeksopzet

Om een beeld te krijgen van de separeerpraktijk en het -beleid in Nederland is het van belang om de verschillende partijen op de verschillende niveaus binnen beleid, uitvoering en toezicht een stem te geven in het onderzoek. Het onderzoek heeft dan ook plaatsgevonden op de drie domeinen c.q. niveaus zoals die zijn weergegeven in de schets van betrokken partijen bij separaties in de GGZ (zie hoofdstuk 1). Op het macro-niveau zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met landelijke partijen en is een panel van internationale experts geraadpleegd. De onderzoekspopulatie op micro- en meso-niveau bestond uit de Inspectie voor de Gezondheidszorg en zeven GGZ-instellingen. Per instelling zijn de partijen op instellingsniveau betrokken in het onderzoek. Bij deze partijen zijn eveneens semi-gestructureerde interviews afgenomen. De topiclijsten voor de interviews zijn opgesteld aan de hand van de onderzoeksvragen.

Verder zijn analyses opgenomen van gegevens die worden geregistreerd ten aanzien van het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies in het algemeen en in het kader van de Wet Bopz in het bijzonder. Ook is een survey uitgevoerd onder de leden van Ypsilon.

De keuze voor de grotendeels kwalitatieve onderzoeksmethodiek vloeit voort uit de focus van het onderzoek: inzicht krijgen in de stand van zaken wat betreft de separeerpraktijk en het -beleid, de vorderingen die worden gemaakt bij het daadwerkelijk terugdringen van separaties, en het voldoende waarmaken van eenieder's rol bij het terugdringen van separaties. Kwalitatieve interviews laten ervaringen, meningen en invalshoeken van betrokken partijen diepgaander naar voren komen dan mogelijk is via een kwantitatief survey onderzoek met voorgestructureerde vragenlijsten. Het vraagstuk betreffende het beleid rondom, uitvoering van en toezicht op separaties vraagt veel meer om een diepte-inzicht dan inzicht in de breedte.

2.2 Onderzoekspopulatie

2.2.1 *Selectie stakeholders macro-niveau*

Op macro-niveau (visie en uitgangspunten op separaties vanuit verschillende stakeholders) zijn vertegenwoordigers van VWS, GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Stichting PVP, vertrouwenspersonen in de zorg en het Landelijk Platform GGz geïnterviewd. Daarnaast is er een internationaal panel van Europese experts geraadpleegd.

2.2.2 *Selectie instellingen meso- en micro-niveau*

Op verzoek van het ministerie van VWS zijn alleen Bopz-aangemerkte instellingen binnen de GGZ betrokken in het onderzoek. Bopz-aangemerkte GGZ-instellingen mogen personen opnemen op grond van de Wet Bopz en zijn verplicht in dat kader een aantal zaken te melden bij IGZ.²⁰ Er wordt een aantal categorieën onderscheiden²¹, te weten:

1. algemene psychiatrische ziekenhuizen;
2. psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen;
3. psychiatrische afdelingen van academische ziekenhuizen;
4. verslavingsklinieken;
5. klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie;
6. overigen.

Er zijn zeven GGZ-instellingen geselecteerd voor het onderzoek op basis van een aantal selectiecriteria. Deze criteria zijn zodanig opgesteld dat zij een zo volledig mogelijke vertegenwoordiging van de sector waarborgen gegeven de keuze voor een met name kwalitatieve onderzoeksmethodiek in combinatie met de tijdspanne van het onderzoek (5 maanden). Het gaat om de volgende selectiecriteria:

- a) een vertegenwoordiging van de eerste vijf categorieën Bopz-aangemerkte instellingen;
- b) instellingen waar gesepareerd wordt;
- c) landelijke spreiding over diverse regio's;
- d) gelijkheid wat betreft instellingsgrootte.

De geselecteerde zeven GGZ-instellingen liggen verspreid door Nederland en zijn van gelijke grootte. Verder zijn drie instellingen binnen de categorie „algemene psychiatrische ziekenhuizen” geselecteerd aangezien uit Bopzis naar voren komt dat binnen deze categorie het merendeel van de separaties plaatsvindt. Daarnaast is binnen elk van de andere vier categorieën één instelling geselecteerd. Tevens is er bij de selectie zorg voor gedragen dat de TBS/FPK klinieken vertegenwoordigd zijn.

De zeven instellingen moeten gezien worden als verschillende cases binnen de sector die gezamenlijk een overall beeld leveren van de separeerpraktijk in de GGZ. De validiteit van de onderzoeksresultaten wordt gewaarborgd door de keuze van de instellingen waarbij is gestreefd naar een optimale brede vertegenwoordiging van de sector en door triangulatie. Bij triangulatie worden verschillende elkaar aanvullende en controlerende onderzoekstechnieken en bronnen aangewend om conclusies te kunnen genereren. Hier zijn dat semi-gestructureerde interviews, enquêtes en analyses van registratiegegevens. Bij de interviews is er bovendien sprake van datatriangulatie: bij verschillende respondenten hetzelfde onderwerp peilen met de bedoeling de verzamelde data tegenover elkaar te plaatsen. De confrontatie van de

20 <http://www.minvws.nl/dossiers/BOPZ/informatie-voor-professionals/BOPZ-instellingen/> [geraadpleegd op 14 oktober, 2009]

21 Indeling volgens het ministerie van VWS.

onderzoeksgegevens leidt tot een kritische benadering. De interviews maken het mogelijk om – per niveau – de ervaringen en meningen van de verschillende betrokken partijen bij elkaar te brengen, met elkaar te vergelijken en op bevindingen in het ene interview door te vragen bij een volgend interview. Dit verhoogt de validiteit van de onderzoeksgegevens in belangrijke mate.

Binnen de zeven GGZ-instellingen zijn – per instelling – op meso-niveau (uitvoering, verantwoording en toezicht) de volgende partijen geïnterviewd: de geneesheer directeur²², een patiëntenvertrouwenspersoon, een vertegenwoordiging van Middelen of Maatregelen commissie, en – indien mogelijk – een vertegenwoordiging van de cliëntenraad, tweemaal in combinatie met een afvaardiging van de naastbetrokkenen raad. Op micro-niveau (de dagelijkse praktijk van separeren) zijn relevante hulpverleners op de werkvloer geïnterviewd. Dit zijn 2 tot 4 psychiaters en 3 tot 8 verpleegkundigen per instelling geweest. Zij waren afkomstig van verschillende afdelingen binnen de instellingen. Verder zijn enkele interviews gehouden met (ex-) cliënten en naasten. Deze (ex-)cliënten en naasten zijn doorgaans bevestigd als vertegenwoordiger van de cliënten- of de naastbetrokkenen raad. Zij hebben veelal ook op de praktijk van separeren gereflecteerd vanuit hun eigen ervaringsdeskundigheid. Soms is er een (ex-)cliënt gesproken als een relevante vertegenwoordiging van de cliëntenraad niet mogelijk was. Dit is bijvoorbeeld bij een algemeen ziekenhuis met een PAAZ-afdeling het geval waarbij aan de centrale cliëntenraad niemand vanuit de GGZ deelneemt.

Naast de GGZ-instellingen is er op meso-niveau een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg geïnterviewd. Deze persoon was de beleidsverantwoordelijke binnen IGZ voor het programma GGZ.

2.3 Onderzoeksmethoden

De onderzoeksmethoden volgden de drie domeinen binnen de context van separeren in de GGZ.

2.3.1 Visie en uitgangspunten op separaties vanuit verschillende stakeholders

De onder het macro-domein beschreven vraagstellingen laten zich beantwoorden aan de hand van:

a. Bureauonderzoek literatuur

Ten behoeve van algemene kaderschetsing en achtergrondinformatie ter voorbereiding op interviews werden rapporten en studies rond dwang en drang, projectrapportages met betrekking tot initiatieven om vrijheidsbeperking in de psychiatrie te verminderen en (inter)nationale literatuur met als thema's dwang en drang, vermindering van separaties, preventie van dwang en isoleren in de GGZ bestudeerd.

22

De functie van geneesheer directeur wordt bij GGZ-instellingen verschillend ingevuld: voorzitter van de 1e geneeskundigen, de psychiater in de Raad van Bestuur, voorzitter directeur Behandelzaken, et cetera.

b. Bureauonderzoek Bopzis data

Een wijze waarop gegevens worden verzameld op het gebied van dwang en drang is het landelijk registratiesysteem Bopzis van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bopz-aangemerkte instellingen zijn wettelijk verplicht om alle beslissingen tot het toepassen en beëindigen van dwangbehandeling en Middelen of Maatregelen in het kader van de Wet Bopz te melden aan de inspectie. Deze gegevens worden door IGZ geregistreerd in Bopzis.

IGZ heeft op verzoek van IVA analyses op Bopzis gegevens uitgevoerd om de ontwikkeling van het aantal dwangtoepassingen (dwangbehandeling en Middelen of Maatregelen) in kaart te brengen. Gebruik is gemaakt van een databestand waarin dwangtoepassingen uit 2008 en 2009 geregistreerd staan en die op 3 februari 2010 bekend waren. In de analyse is een onderscheid gemaakt tussen separaties, afzondering, fixatie, medicatie, voeding en vocht en „anders”. Het aantal dwangtoepassingen is in de analyses afgezet tegen vijf typen instellingen die dergelijke maatregelen uitvoeren (geïntegreerde GGZ-instellingen, kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit, PAAZ/PUK, TBS/FPK kliniek en verslavingszorg).

²³Daarnaast is er gekeken in welke mate instellingen eenzelfde trend laten zien ten aanzien van de stijging/daling van het totale aantal dwangtoepassingen, het aantal separaties en de overige dwangtoepassingen. Voor separaties is nog een derde analyse uitgevoerd op basis van de mate waarin instellingen separeren. Er is nagegaan of de grootte van stijgingen en/of dalingen anders is voor instellingen met weinig, gemiddeld en veel separaties in 2008.

c. Individuele interviews met stakeholders op macro-niveau

Met stakeholders op macro-niveau (VWS, GGZ Nederland, de NVvP, de V&VN, St. PVP, Landelijk Platform GGZ) werd in individuele interviews gesproken om inzicht te krijgen in de visie van de stakeholder op uitgangspunten en omstandigheden waaronder separaties plaatsvinden en de verhouding separaties versus andere vrijheidsbeperkende interventies. Ook werd – vanuit de invalshoek van de betreffende stakeholder – duidelijk welke aanknopingspunten mogelijk zijn voor de verbetering van de uitvoeringspraktijk van de Wet Bopz.

d. Internationaal expertpanel

Om een beeld te verkrijgen van enerzijds hoe het (inter)nationale beroepsveld denkt over de Nederlandse (juridische) visie en separeerpraktijken, en anderzijds of er in het buitenland initiatieven worden ondernomen welke interessant zijn voor beleidsmakers in Nederland werden experts uit verschillende landen geraadpleegd. Het interationaal expertpanel bestaat uit leden van The European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG), een Europese groep van onderzoekers op het gebied van agressie, geweld en dwangtoepassing. Vanuit privacyoverwegingen heeft EViPRG de door IVA opgestelde vragen naar haar leden gemaïld²⁴. Twaalf

23 Hoewel anders benoemd bij de selectiecriteria zijn deze 5 typen instellingen allen vertegenwoordigd in het onderzoek. Het verschil in terminologie komt voort uit het feit dat bij de selectie is aangesloten bij de terminologie van de wet Bopz en bij de analyse van registratiegegevens bij de terminologie van Bopzis.

24 Het gaat hierbij om de volgende vragen. Question 1: What kind of forced treatment interventions are applied within the mental health care sector of your country, and which of those have the highest acceptance from

leden met uiteenlopende functies (psychiaters, hoofd onderzoek psychiatrische instelling, directeur psychiatrische instelling, verpleegkundigen, consultant, wetenschappelijk onderzoekers), afkomstig uit acht landen (Zweden, Finland, Duitsland, Turkije, Ierland, Groot-Brittannië, Finland en Noorwegen) hebben de vragen vanuit hun nationale optiek beantwoord²⁵.

2.3.2 *Uitvoering, verantwoording en toezicht op dwang- en drangmaatregelen*

De onder het meso-domein beschreven vraagstellingen laten zich beantwoorden aan de hand van:

a. Bureauonderzoek beleidsdocumenten

Beleids- en visiedocumenten, projectinitiatieven, evaluaties en toezichtrapporten binnen het kader van dwang en drang werden bestudeerd binnen de selectie van zeven GGZ-instellingen om vast te stellen welke verdere vorderingen in het terugdringen van separaties te verwachten zijn op basis van deze documenten en om na te gaan welke initiatieven ontwikkeld worden binnen GGZ-instellingen om alternatieven te creëren voor dwang- en drangmaatregelen in het algemeen en separaties in het bijzonder.

b. Interviews met stakeholders op meso-niveau

Met stakeholders op meso-niveau (IGZ, en vier stakeholders binnen de zeven geselecteerde GGZ-instellingen: geneesheer directeurs, patientenvertrouwenspersonen, vertegenwoordigers van de Middelen of Maatregelen commissies, en indien mogelijk van de cliëntenraden) werd in interviews onder meer gesproken over ieders rol en het kunnen waarmaken daarvan rond het separeerbeleid. Interviews zijn per functiegroep gehouden. Gesproken werd ook over de richtlijnen wat betreft separaties en andere vrijheidsbeperkende interventies, de te benoemen verbeter- en succesfactoren daarbij en de vormgeving en controle daarvan. Voorts werd met deze stakeholders van gedachten gewisseld over de meldbereidheid van gedwongen separaties en andere dwangmaatregelen aan IGZ. Hierbij kwam de signaal- en meldfunctie van IGZ en de erkenning en invulling daarvan ter sprake en werden aanknopingspunten benoemd voor verbetering ten aanzien van de verplichte Bopz meldingen van dwangbehandeling en Middelen of Maatregelen.

2.3.3 *Separaties in de praktijk*

Vertegenwoordiging vanuit het cliënten en naastbetrokkenen perspectief evenals het hulpverleners perspectief is een belangrijke invalshoek in voorliggend onderzoek. Immers, zij *ervaren* de praktijk van separeren zelf. De onder het micro-domein beschreven vraagstellingen laten zich beantwoorden aan de hand van:

both a professional and a societal perspective? Question 2: What is the prevailing view on seclusion, solitary confinement, for patients in the mental health care in your country, both from a legal point of view as well as the public opinion and the professionals?

25 Enkele respondenten hadden in het kader van een werkbezoek weleens Nederlandse GGZ-instellingen bezocht en reflecteren dus ook aan de hand van hun observaties.

a. Interviews met partijen op micro-niveau

Op de eerste plaats werden in groepsinterviews met hulpverleners op de werkvloer, (2 à 4 psychiaters en 3 à 8 verpleegkundigen van verschillende afdelingen binnen de zeven instellingen) de invalshoek en praktijkervaringen in kaart gebracht ten aanzien van separaties en andere vrijheidsbeperkende maatregelen en mogelijke alternatieve en preventieve interventies. Er is gekozen voor groepsinterviews vanwege de mogelijkheid om te reageren op meningen en uitspraken van anderen. Deze interactie genereert veelal extra informatie en zorgt ervoor dat er een kritische reflectie plaats vindt op datgene wat er gezegd wordt. De eigen dynamiek van groepsinterviews hebben in het huidige onderzoek een duidelijke meerwaarde gehad. Zowel bij psychiaters als bij verpleegkundigen kwam er door de interactie meer informatie vrij en was men kritisch naar elkaar toe.

Er is voor gekozen om in de instellingen geen individuele cliënten te interviewen. De kans op sociaal wenselijke antwoorden naar de instelling toe van cliënten die (nog) verblijven binnen de instelling werd te groot geacht. Individuele cliënten zijn via Ypsilon (zie onder b.) benaderd. Wel zijn er op meso-niveau verschillende interviews gehouden met vertegenwoordigers van cliëntenraden en eventueel een naastbetrokkenenraad. Deze gesprekken waren vooral bedoeld om het instellingsbeleid ten aanzien van separeren te belichten. De vertegenwoordigers waren in de meeste gevallen cliënt of ex-cliant. Zij hebben ook vaak informatie verschaft over de praktijk van separeren vanuit de eigen ervaringsdeskundigheid. Een enkele keer is er een cliënt geïnterviewd omdat het niet relevant of niet mogelijk was om met iemand uit de cliëntenraad een interview te houden. Deze gesprekken zijn tevens benut om het micro-niveau in kaart te brengen.

b. Enquête onder cliënten en naastbetrokkenen

Om de individuele ervaringen van cliënten en naastbetrokkenen in het onderzoek te betrekken is primair gekozen voor het benaderen van deze doelgroep los van de geselecteerde instellingen.

In eerste instantie is aangesloten bij de „meldweek separeerpraktijk” van Ypsilon, een vereniging van familieleden en betrokkenen van mensen met schizofrenie of een psychose. Meldweek is gehouden in 2008 en naar aanleiding hiervan is een rapport²⁶ verschenen. Het rapport bood een verzameling ervaringen over de praktijk van het separeren waarbij getuigenissen van familieleden, cliënten en hulpverleners naar voren komen. In samenwerking met Ypsilon zijn de personen die in 2008 hun ervaringen hebben gedeeld en waarvan een e-mail adres beschikbaar was, *nogmaals* benaderd met de vraag of er anno 2010 naar hun mening veranderingen zijn ten opzichte van 2008 met betrekking tot de separeerpraktijk. Twintig van de drieënzestig benaderde personen hebben aan deze oproep gehoor gegeven.

Gaandeweg de uitvoering van het onderzoek bood Ypsilon aanvullend op bovenstaande methode aan alle leden waarvan Ypsilon over een e-mailadres

beschikt te vragen naar hun ervaring(en) en mening (n≈2000). IVA heeft hiertoe een digitale vragenlijst opgesteld en Ypsilon, heeft de vragenlijst, vanuit privacyoverwegingen naar haar leden gemaïld. De vragenlijsten konden anoniem worden ingevuld. 318 Personen hebben de vragenlijst geheel ingevuld en 157 gedeeltelijk. Deze aantallen zijn conform respons cijfers van ander sociaal wetenschappelijk onderzoek. De grootste respons kwam van naastbetrokkenen (n=403), wat logisch is gezien Ypsilon een vereniging is van familieleden en betrokkenen. 48 (Ex-)cliënten en 24 hulpverleners reageerden. De vragenlijst had betrekking op de ervaring/beleving van de laatste separatie en de voorkeur die mensen geven aan bepaalde dwangmiddelen. Ook zijn stellingen geponeerd over de separeerpraktijk in het algemeen. Hier hebben eveneens respondenten zonder directe ervaringen op gereageerd als mensen met ervaring maar niet zijnde een (ex-)cliënt, naaste of hulpverlener.

Een andere mogelijkheid was geweest om cliënten en naastbetrokkenen via het Landelijk Platform GGZ te benaderen in plaats van via Ypsilon. Dit was eveneens een goede optie geweest maar gezien het tijdstip waarop besloten is deze insteek te kiezen, niet meer mogelijk. Zoals aangegeven was de eerste insteek de herhaalde benadering van de deelnemers aan de meldweek en is gaandeweg het onderzoek deze „extra’ manier van data verzamelen op cliënt- en naastbetrokkenen niveau toegevoegd. De benadering via Ypsilon waarborgt het naastbetrokkenen perspectief beter dan het cliëntperspectief. Voor het Landelijk Platform GGZ geldt dit andersom. Een beperking van de wijze van benaderen via Ypsilon is dat vooral cliënten met schizofrenie en hun naastbetrokkenen zijn betrokken in dit gedeelte van het onderzoek. Cliënten met schizofrenie vormen daarentegen wel een cliëntencategorie waar veel separaties plaatsvinden.

c. Inventarisatie van registraties binnen Argus

In 2007 is het samenwerkingsverband „casusregister Dwang en Drang’ opgericht. In het casusregister participeren op dit moment 23 GGZ-instellingen. Deze instellingen werken samen met onderzoekers aan het opbouwen van een gezamenlijk Argus databestand met gegevens over vrijheidsbeperkende interventies en de analyses hiervan. In Argus worden *alle* toepassingen van vrijheidsbeperkende interventies geregistreerd, ongeacht of zij onder dwang of met toestemming zijn verricht bij cliënten die zowel vrijwillig als onvrijwillig zijn opgenomen. In maart 2010 is een rapport gepubliceerd over de eerste drie jaren van het registratiesysteem Argus²⁷. De volgende onderzoeksvragen zijn in dat rapport beantwoord:

1. Is er sprake van verandering in het aantal en de duur van separaties?
2. Is er sprake van verandering in het aantal en de duur van afzonderingen en fixaties en van het aantal keren dat dwangmedicatie wordt toegepast?
3. Is er sprake van substituering van separaties naar andere vrijheidsbeperkende maatregelen?

Deze vragen zijn beantwoord met de registratiedata van twaalf instellingen waarvoor gegevens over meer dan één jaar beschikbaar zijn. De huidige beschikbare Argus registratiegegevens zijn dus zeer onlangs diepgaand geanalyseerd. De hier gepresenteerde resultaten uit Argus zijn dan ook overgenomen uit het genoemde rapport.

Van belang is te onderkennen dat de cijfers uit Bopzis en Argus absoluut *onvergelijkbaar* zijn met elkaar. Bopzis is landelijk dekkend voor alle Bopz-aangemerkte instellingen, terwijl op dit moment 23 instellingen deelnemen aan Argus. Binnen Argus worden alle toegepaste vrijheidsbeperkende interventies bij alle opgenomen cliënten binnen een instelling geregistreerd, terwijl Bopzis alleen de (gemelde) dwangbehandeling en Middelen of Maatregelen bij gedwongen opgenomen cliënten weergeeft. Tot slot worden in Bopzis de start- en einddatum van de gemelde dwangbehandelingen en Middelen of Maatregelen geregistreerd waarbij onderbrekingen in de tussentijd (cliënt bijvoorbeeld een half uur uit de separeercel en weer terug) niet worden geregistreerd. In Argus wordt de precieze duur van de toegepaste vrijheidsbeperkende interventie geregistreerd door per kwartier bij te houden of een cliënt bijvoorbeeld in of uit de separeercel is.

Figuur 1: Verschillen tussen Bopzis en Argus

	Deelname instellingen	Registratie onderwerp	Registratie eenheid
Bopzis	Alle Bopz-aangemerkte instellingen in NL	Alleen dwangbehandeling en MofM bij gedwongen opnamen	Begin- en einddata van toegepaste dwangbehandeling en MofM
Argus Casusregister	23 GGZ-instellingen	Alle toegepaste vrijheidsbeperkende interventies	Precieze tijdsduur van toegepaste vrijheidsbeperkende interventies

3 Bevindingen op macro niveau

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen op macro-niveau en beantwoordt achtereenvolgens de volgende vraagstellingen:

- Wat zijn de uitgangspunten en omstandigheden – sectorbreed²⁸ – waaronder separaties plaatsvinden in GGZ-instellingen?
- Hoe verhoudt het toepassen van separaties zich tot het toepassen van andere vrijheidbeperkende interventies, alternatieven en preventieve maatregelen?
- Hoe verhoudt de visie en toepassing van dwang- en drangmaatregelen in Nederland zich tot de internationale (juridische) visie en toepassing?
- Welke aanknopingspunten zijn er voor de verbetering van de uitvoeringspraktijk van de Wet Bopz?

Deze vraagstellingen laten zich beantwoorden aan de hand van: literatuuronderzoek, analyse van Bopzis data, individuele interviews met partijen op macro-niveau (VWS, GGZ Nederland, de NVvP, de V&VN, St. PVP, Landelijk Platform GGZ) en een reflectie op de eigen nationale separeerpraktijk en -alternatieven van een internationaal expertpanel. In dit hoofdstuk is de rode draad van bevindingen geïntegreerd gepresenteerd.

Wat zijn de uitgangspunten en omstandigheden – sectorbreed – waaronder separaties plaatsvinden in GGZ-instellingen?

Separeren wordt onder meerdere omstandigheden toegepast. Op de eerste plaats kan separatie met toestemming van de cliënt op vrijwillige basis plaats vinden. Separatie maakt dan deel uit van het behandelplan waarmee de cliënt heeft ingestemd en waartegen hij/zij zich niet verzet. Daarnaast kan separatie onder dwang, tegen de wil in van de cliënt, worden toegepast. In dergelijke gevallen moet er sprake zijn van gevaar voor de cliënt zelf of voor anderen dat niet op een andere, minder ingrijpende manier kan worden afgewend. Gedwongen separatie valt onder de Wet Bopz en wordt toegepast in het kader van een dwangbehandeling of in een noodsituatie als een Middel of Maatregel. Bij dwangbehandeling is er sprake van een gedwongen opname en vormt separeren een onderdeel van het behandelplan waarmee de cliënt echter niet instemt of waartegen de cliënt zich verzet. Separatie als een Middel of Maatregel wordt toegepast ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties. Het gaat dan om situaties waarin acuut ingrijpen noodzakelijk is en waarin het behandelplan niet voorziet. Middelen of Maatregelen (afzondering,

28 Sectorbreed houdt in alle Bopz-aangemerkte instellingen

separatie, fixatie, dwangmedicatie en dwangtoediening van vocht en/of voeding) mogen maximaal zeven opeenvolgende dagen duren. In principe is separeren onder dwang alleen toegestaan bij gedwongen opname van de cliënt. Het kan echter ook gebeuren bij een vrijwillige opname. Er dient dan sprake te zijn van een noodsituatie en de instelling dient zo spoedig mogelijk een procedure voor onvrijwillige opname van de cliënt te starten.

Een driedeling: substitutie, alternatieven, preventie

Partijen maken nadrukkelijk een driedeling als het gaat om mogelijkheden van het maken van keuzes rondom het wel of niet toepassen van separaties. Onderscheid wordt gemaakt tussen substitutie, toepassing van alternatieven en preventie:

1. *Substituten voor separatie*: het vervangen van separaties door het toepassen van een andere vrijheidsbeperkende interventie.
2. *Alternatieven voor separatie*: het vermijden van separaties in situaties waarin dat toegepast kan worden met behulp van interventies zoals 1-op-1 begeleiding en High Care (intensieve zorg).
3. *Preventieve interventies*: tegengaan van crisis of situaties waarin separaties toegepast kan worden tijdens een opname door bijvoorbeeld comfortrooms (ruimtes waarin cliënt tot rust kan komen maar die niet afgesloten kunnen worden) en *preventieve (keten)zorg*, met nadruk op het tegengaan van separeren door het verbeteren van de ambulante zorg.

Alle partijen zijn het erover eens dat de nadruk van beleid en praktijk van het terugdringen van separaties moet verschuiven naar het *voorkomen* hiervan. Voorkómen is wenselijker dan substitutie en dient dan ook als horizon te dienen. Dit voornemen raakt het gehele zorgproces en vraagt daarmee om integraal beleid met betrekking tot kwaliteit van zorg. Verschillende partijen vanuit het cliëntenperspectief geven aan dat de houding van hulpverleners en de vorm van hulpverlening hierbij van belang is: pas de hulpverlening aan op wat in de gegeven context het meest geëigend is en beweeg je als hulpverlener naar de cliënt toe in plaats van af te wachten en afstand te nemen.

Van behandelen naar beveiligen

Separaties worden door de partijen over het algemeen gezien als beveiligingsmethode, en niet meer zozeer als behandelmethode. Waar in het verleden nog therapeutische waarde aan separeren werd toegekend vanwege het gebrek aan prikkels, wordt het denken hierover nu duidelijk vanuit het gevaarscriterium geleid. Dit criterium houdt in dat er sprake moet zijn van gevaar voor de cliënt zelf of voor anderen als gevolg van de geestesstoornis van de cliënt. Separaties hebben dan tot doel om de cliënt tegen zichzelf in bescherming te nemen of anderen (medecliënten of hulpverleners) te beschermen tegen de cliënt. Tegelijkertijd zijn partijen op zoek naar mogelijkheden om wel therapeutische condities te creëren met betrekking tot prikkelarme omgevingen, maar dan zonder de negatieve associaties die men heeft bij de separeer. Voorbeelden hiervan zijn de

inzet van comfortrooms, gebouwelijke aanpassingen die vrijwillige afzonderingsruimten scheppen (denk hierbij aan een patio of rustige zithoek) en het creëren van éénpersoonkamers in plaats van meerpersoonskamers.

Het toepassen van separaties wordt volgens verschillende partijen erg bepaald door het cliënttype waarmee gewerkt wordt. Vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn er signalen dat separatie of afzondering daar ook een pedagogische functie kan hebben. Als jongeren in hun gedrag bepaalde grenzen overschrijden kunnen zij voor een korte periode (bijvoorbeeld 15 minuten) worden afgezonderd in een separeerruimte. In de forensische psychiatrie wordt aangegeven dat het bij deze groep cliënten moeilijk vast te stellen is of de onrust die zij veroorzaken komt door het ziektebeeld of dat het ‚hufferig gedrag’ is. Separeren in bovenstaande situaties is volgens de wet niet geoorloofd omdat er geen sprake is van gevaar voor de cliënt of anderen als gevolg van de geestesstoornis dat bovendien niet op een andere manier afgewend kan worden. Behandelaars vinden echter binnen de wetgeving ruimte om een ‚eigen’ koers te varen. Het gevaarscriterium kan volgens respondenten zodanig opgerekt of geïnterpreteerd worden dat dergelijke situaties wel onder het criterium gebracht kunnen worden. De vraag is in hoeverre dit wenselijk is. Wellicht dient de wetgeving hier anders in te voorzien.

Positieve cultuuromslag zichtbaar

Er is duidelijk een positieve cultuuromslag gaande: separatie is geen toepassing (meer) die standaard in het arsenaal van de GGZ thuis hoort, vinden partijen. Een separeervrije GGZ wordt door verschillende partijen nagestreefd en in grote mate mogelijk geacht, echter hierover is geen consensus. Alle betrokkenen huldigen het standpunt dat dwangbehandeling tot het minimum dient te worden beperkt. Gepleit wordt voor een genuanceerde discussie over de toepassing van dwang en drang in het algemeen en separaties in het bijzonder. Men is het erover eens dat vrijheidsbeperking an sich zoveel mogelijk teruggebracht moet worden en dat *daarnaast* zoveel mogelijk een therapeutisch klimaat moet worden geboden. Hierbij is van belang dat de ene vorm van vrijheidsbeperking (zoals separatie) niet automatisch moet worden ingeruild voor een andere dwang- en drangmaatregel (zoals afzondering en dwangmedicatie). Daarbij komt dat het uitgangspunt in praktijksituaties volgens partijen die cliënten vertegenwoordigen, zou moeten zijn: de wens van de cliënt in zijn specifieke situatie en context. Als in de praktijk dwang wordt toegepast moet idealiter op zijn minst rekening gehouden worden met zijn/haar voorkeur wat betreft de vorm (separatie, afzondering, dwangmedicatie).

Het veld onderneemt stappen om dit te realiseren maar heeft hierin nog een weg te gaan. Deze weg begint bij het vergroten van de kennis met betrekking tot substituten, alternatieven en preventieve inzet bij behandelaars in de GGZ en – tot zekere hoogte – ketenpartners zoals ambulante zorgverleners (huisartsen bijvoorbeeld), politie en ambulance. Daarnaast is een uitbreiding van het arsenaal aan mogelijke alternatieven binnen de instelling wenselijk. Van innovaties zoals de inzet van

comfortrooms, High Care en de Intensive Care units voor de GGZ²⁹ wordt veel verwacht. De partijen stimuleren verder onderzoek naar de mogelijkheden die deze opties kunnen bieden.

Het project Dwang & Drang van GGZ Nederland levert hiertoe een belangrijke bijdrage. De gesproken partijen zijn allen positief over dit project dat loopt sinds 2006 in vele instellingen en gericht is op een jaarlijkse reductie van tien procent van de separaties in de gehele instelling. De insteek van het huidige project is meerledig: kennis verder verspreiden binnen de sector, nieuwe vormen van High Care, Intensive Care units, 1-op-1 begeleiding als alternatief voor separatie realiseren, en inzetten op het voorkomen van situaties die tot dwang kunnen leiden. Het care-concept wordt op dit moment uitgewerkt binnen de verschillende GGZ-instellingen. Het is van belang dit te doen in samenspraak met cliënten en naastbetrokkenen. Ook de inbreng van verpleegkundigen in deze ontwikkeling is van belang. Zij hebben als beroepsgroep dan ook de bijzondere aandacht binnen de projecten. High Care is een visie die uitgaat van gastvrijheid en in contact blijven met de cliënt. Ingezet wordt op een cultuuromslag waarbij vroegsignalering, crisis-risicotaxatie, coachen, de-escalatie, comfortrooms en begeleide afzondering worden gebruikt ter preventie van separatie³⁰.

Separaties in de toekomst wellicht beperkt tot IC units

Separeren wordt in de toekomst volgens verschillende partijen op landelijk niveau een voorbehouden handeling die enkel op speciaal daarvoor ingerichte afdelingen (Intensive Care units) wordt toegepast. Intensive Care (IC) units moeten zijn uitgerust met personeel dat opgeleid is in de specifieke deskundigheid die vereist is om crisis in te dammen. De IC units beschikken over de ruimte om een persoonlijke en individuele begeleiding door de crisis te waarborgen. Idealiter wordt in de rest van de GGZ separeren op termijn geheel uitgebannen. Daarbij geven beroepsorganisaties aan dat specifieke aandacht nodig is voor de groep forensisch psychiatrische cliënten en de groep cliënten met een dubbele diagnose (psychiatrisch in combinatie met verslaving). Deze groepen lijken nu achter te blijven als het gaat om het terugdringen van separaties terwijl het beeld is dat ook bij deze groepen vermindering van separatie mogelijk is.

Van belang is dat deze initiatieven binnen de instellingen leiden tot het daadwerkelijk terugdringen van het aantal en de duur van separaties. Volgens de landelijke partijen nemen de instellingen hun verantwoordelijkheid op en zijn zij gestart met veel initiatieven. Hierbij is een feit dat de initiatieven veelal projecten zijn die nog geborgd moeten worden in de „lijn’ ofwel de gehele organisatie. „Good’ en „best’ practices dienen gedeeld te worden en moeten zich als een olievlek gaan verspreiden zowel

29 High Care en Intensive Care worden in de praktijk als uitwisselbare termen gebruikt voor interventies waarbij sprake is van intensieve zorg aan cliënten. Dit geldt ook voor speciale afdelingen waar intensieve zorg wordt verleend: high care units of intensive care units. In het rapport gebruiken we voor de eenduidigheid de term High Care voor intensieve zorg en de term Intensive care (IC) unit voor de intensieve zorgafdelingen

30 Visie document „Het roer om’, de ontwikkeling van High Care. M. Kappen & E. Kuijpers. 2009, GGzE, Eindhoven.

binnen als tussen instellingen. Daarin kan op landelijk niveau meer worden gefaciliteerd. Partijen op macro-niveau zien hierin een belangrijke rol voor het ministerie van VWS. VWS kan zorgen voor een tijdige agendering van dit thema en kan faciliteren bij het delen van kennis in de sector.

Hoe verhoudt het toepassen van separaties zich tot het toepassen van andere vrijheidbeperkende interventies, alternatieven en preventieve maatregelen?

In Nederland wordt separeren ten opzichte van andere dwang- en drangmaatregelen (nog steeds) het meeste toegepast. Het beeld bestaat dat dwangmedicatie de laatste twee jaar meer wordt toegepast. Verschillende partijen geven aan dat dit weleens samen zou kunnen hangen met de negatieve aandacht voor separaties. Daarbij stellen vrijwel alle partijen zich de vraag of er niet een verschuiving aan het optreden is richting „chemische separatie” in plaats van separatie in de separeercel. Dit beeld wordt echter niet bevestigd door de registratiegegevens. Uit Bopzis gegevens blijkt namelijk dat het aantal dwangmedicaties in 2009 nagenoeg gelijk is gebleven ten opzichte van 2008. De discrepantie verdient nadere toetsing en aandacht. Ook geven verschillende partijen aan dat er mogelijk een semantische terugdringing gaande is. Het gebruik van ruimten en technieken die wettelijk gezien geen separaties inhouden maar waarbij wel sprake is van (eenzame) opsluiting, zou voor een kunstmatige terugdringing in het aantal separaties kunnen zorgen. Ook hiervoor is geen onderbouwing. Op dit moment is het dan ook niet vast te stellen in hoeverre dit daadwerkelijk speelt.

Richten op „echte alternatieven”

Een belangrijke algemene gedachtenlijn is dat andere vrijheidsbeperkende interventies geen echt alternatief vormen voor separatie, maar een substitutie zijn. Hieruit vloeit voort dat bijvoorbeeld afzondering en dwangmedicatie geen behandelalternatieven vormen voor separatie. De eventuele toepassing van al deze maatregelen moet onder de uiterste zorgvuldigheid gebeuren. Hierbij staat voorop dat per individuele cliënt, in samenspraak met de cliënt, moet worden vastgelegd in een behandelplan welke maatregel de voorkeur heeft. Het is dus niet mogelijk op voorhand een bepaalde maatregel als „goed” of „slecht” aan te merken, merken partijen vanuit het cliëntenperspectief op. Het nieuwe wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg dat de Wet Bopz op termijn gaat vervangen, ondersteunt dit gedachtegoed door de voorkeur van de cliënt vast te laten leggen.

Alle betrokkenen geven dan ook aan dat het gaat om het voorkomen van dwang en drang in het algemeen en separatie in het bijzonder. Een eerste stap hierin is het richten op alternatieven in plaats van substituten. Dit zijn benaderingswijzen – die in tegenstelling tot hoe er momenteel over separeren wordt gedacht – wel aangemerkt kunnen worden als behandelmethoden. Voorbeelden zijn comfortrooms, High Care, IC-units en begeleide afzondering. Kortom, positieve benaderingswijzen die gericht zijn op het *in contact blijven* met de cliënt en het behoud van het perspectief van behandeling. Hierbij is het van belang dat deze opties worden ondersteund in personele en financiële zin en dat ze beleidsmatig worden geborgd.

Verpleegkundigen zijn diegenen die op de afdeling direct en voortdurend met cliënten te maken hebben en verantwoordelijk zijn voor het afdelingsklimaat. Het is dan ook van belang dat verpleegkundigen goed gefaciliteerd worden om separatie te kunnen voorkomen, vinden beroepsorganisaties. Gesproken wordt over het belang van een ondernorm voor de verpleegkundige bezetting. De achtergrond hiervan is dat als de werkdruk te hoog is, dwang- en drangmaatregelen eerder toegepast worden. Daarnaast moeten verpleegkundigen een goed gevoel hebben voor de waarden die van belang zijn voor het leveren van goede zorg. Hiervoor is continue afweging van verschillende interventies en reflectie hierop van groot belang. Verpleegkundigen moeten zich kunnen richten op het aanwezig en beschikbaar zijn voor cliënten en het in contact blijven met hen. In de opleiding en ook op de werkplek gedurende coaching en reflectie is dat een belangrijk aandachtspunt. Door de verpleegkundige belangenorganisatie wordt gepleit voor een als specialisme aangemerkte aparte GGZ IC-opleiding voor verpleegkundigen.

Naast de belangrijke rol die verpleegkundigen hebben, is het van belang dat multidisciplinair wordt samengewerkt (met behandelaar als psycholoog en psychiater) en dat overleg in de triade (cliënt, naastbetrokkenen en professional) plaatsvindt. In dit kader kan ook de rol van ervaringsdeskundigen genoemd worden. Partijen die cliënten vertegenwoordigen geven aan dat cliënten onder andere vanwege achterdocht naar professionele hulpverleners soms liever een ervaringsdeskundige hebben om mee te praten. Het begrip en het invoelingsvermogen vanuit de ervaringsdeskundige staat dan centraal. Aangegeven wordt dat bij deze inzet randvoorwaarden en competenties vastgesteld moeten worden.

Een meer cliëntgerichte zorg op de afdeling kan volgens verschillende partijen een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkomen van separaties. Gedacht wordt aan het inzetten op: specifieke methoden en technieken (bijvoorbeeld aandacht eerste ontvangst), intervisie, vaste momenten inbouwen in werkproces waarop geëvalueerd wordt, zoveel mogelijk aanwezigheid in de huiskamer (beschikbaarheid van laptop en mogelijkheid tot administratie aldaar) en organisatie van dagactiviteiten. Naast deze activiteiten kan ook aandacht besteed worden aan bouwkundige kant: eigen kamers, ruimte om vrijwillig af te zonderen en Intensive Care units. De gedachte is dat cliënten in een crisissituatie *juist niet* alleen gelaten moeten worden.

Voorts wordt vanuit cliëntperspectief aandacht gevraagd voor de, in hun ogen, wildgroei aan nieuwe namen voor mogelijk hetzelfde: separette, snoezelruimte, comfortrooms, time-out ruimtes, afzondering op eigen kamer etc. Het gevaar bestaat dat deze nieuwe namen gebruikt worden voor eenzelfde vorm van interventie als separeren, te weten eenzame opsluiting. Alleen de naam en de aankleding van de ruimte wijzigen, betekent niet dat het karakter van de interventie verandert. Geconstateerd wordt dat het – ook voor respondenten – niet altijd duidelijk is wat wordt bedoeld met welke term.

Aandacht voor ambulante zorg

Een andere belangrijke stap in de preventie van dwang en drang die wordt aangegeven, is het inzetten op meer ambulante werken en het betrekken van de gehele keten van zorgverlening. Het systeem moet opener worden. Een sterke scheiding tussen binnen-de-muren (afdeling) en buiten-de-muren (maatschappij en bijvoorbeeld crisisdienst) wordt ervaren door de meeste respondenten. Er zou meer transmuraal gewerkt moeten kunnen worden aangezien dit meer aansluit op de vraag en mogelijkheden van de cliënt. Het moet meer mogelijk zijn om mensen thuis te begeleiden of bijvoorbeeld een gedeeltelijke (dag of nacht) opname te bewerkstelligen. De relatie met de omgeving kan beter benut worden, vinden sommige partijen.

Cijfermatig inzicht: Bopzis gegevens

Naast kwalitatief inzicht in de werking van beleid en praktijk rondom separaties, geeft het onderzoek ook cijfermatig inzicht. Bopz-aangemerkte instellingen zijn wettelijk verplicht vanuit de Wet Bopz om alle toegepaste Middelen of Maatregelen en dwangbehandeling te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Valide gegevens over de wettelijk verplichte Bopz meldingen staan of vallen met de meldingsbereidheid van de GGZ-instellingen en vooral de betrokken professionals. De meldingen die door IGZ geregistreerd worden in het landelijke Bopzis databestand, zijn door de inspectie geanalyseerd om de ontwikkeling van het aantal toegepaste dwangtoepassingen (dwangbehandeling en Middelen of Maatregelen) in kaart te brengen (zie ook bijlage 2).

Tabel 3.1 geeft de toegepaste Middelen of Maatregelen en dwangbehandeling binnen de GGZ weer in absolute aantallen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen type instelling en soort dwangtoepassing. Het voordeel hiervan is dat de geïntegreerde GGZ-instellingen naast de andere bloedgroepen kunnen worden gezet. In de tabel is 95 procent van de separaties uitgevoerd binnen geïntegreerde GGZ-instellingen.

Daling totaal aantal separaties

Uit deze Bopzis gegevens komt naar voren dat het totaal aantal separaties onder dwang in de GGZ is gedaald met circa 18 procent van 6013 (2008) naar 4957 (2009) (zie ook tabel 1, bijlage 2). De (geïntegreerde) GGZ-instellingen, het kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit, en de PAAZ/PUK zijn met een daling van respectievelijk 18, 35 en 7 procent verantwoordelijk voor deze totale daling. Bij de andere typen instellingen is het aantal separaties gestegen. Het gaat bij deze instellingen echter om veel kleinere aantallen zodat procentuele veranderingen een vertekend beeld geven.

Tabel 3.1 – Toegepaste dwangtoepassingen in 2008 en 2009, in aantallen

	Separatie		Afzondering		Fixatie		Medicatie		Voeding en Vocht		Anders		Totaal	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Geïntegreerde GGZ-instelling	5345	4366	716	850	188	214	2112	2106	32	47	67	36	8460	7619
Kinder- en jeugdpsychiatrie	184	120	85	45	102	83	20	20	3	1	1	2	395	271
PAAZ/PUK	449	419	7	20	43	70	226	260	19	26	10	12	754	807
TBS/FPK instelling	0	10	0	8	0	0	0	4	0	0	0	0	0	22
Verslavingszorg-instelling	35	41	4	8	0	0	12	6	0	0	0	1	51	56
Onbekend	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totaal	6013	4957	812	931	333	367	2370	2396	54	74	78	51	9660	8776

Bron: IGZ, Bopzis gegevens.

Wanneer kwartielen³¹ (op basis van de procentuele stijging/daling van het totaal aantal separaties per instelling) met elkaar worden vergeleken, blijkt dat niet alle instellingen eenzelfde lijn van daling inzetten. Zo is bij de twee uiterste kwartielen een stijging te zien in het aantal separaties van 502 naar 966 en een daling van separaties van 911 naar 272 (zie tabel 2, bijlage 2). Wanneer instellingen op basis van de mate waarin separaties binnen instellingen plaatsvinden, met elkaar worden vergeleken, is tevens te stellen dat instellingen verschillende ontwikkelingen tonen. Instellingen met relatief weinig separaties (0 t/m 10 separaties) zien een stijging in het aantal separaties, waar „gemiddelde” (11 t/m 100 separaties) en vaak separerende instellingen (meer dan 100 separaties) een daling laten zien (zie tabel 3, bijlage 2).

Andere dwangtoepassingen, naast separaties, die relatief vaak gebruikt worden, zijn afzondering en medicatie (tabel 3.1). Het aantal afzonderingen is van 2008 naar 2009 gestegen met 15 procent. Enkel het kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit kende een daling in het aantal afzonderingen (van 85 naar 45). Bij de (geïntegreerde) GGZ-instellingen, waar relatief veel afzonderingen plaatsvinden, is dit aantal van 716 naar 850 gestegen. Het gebruik van dwangmedicatie is nagenoeg gelijk gebleven (2370 in 2008 versus 2396 in 2009). Bij de PAAZ/PUK is dit aantal gestegen, bij de overige typen instellingen is dit licht gedaald.

Kijkende naar het totaal aantal dwangtoepassingen per soort instelling, is zichtbaar dat alleen de (geïntegreerde) GGZ-instellingen en het kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit een daling hebben gekend (tabel 1, bijlage 2). De (geïntegreerde) GGZ-

31

In de statistiek is een kwartiel een van de drie waarden die een geordende set data, de steekproef, in vier gelijke delen opdeelt. Elk deel is dus een kwart van de dataset. Men spreekt van eerste, tweede en derde kwartiel.

instellingen tonen een daling van 10 procent, voor het kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit is dit 31 procent. Het totale aantal dwangtoepassingen over alle typen instellingen is van 2008 naar 2009 gedaald met 9 procent van 9660 naar 8776. De vijf overige dwangtoepassingen tonen net als separaties een groot verschil in de procentuele stijging/daling in aantallen tussen de verschillende kwartielen.

Onderscheid in Middelen of Maatregelen en dwangbehandeling

Separaties kunnen worden toegepast als Middel of Maatregel ter overbrugging van een noodsituatie of in het kader van dwangbehandeling. Beiden moeten worden gemeld aan IGZ. De inspectie verwerkt deze gegevens in het Bopzis systeem. De tabellen 4 en 5 in bijlage 2 geven in absolute aantallen weer hoe bovenstaande cijfers over deze twee vormen van dwangtoepassing zijn verdeeld. Middelen of Maatregelen ter overbrugging van een noodsituatie worden veel vaker toegepast dan dwangbehandelingen. Zo komen separaties als Middel of Maatregel ongeveer vier keer zo vaak voor dan separaties als dwangbehandeling. In beide gevallen is het aantal separaties overigens sterk gedaald, 14 procent als Middel of Maatregel en 30 procent in het kader van een dwangbehandeling.

Opvallende verschillen tussen Middelen of Maatregelen en dwangbehandeling zien we bij het gebruik van afzondering en medicatie binnen (geïntegreerde) GGZ-instellingen. Het aantal toepassingen van afzondering en medicatie als Middel of Maatregel ter overbrugging van noodsituaties is in 2009 toegenomen, terwijl medicatie in het kader van dwangbehandeling in 2009 minder vaak voorkwam en het aantal afzonderingen als dwangbehandeling nagenoeg gelijk is gebleven.

Hoe verhoudt de visie en toepassing van dwang- en drangmaatregelen in Nederland zich tot de internationale (juridische) visie en toepassing?

In de derde evaluatie van de Wet Bopz³² wordt verslag gedaan van een deelonderzoek rondom de vraag welke ontwikkelingen zich buiten Nederland hebben voorgedaan met betrekking tot met de Wet Bopz vergelijkbare wet- en regelgeving. Daarbij gaat het zowel om verdragen en richtlijnen van internationale organisaties als om de wetgeving uit een aantal andere landen. Om ook een beeld te verkrijgen van de opvattingen van het (inter)nationale beroepsveld over de Nederlandse (juridische) visie en separeerpraktijken, en of er in het buitenland interessante initiatieven worden ondernomen, is een internationaal expertpanel geraadpleegd. Deze experts zijn leden van The European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG), een Europese groep van onderzoekers op het gebied van agressie, geweld en dwangtoepassing. Twaalf leden met uiteenlopende functies (psychiaters, hoofd onderzoek psychiatrische instelling, directeur psychiatrische instelling, verpleegkundigen, consultant, wetenschappelijk onderzoekers), afkomstig uit acht landen (Zweden, Finland, Duitsland, Turkije, Ierland, Groot-Brittannië, Finland en Noorwegen) hebben gereflecteerd op de situatie in Nederland. De bevindingen

hieronder hebben uitsluitend betrekking op de opvattingen van het internationale expertpanel.

In Turkije vindt binnen GGZ-instellingen gedwongen medicatie en fixatie plaats. Een professionele of publieke voorkeur is niet gedetailleerd onderzocht, maar er is een gemiddeld tot hoge maatschappelijke acceptatie van deze interventies, met name bij acute psychiatrische hulp. Separatie is geen gangbare interventie in Turkije, een gebruikelijkere methode is fixatie.

In Noorwegen daarentegen staat separeren voorop, maar dan op een andere wijze dan in Nederland, namelijk in een speciaal hiervoor ingerichte afzonderingsafdeling: een *seclusion area*. Deze afdelingen zijn klein. De cliënt is er, ook in crisissituaties, nooit alleen maar kan toch gescheiden van anderen zorg ontvangen. Separeren in de zin van eenzame afzondering wordt in Noorwegen niet gezien als onderdeel van een therapeutische behandeling. Dat betekent niet dat er geen dwanginterventies zijn: in uiterste nood wordt een cliënt gefixeerd op bed of vastgebonden met ‚mobiele riemen‘ waarmee de cliënt kan lopen. Fixatie gebeurt echter altijd met toezicht van een verpleegkundige. Andere gedwongen behandelingsvormen zijn gedwongen medicatie op langdurige basis, gedwongen voeding, en gedwongen medicatie bij een acute situatie. ‚Skjerming‘, het part- of fulltime gescheiden zijn van de afdeling en van andere cliënten, met de continue aanwezigheid van een verpleegkundige, is het meest geaccepteerd, zowel bij professionals als publiekelijk, vanwege de intensieve zorg en de therapeutische waarde. Gedwongen medicatie wordt geaccepteerd als deze interventie bijdraagt aan ‚het beter worden‘. Het separeren, eenzaam opsluiten, wordt beoordeeld als de slechtste interventie omdat er geen sprake is van en kans op een therapeutische behandeling, symptomen niet kunnen worden geobserveerd, en effecten van slaap of medicijngebruik niet kunnen worden geëvalueerd.

In Zweden is een gedwongen behandeling mogelijk binnen de wetgeving van gedwongen zorg. Onder meer kunnen gedwongen injecties bij behandeling in acute situaties worden gezet, en bestaat de mogelijkheid om bij gevaarlijke agressie fixatie tot een maximum van vier uur en zonder melding aan autoriteiten toe te passen. Separatie onder supervisie is mogelijk als interventie voor maximaal acht uur zonder bekendmaking aan autoriteiten. Gedurende deze kortlopende interventie zijn professionals gericht op het afwenden van de crisis, dikwijls gebeurt dat met de angstdemper benzodiazepines. In het Zweedse publieke domein is momenteel geen discussie gaande over het separeerthema. Wel is er meer debat rondom het niet met verlof laten gaan van MDO's (tbs-ers) in verband met veiligheid, en is een verschuiving zichtbaar van een focus op mensenrechten richting veiligheidsaspecten.

In Finland heeft separeren de eerste voorkeur, boven fixatie dat alleen wordt toegepast als separatie onvoldoende de veiligheid waarborgt.

Het Ierse model varieert – binnen de wetgeving en richtlijnen van een Mental Health Commissie (MHC) – van gedwongen interventies als gedwongen detentie tot gedwongen medicatie. Verder wordt ook ‚special nursing‘ of ‚constant observation‘ gehanteerd, dat wil zeggen een 1-op-1 observatie waarbij de cliënt niet alleen

gelaten wordt. De separeerruimte is in Ierland een prikkelarme omgeving, „the green room”, waarbij de cliënt andere cliënten kan zien en horen en de separeer niet afgelegen ligt, maar waar de deur uitkomt op de huiskamer. De voorkeur heeft een combinatie van gedwongen medicatie en separatie, wat in praktijk meestal leidt tot enkel gedwongen medicatie omdat veel instellingen ook geen separatieruimtes hebben of nog gebruiken. Fixatie komt nauwelijks voor. Maatschappelijk gezien is het thema opsluiting ambigue, dat wil zeggen waar dwang in de maatschappij geassocieerd wordt met geweld, wordt opsluiting in instellingen, waar dat dan nog gebeurt, eerder gezien als een noodzakelijk kwaad ter bescherming van de samenleving.

In Duitsland krijgt separeren vorm als opsluiting in speciale kamers; ook fixatie en gedwongen medicatie worden gehanteerd als dwanginterventie. De therapeutische behandeling richt zich op het verminderen van ontredde van de cliënt. Er is een continu debat over welke dwangmethode de voorkeur heeft. Duits onderzoek³³ toont dat cliënten zelf de voorkeur geven aan separatie boven gedwongen medicatie. Gedwongen medicatie wordt breed maatschappelijk gedragen indien gebaseerd op een rechterlijke uitspraak of in geval van nood. Fixatie wordt vaker gebruikt dan separatie. Er zijn ook psychiatrische ziekenhuizen zonder separeerruimtes, maar met bijvoorbeeld een „Beobachtungszimmer”, een kamer met een raam waardoor de cliënt nagenoeg voortdurend geobserveerd wordt en waar een verpleegkundige buiten de kamer voor de deur zit, zonder dat de kamer op slot is. Separatie is geen maatschappelijk debatissue momenteel, aannemelijk omdat de toepassing ervan van korte duur (gemiddeld vier uur) is. Discussies gaan over de toepassing van dwang in het algemeen en de dominante visie is dat ernaar gestreefd moet worden om deze zoveel mogelijk te beperken.

Britse varianten van gedwongen behandeling zijn separatie en gedwongen toediening van kalmeermiddelen. De acceptatie van het gebruik daarvan varieert van totale afwijzing naar een laatste redmiddel. *Seclusion* wordt geprefereerd boven gedwongen kalmeermiddelen. De publieke opinie loopt uiteen van therapeutische behandeling voor cliënten die zorg nodig hebben tot bescherming van de maatschappij tegen mensen met psychische problemen. In Engeland en Wales bleek fysieke reductie van separeercellen succesvol als bijdrage aan een traditieverandering: een gedwongen „thinking outside the box” om alternatieven te vinden.

Welke aanknopingspunten zijn er voor de verbetering van de uitvoeringspraktijk van de Wet Bopz?

De Wet Bopz regelt onvrijwillige opname en het toepassen van Middelen of Maatregelen ter overbrugging van een noodsituatie en dwangbehandeling. Middelen of Maatregelen en dwangbehandeling zijn gebonden aan voorwaarden: er is sprake van gevaar dat niet op een andere wijze kan worden afgewend en het gevaar is een

gevolg van de geestesstoornis van de cliënt. Het is belangrijk te onderkennen dat de Wet Bopz niet bepaalt welke Middel of Maatregel of welke interventie in het kader van een dwangbehandeling wel of niet mag plaatsvinden. Die beslissing wordt genomen in de dagelijkse instellingspraktijk. De cultuur binnen een instelling speelt dan een grote rol in de daadwerkelijke toepassing van separatie, volgens de partijen.

Wet Bopz: niet toekomstbestendig, vervanger op komst

De huidige Wet Bopz is volgens het advies van de laatste evaluatiecommissie³⁴ als ook de verschillende betrokken partijen niet toekomstbestendig. De wet wordt gedragen en werkt in principe wel maar is te log, ingewikkeld en niet helder zeker na aanpassingen vanuit jurisprudentie, vinden partijen. Dit heeft tot gevolg dat de uitvoeringspraktijk van de Wet Bopz bemoeilijkt wordt. Er worden door verschillende respondenten inhoudelijke kanttekeningen geplaatst bij de wet. Zo wordt de Wet Bopz bekritiseerd als opnamewet en geen behandelwet. Bovendien wordt door beroepsorganisaties aangegeven dat er „vanuit de Wet Bopz weinig ruimte is om preventief in te grijpen”. In aanloop is weinig mogelijk. Mocht er eerder meer inzet, meer zorg ambulant kunnen worden gegeven dan is opname en mogelijk separatie te voorkomen in een aantal gevallen. Dit wordt nu volgens verschillende beroepsorganisatie onvoldoende gefaciliteerd door de Wet Bopz. Daarnaast wordt door beroepsorganisaties als knelpunt aangegeven dat binnen de Wet Bopz beveiligende (Middelen of Maatregelen) en therapeutische (dwangbehandeling) maatregelen onder één „noemer” zijn gebracht. Dit bemoeilijkt volgens hen het uitgangspunt „wilsbekwaamheid” van de betrokken cliënt wat betreft de keuze en toepassing van een maatregel. Nu ligt, volgens enkele partijen, de focus op het afwenden van het gevaar voor de persoon zelf of voor derden. Niet op het zelf kunnen bepalen van de cliënt over welke interventie er volgt.

Er wordt op dit moment gewerkt aan de vervanger van de Wet Bopz: het nieuwe wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg. In dit wetsvoorstel, dat een conceptvoorstel betreft en dus nog gewijzigd kan worden, spreekt men niet meer van „gevaar” maar van „aanzienlijk risico op ernstige schade”, daarmee aansluitend bij internationale terminologie. De meeste partijen die zijn geïnterviewd menen echter dat ook in de nieuwe wet het gevaarscriterium het uitgangspunt blijft. Inhoudelijk gaat de wet met zijn tijd mee, vindt men. Een belangrijke vernieuwing is het instellen van multidisciplinaire commissie die de rechter adviseert over verplichte zorg. De commissie zal tevens als adviseur optreden bij beëindiging van de verplichte zorg. Met haar multidisciplinaire samenstelling (jurist, psychiater, algemeen lid en eventueel specifiek deskundigen) adviseert de commissie over de gewenste „zorg op maat”. Zij verzamelt de noodzakelijke informatie en in een hoorzitting hoort zij de meest betrokken partijen: de verzoeker, de betrokkene, de wettelijk vertegenwoordiger, de zorgverantwoordelijke, de familievertegenwoordiger, de advocaat en zo nodig andere personen.

Vanuit verpleegkundig perspectief wordt aangegeven dat het van groot belang is dat in de voorgestelde commissie een verpleegkundige deelneemt. Reden hiervoor is dat in de klinische setting maar juist ook in de ambulante setting de verpleegkundige bij uitstek goed zicht heeft op alles wat er gebeurd is met de cliënt. Dit is in het huidige wetsvoorstel nog niet goed aangegeven. Beroepsorganisaties zijn kritisch ten opzichte van eventuele bureaucratie. Er zijn veel verschillende beslismomenten in de nieuwe wet welke mogelijk veel werk met zich mee brengen. „Procedures zijn nodig maar bureaucratische rompslomp ligt op de loer.’ Vanuit behandelaars en verpleegkundig oogpunt wordt aangegeven dat de bredere zorgmachtiging in het nieuwe wetsvoorstel positief is. Dit kan betekenen dat er op ambulant vlak meer mogelijkheden komen. IGZ kan als toezichthouder een stimulerende rol spelen in het maken van een slag in de ambulante GGZ. Vanuit cliëntperspectief staat men zowel positief als kritisch tegenover de nieuwe wet. De verbetering van de rechtspositie van de cliënt wordt als positief aangemerkt evenals het feit dat het nieuwe wetsvoorstel multidisciplinair in de praktijk getest is in een pilot setting.

Tot slot, wordt door alle partijen aangegeven dat het van belang is om in de nieuwe wet de Argus registratie een wettelijke grondslag te geven. Alle partijen pleiten nadrukkelijk voor het vervangen van de Bopzis registratie door de Argus registratie in de nieuwe wet Verplichte Gezondheidszorg. Het Argus registratiesysteem biedt meer sturingsinformatie dan de Bopzis gegevens.

4 Bevindingen op meso niveau

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen op meso-niveau en beantwoordt achtereenvolgens de volgende vraagstellingen:

- Maken alle partijen (instellingen, professionals, patiëntenvertrouwenspersonen, cliëntenraden en IGZ) die een rol moeten of kunnen spelen bij het terugdringen van het aantal separaties hun rol voldoende waar?
- Zijn GGZ-instellingen bereid om dwangbehandeling en Middelen of Maatregelen te melden aan IGZ, conform de wettelijke vereisten en wordt de signaal- en meldfunctie die professionals en instellingen, patiëntenvertrouwenspersonen moeten bekleden naar IGZ, voldoende gekend en ingevuld? Op welke wijze stimuleren, faciliteren en controleren instellingen de registratie van dwangtoepassingen door haar professionals en in hoeverre kan IGZ daar een positieve bijdrage aan leveren?
- Welke initiatieven worden ontwikkeld binnen GGZ-instellingen om alternatieven te creëren voor vrijheidsbeperkende interventies in het algemeen en separaties in het bijzonder; en welke verdere vorderingen in het terugdringen van separaties zijn te verwachten op basis van de initiatieven van de GGZ-instellingen, de evaluaties en toezichtrappen?

Deze vraagstellingen laten zich beantwoorden aan de hand van: een bureauonderzoek beleidsdocumenten afkomstig van de geselecteerde zeven casusinstellingen, en interviews met stakeholders op meso-niveau (IGZ, en vier stakeholders binnen elk van de zeven GGZ-instellingen: geneesheer directeuren, patiëntenvertrouwenspersonen en vertegenwoordigers van Middelen of Maatregelen commissies en cliëntenraden (soms ook met de naastbetrokkenenraad) Waar de casusinstellingen vanuit hun verschillende werkvorm van elkaar afwijken wordt dit expliciet in de tekst vermeld. Verder is gebruik gemaakt van informatie uit de interviews met psychiaters en verpleegkundigen op micro-niveau. De scheidslijn tussen het meso-niveau (beleidsdomein) en het micro-niveau (werkvloer) is relatief dun waardoor partijen op de werkvloer ook vaak op de zaken hebben gereflecteerd vanuit een beleidsmatig perspectief. Deze informatie is – indien relevant – in dit hoofdstuk verwerkt. De bevindingen van de verschillende onderzoeksmethoden worden geïntegreerd beschreven.

Maken alle partijen (instellingen, professionals, patiëntenvertrouwenspersonen, cliëntenraden en IGZ) die een rol moeten of kunnen spelen bij het terugdringen van het aantal separaties hun rol voldoende waar?

Uit het contact met IGZ en de verschillende stakeholders binnen de instellingen is gebleken dat zij allen – gesteund door de landelijke politieke aandacht en de daarbij horende financieringsstromen – duidelijk de intentie hebben om separatie waar mogelijk verder terug te dringen. Separeren is een gedrag van de zorgverleners dat tot stand komt in interactie met de cliënt en de instelling. Gedrag kan worden gezien als een multiplicatieve functie van motivatie, capaciteit en gelegenheid. Oftewel: *willen*, *kennen* en *kunnen*. Gesteld kan worden dat behandelaars in de hedendaagse GGZ niet meer willen separeren, steeds beter ‘echte alternatieven’ hiervoor leren kennen en steeds vaker gefaciliteerd worden door de instelling waar zij werkzaam zijn en het landelijk en sectoraal beleid om deze alternatieven toe te kunnen passen. Aandachtspunt is de borging van nieuw werkgedrag.

Terugdringen van separaties: een stand van zaken

Partijen (h)erkennen hun verantwoordelijkheden als het gaat om het voorkomen van toepassing van separaties en zijn merkbaar op zoek naar innovatieve ideeën en best-practices die hierin kunnen faciliteren. Dit leidt tot een uniek momentum, waarbij het onderwerp bij alle stakeholders hoog op de agenda staat en ruimte creëert voor het veld om initiatieven te ontwikkelen die separaties helpen verminderen. Wel zijn verschillen merkbaar tussen de instellingen ten aanzien van de wijze waarop het verminderen van separaties wordt vormgegeven qua visie (bevlogen versus mee moeten), doelstelling (verminderen versus nulbeleid) en omvang (pilotafdeling versus de hele instelling)

Uiteenlopende processen doen zich in het veld voor als het gaat om het terugdringen van separaties: bottom-up trekkers (een psychiater of teamleider die trekker is en richting beleid vorm geeft) en top-down. Het thema is vaak bij allen als belangrijk geoormd, maar de uitvoeringspraktijk met betrekking tot het daadwerkelijk terugdringen van separaties – het *blijvend anders werken* – sijpelt nog niet altijd door in de instellingen, is de breed gedragen opvatting van partijen op meso- en miconiveau. Best-practices en visies hierop hangen sterk aan mensen, aan trekkers die zelf moeten zorgen voor *borging*. Daar zit een risico dat eigen is aan een *project*. De uitdaging voor de komende jaren zit hem voor de sector precies hierin: in het laten vallen van het label ‘project’ en in het structureel en integraal doorvoeren van de ingezette weg richting terugdringing van separatie.

De geleverde inspanningen lijken inmiddels hun vruchten af te werpen. Uit registratiegegevens van IGZ wordt duidelijk dat over de gehele linie kan worden gesproken van een reductie van het aantal separaties met ongeveer 17 procent per jaar (hierbij zijn de cijfers van 2009 vergeleken met die van 2008)³⁵. Daarmee is de gestelde doelstelling behaald. De inspectie heeft in 2008 39 opnameafdelingen met

35 Toespraak van Dhr. Wim Schellekens, hoofdinspecteur curatieve zorg van de inspectie (IGZ) op het congres ‘Van beheersen naar Intensive Care in de GGZ, georganiseerd door GGZ Nederland op 11 maart 2010 te Nijkerk. In IGZ rapportage ‘Preventie van separeren in de GGZ 2009’ wordt een percentage van 10% genoemd. Het verschil in de percentages wordt veroorzaakt doordat een verschil in peildata van de meegenomen meldingen. Het percentage van 17% genoemd in de presentatie van de hoofdinspecteur op 11 maart 2009 is het meest actuele percentage zoals gecommuniceerd door IGZ. Dit percentage komt dicht in de buurt van de 18%, het percentage dat uit de Bopzis analyses komt die tbv dit rapport zijn uitgevoerd.

separeerruimte doorgelicht op separeerbeleid en in 2009 nog eens veertig andere opnameafdelingen³⁶. In 2010 zullen wederom vijftig opnameafdelingen worden bezocht. Het is dan de bedoeling om alle overige opnameafdelingen die een separeerruimte hebben en die nog niet zijn bezocht in het kader van het thematisch onderzoek naar separeerbeleid door de inspectie, door te lichten³⁷.

Patiëntenvertrouwenspersonen zijn bij cliënten in beeld wanneer deze klachten hebben. De rol van de patiëntenvertrouwenspersoon bij het terugdringen van separaties kan voldoende worden waargemaakt, aldus beleidsmakers op instellingsniveau en de patiëntenvertrouwenspersonen zelf. Er is wel een kanttekening: de wijze waarop een patiëntenvertrouwenspersoon is ingebed in een instelling verschilt sterk, van ‚onze pvp‘ met een herkenbare, vaste plaats binnen de instelling tot een pvp op grote afstand, die maar af en toe (bijvoorbeeld één keer in de week) op de instelling aanwezig is en minder bekend is met beleidsmakers en bestuur.

Separatie: van beheersing naar betrokkenheid

Partijen geven aan dat het denken over separeren in het afgelopen decennium duidelijk aan verandering onderhevig is geweest, er is een *cultuurverandering* gaande. In het verleden werd separatie volgens behandelaars en leden van de Middelen of Maatregelen commissie nog weleens gezien als onderdeel van de behandeling, waarbij een prikkelarme omgeving de cliënt zou helpen om tot rust te komen. Tegenwoordig vormt separeren veel meer een beveiliging-/beheersmethode om gevaar voor de cliënt zelf of voor anderen af te wenden. Instellingen en professionals zijn het er in de hedendaagse GGZ over eens dat ‚opsluiten geen zorg bieden is‘. Separatie wordt gezien als een onwenselijke situatie waarin het contact met de cliënt verbroken wordt en er letterlijk sprake is van een ‚time-out‘, niet alleen voor de cliënt maar ook in de behandeling. Een te lange time-out zet het succes van de behandeling onder druk. Een dergelijke beheersmaatregel dient zo snel mogelijk te worden opgeheven zodat de onderliggende oorzaak, de *daadwerkelijke* crisis, kan worden opgepakt, aldus de professionals.

Er zijn verschillende stakeholders in het veld betrokken bij het thema dwang en drang, en het terugdringen van separaties. Veel van de initiatieven gericht op het terugdringen van separaties zijn top-down ingericht. De snelheid van het doorsijpelen van beleidsinitiatieven en de kwaliteit van doorvoeren van het nieuwe beleid is zeer uiteenlopend. Het algemene oordeel is dat de visie top-down aangestuurd moet worden, maar dat een zogenaamde ‚opinion leader‘ op de werkvloer een essentiële factor vormt het creëren van draagkracht voor nieuwe werkwijzen onder hulpverleners. De waarde van separeren als beheersingsmaatregel neemt door deze zienswijze over de gehele linie af, echter niet overal in hetzelfde tempo. Het tempo van deze verschuiving lijkt afhankelijk van een aantal factoren, die elkaar ook weer (kunnen) beïnvloeden. Organisatiefactoren zoals de cultuur op een afdeling, het leiderschap en de zichtbaarheid van de projectleider/trekker, de mate van

36 IGZ (2008). Voorkomen van separeren van psychiatrische cliënten vereist versterking van cliëntgerichte zorg.

37 De geplande oplevering van deze rapportage is het eerste kwartaal 2011.

kennisdeling tussen professionals, de aandacht vanuit het bestuur en het wel of niet hebben van een actieve cliëntenraad spelen een duidelijke rol. Deze punten worden zowel door beleidsmakers, bestuurders als door de werkvloer (psychiaters en verpleegkundigen) opgemerkt.

Daarnaast geven geneesheer directeuren en leden van de Middelen of Maatregelen commissie binnen de instellingen aan dat het cliënttype waaraan zorg wordt verleend een grote rol speelt. Het terugdringen van separaties bij cliënten met een forensische achtergrond wordt daarbij in het bijzonder genoemd als moeizaam. Aangegeven wordt dat bij deze groep niet altijd de ziekte maar ook vaak het (wan)gedrag voorop staat, waardoor separatie vanuit een medisch perspectief wellicht voorkomen had kunnen worden maar vanuit een disciplinair oogpunt niet. De behandelaars geven aan weinig andere mogelijkheden te hebben op dit moment om gevaarlijk gedrag af te wenden. Kennisuitwisseling met justitie over hoe om te gaan met dit soort doelgroepen zou wenselijk zijn, geven instellingen aan die hiermee te maken hebben. Gedeeltelijk geldt dit overigens ook voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. Er zijn signalen dat separatie hier ook als een pedagogische maatregel wordt ingestoken. Als een jeugdige grensoverschrijdend gedrag vertoont wordt hij/zij voor een korte periode (bijvoorbeeld een kwartier) afgezonderd in de separeer. Hierover worden in het behandelplan afspraken gemaakt. Instellingen en professionals vragen zich af in hoeverre er binnen de huidige kaders en zonder nieuwe inzichten een verdere afname in het aantal separaties op een verantwoorde manier bij deze cliënttypen kan worden gerealiseerd.

Meer wederzijds begrip van verantwoording en verantwoordelijkheid

De nu zichtbare cultuurverandering is volgens zowel bestuur en beleidsmakers als de professionals met name „top-down’ ingezet, oftewel: vanuit het management richting de werkvloer. Gelijktijdig is er vanuit de werkvloer een versterkte roep om het terugdringen van separaties, als gevolg van nieuw inzichten met betrekking tot de gevolgen van separeren en alternatieven. Wat de professionals betreft is sprake van een „Jeergierige’ attitude. De landelijke (politieke en media-) aandacht en het aangepaste toezicht vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg hebben dit proces verder op scherp gezet.

Zo is IGZ in 2008 overgegaan op thematisch toezicht ten aanzien van de toepassing van separatie in de GGZ. Een deel van de instellingen geeft aan dat ze de inspectie een verbeterslag hebben zien doormaken. Het toezichtsorgaan stelt zichzelf pro-actiever op als het gaat om het terugdringen van separaties en is duidelijker aanwezig in het veld. Instellingen zien de toezichthoudende taak verbreden richting adviestaken. Deze trend kan wat de instellingen betreft nog verder worden doorgevoerd. Een kritische noot vanuit het veld is dat IGZ veel waarde hecht aan cijfers en zich richt op het correct doen van meldingen, maar nog onvoldoende de link legt tussen achtergrond en mogelijkheden in de praktische dagelijkse werkelijkheid van verpleegkundigen die geconfronteerd worden met agressieve patiënten. De inspectie zou in de toekomst volgens de instellingen idealiter (nog)

meer moeten inzetten op een kwalitatieve vorm van toezicht met meer aandacht voor de uitvoeringspraktijk en de (unieke) casussen die hierin voorkomen.

Cultuurverandering wordt versterkt door structurele aanpassingen

De afgelopen twee jaar zijn er ook in toenemende mate *structuurveranderingen* zichtbaar binnen de GGZ-instellingen. Deze variëren van grote beleidskeuzes zoals het sluiten van de separeer via gebouwelijke aanpassingen tot relatief kleine keuzes ten aanzien van de wijze waarop de separatie vorm krijgt. Gesteld kan worden dat het veld de zeilen heeft gehesen en – met behulp van de voorwaartse kracht die vrijkomt bij de door GGZ Nederland gecoördineerde Dwang & Drang projecten – vooruit gaat in de implementatie.

Binnen sommige instellingen is het veranderd denken over separeren in ultieme mate in de instellingsstructuur doorgevoerd. Het instellingsbestuur heeft daar besloten om de separeerruimtes op verschillende afdelingen te sluiten. Deze besluiten worden op de werkvloer en door collega-instellingen met gemengde gevoelens ontvangen. Enerzijds wordt de keuze vanuit een ideologisch perspectief toegejuicht, anderzijds vreest men ongewenste effecten in de dagelijkse praktijk. Deze effecten hebben onder meer betrekking op een afname in veiligheid voor het personeel bij een gebrekkig flankerend beleid en een „glazen opnamedeur” als het gaat om cliënten die voor separeren in aanmerking zouden kunnen komen. Deze cliënten zouden – door ketenpartners zoals politie en ambulance – al bij voorbaat naar andere GGZ-instellingen worden doorgesluisd, vreest men. Dit betekent voor die instellingen een (als oneerlijk ervaren) toename in het aantal dwangseparaties. Het is op dit moment nog te vroeg om deze beleidskeuzes te evalueren, echter op termijn is dit volgens partijen wenselijk. Er moet dan worden bekeken of er daadwerkelijk ongewenste prikkels uitgaan van het landelijk beleid ten aanzien van het terugdringen van separaties en of er ongewenste effecten zichtbaar zijn die voortvloeien uit de individuele keuzes van instellingen.

Personele inzet: bezuinigen versus investeren

Het terugdringen van separaties en het nemen van besluiten zoals het sluiten van de separeerruimtes op verschillende afdelingen vraagt ook om een goed flankerend beleid, bijvoorbeeld met betrekking tot het personeel. Top-down aandacht is noodzakelijk om op werkvloer rollen te kunnen waarmaken. Verpleegkundigen, de groep die zich het meest kwetsbaar voelt als het gaat om agressie vanuit cliënten moeten in dit proces gekend en begeleid worden. Opvallend is dat verpleegkundigen minder spreken in termen van het gevaarscriterium zoals dat in de Wet Bopz is vastgelegd en door de inspectie wordt beoordeeld. In de praktijk hebben zij het eerder over dreiging door oplopende agitatie, toenemende onrust veroorzaakt door chaotische of psychotische patiënten, onveiligheid door gebrek aan structuur en angst van medepatiënten. Naast het belang voor de cliënt lijken zij ook het belang van de (rust op de) afdeling en hun eigen belang (veiligheid) mee te laten wegen. Daarbij valt aan de hand van de bezochte casusinstellingen op dat verpleegkundigen die werken met relatief „lichte” psychiatrische cliënten bij onrustig of dreigend gedrag

sneller lijken te separeren, uit angst voor onrust bij medepatiënten. De vraag kan worden gesteld in hoeverre er op dat moment aan het wettelijk gevaarscriterium voldaan wordt.

Begeleiding van de verpleegkundigen en overige behandelaars kan door gelijktijdig in te zetten op bijvoorbeeld een versterking van agressiehanteringsmodules en preventie van escalatie in trainingen en opleiding, een *gastvrijheidsmodel* ten aanzien van de cliënt, het bieden van gebouwelijke alternatieven voor de separeer (met name in de sfeer van speciale ruimten zoals eenpersoonskamers die van binnenuit open en dicht kunnen, comfortrooms, patio's, etc.) en het mogelijk maken van meer arbeidsintensieve alternatieven zoals 1-op-1 begeleiding of een Intensive Care unit. Deze implementatie van flankerend beleid is in volle gang en verpleegkundigen geven aan hierover over het algemeen tevreden te zijn. Al gaat het in hun mening nooit snel genoeg en is er volgens hen – gelukkig – continu voortschrijdend inzicht met betrekking tot hoe het beter kan. Opvallend is dat uit navraag bij psychiaters blijkt dat er relatief minder trainingen worden ingezet voor artsen. Als verantwoordelijke beroepsgroep in de therapeutische driehoek arts-verpleegkundige-client verdient het de aanbeveling om specifieke deskundigheidsbevorderingsprogramma's te ontwikkelen en in te zetten voor deze beroepsgroep. Dit is onder andere nodig opdat verpleegkundigen hun rol goed kunnen waarmaken.

Doorn in het oog van de verpleegkundige beroepsgroep blijft daarbij echter de gelijktijdig (landelijk) ingezette bezuinigingen, waardoor de personele inzet – zeker in de nacht – op veel plekken is of wordt teruggebracht. Dit is ook te wijten aan een krappe arbeidsmarkt, wat leidt tot openstaande vacatures. Dit is een probleem dat in de rest van het land meer lijkt te spelen dan in het westen en midden van het land. Een duidelijk gevoel van miskennis is hierover bij de verpleegkundigen aanwezig. Inzet op preventie van escalatie en een snelle mobilisatie uit de separeer vraagt immers om tijd en ruimte, iets wat haaks staat op het „meer doen met minder”. Verpleegkundigen zijn het er daarnaast over eens dat de personele bezetting van een afdeling een rol speelt bij de inschatting van het gedrag van een cliënt en of dit een (al dan niet acceptabel) risico met zich meebrengt. Deze inschatting heeft immers ook te maken met het gevoel van veiligheid bij de aanwezige verpleegkundigen. Het zal intuïtief duidelijk zijn dat dit gevoel sterk kan worden beïnvloed door de aanwezigheid van collega's. Ook de meer ervaren – en daarmee vaak moeilijker te vinden en over het algemeen duurdere – krachten spelen in dit proces een belangrijke rol. Zij zijn vaak beter in staat om de (impliciete) kennis die zij bezitten in te zetten om separaties terug te dringen en om deze kennis als „opinion leaders” op de afdeling te borgen. Vrijwel unaniem geven bestuur, beleidsmakers en werkvloer aan dat de rek wat dat betreft eruit is en dat een verdere terugdringing van separaties met dezelfde of minder middelen niet op een veilige manier mogelijk is.

Separeren: zo kort en humaan mogelijk

Naast het waarmaken van de rol met betrekking tot het terugdringen van separaties blijkt uit de gesprekken met stakeholders binnen instellingen dat ook *de wijze waarop*

er wordt gesepareerd aan verandering onderhevig is. Instellingen en professionals hanteren in toenemende mate het uitgangspunt dat wanneer separatie toch toegepast dient te worden – hetgeen in toenemende mate zowel door bestuur als werkvloer wordt ervaren als een gebrek aan alternatieve mogelijkheden – er zo snel mogelijk dient te worden overgegaan tot „mobilisatie”, oftewel tot re-integratie van de cliënt in het reguliere zorgprogramma. Waar voorheen in het instellingsbeleid nog weleens gold dat separaties minimaal 24 uur moesten duren, of dat een separatie na acht uur 's avonds betekende dat de nacht in de separeer moest worden doorgebracht, zijn instellingen nu alerter op kansen om de situatie op te heffen. Daarmee wordt niet alleen gestreefd naar een afname van het aantal separaties maar ook naar een afname van hun duur. Daarnaast wordt in toenemende mate gewerkt aan maatwerk tijdens gedwongen separatie, bijvoorbeeld als het gaat om het verplicht dragen van separatiekleding en het gebruik maken van het in de separeer aanwezige beddengoed. Sommige instellingen zijn hun beleid aan het aanpassen op dit punt en stellen dat het separeren in eigen kleding en met het eigen beddengoed – uiteraard indien vanuit het gevaarscriterium mogelijk – een duidelijke winst kan betekenen in humaniteit. Ook naasten worden in toenemende mate betrokken teneinde de separatie zo snel mogelijk op te heffen.

Zijn GGZ-instellingen bereid om dwangbehandeling en andere Middelen of Maatregelen te melden aan IGZ, conform de wettelijke vereisten en wordt de signaal- en meldfunctie die professionals, instellingen en patiëntenvertrouwenspersonen moeten bekleden naar IGZ, voldoende gekend en ingevuld? Op welke wijze stimuleren, faciliteren en controleren instellingen de registratie van dwangtoepassingen door haar professionals en in hoeverre kan IGZ daar een positieve bijdrage aan leveren?

Om te monitoren hoezeer men er in Nederland blijvend in slaagt het separeren terug te dringen, is een goede, betrouwbare registratie noodzakelijk. Instellingen zijn verplicht om de inzet van dwangtoepassingen te melden aan de inspectie. Uit de gesprekken met zowel IGZ als met de instellingen is gebleken dat partijen vraagtekens zetten bij de kwaliteit van deze meldingen en de mogelijkheden die ze bieden voor het maken van een vergelijking (benchmark) over instellingen heen.

Meldingsbereidheid goed, uitvoering vraagt aandacht

Dit probleem komt niet direct naar voren als een kwestie van onwil, al is de focus en mate van aandacht voor de wettelijke melding van Middelen of Maatregelen en dwangbehandeling duidelijk verschillend per instelling. Globaal gezien kan worden gesteld dat instellingen met een grotere interne focus op het terugdringen van dwang, zelf ook een realistisch cijfermatig beeld wensen en strakker sturen op correcte melding. Dit gaat zelfs verder dan het melden van dwangtoepassing aan IGZ die de melding verwerkt in het registratiesysteem Bopzis. Het Argus registratiesysteem wordt hierbij voor de toekomst als een belangrijk middel gezien. Hierin worden alle vormen van vrijheidsbeperkende interventies, al dan niet onder dwang en al dan niet bij onvrijwillig opgenomen cliënten, geregistreerd. Op deze

wijze kan er meer gedetailleerde (stuur)informatie worden gedistilleerd (op afdelings- en/of teamniveau bijvoorbeeld).

In onze analyse hangt een minder optimale registratie vooral samen met een gebrekkige implementatie op afdelingsniveau van het – door het instellingsbestuur gedragen en veelal redelijk tot goed gedocumenteerd – meldingsbeleid. Ook het melden is zoals eerder besproken in het kader van het separeren op zich een *gedrag* vanuit de professionals. Bekeken dient dus te worden wat mogelijke drempels zijn voor een optimale uitvoering van het gewenste gedrag. Willen professionals (correct) melden? Hebben zij voldoende kennis om dit (correct) te doen? En worden zij door degenen die de meldingen van hen verwachten (de instelling, inspectie en het ministerie) voldoende hiertoe gefaciliteerd? Zowel beleid als werkvloer geven aan dat de professionals gemotiveerd zijn tot melding: men wil wel, maar om veel verschillende redenen lukt dat niet altijd zoals het zou moeten. Bij drukte op de afdeling – volgens de verpleegkundigen juist vaak het moment waarop er meer kans is op inzet van dwangtoepassingen – blijkt de uitgebreide administratie een belangrijk knelpunt. Slordigheden in de registratie (te laat, onvolledig of bij uitzondering zelfs niet) kunnen optreden als op een afdeling de toestand bij meerdere cliënten tegelijkertijd escaleert. Er wordt benadrukt dat dit uitzonderingssituaties zijn.

Wat meer in het algemeen geldt, is dat de meldingsplicht door psychiaters, maar vooral door verpleegkundigen als extra last op de werkdruk wordt ervaren, vooral wanneer men geen inhoudelijke of positieve feedback ontvangt wat betreft vorderingen en verbeterpunten. Of sterker nog, wanneer men intern op het aantal meldingen wordt afgerekend. Een punt van kritiek op het verplicht melden van dwangtoepassingen aan toezichthouder IGZ en het instellingsbestuur is het mogelijk ongewenste neveneffect dat cliënten die een hoge separatiekans hebben niet worden aangenomen. Volgens sommige partijen binnen de casusinstellingen is het „makkelijk pronken met nul separaties binnen instelling x, terwijl instelling y alle moeilijke cliënten krijgt’. Op termijn dient te worden bekeken in hoeverre dit een werkelijk ongewenst neveneffect is van de aandacht voor terugdringing van separatie vanuit het ministerie en de sector GGZ.

Het „Jaten liggen’ van administratie voor latere afwerking zorgt voor vertekening, doordat zaken in de herinnering anders worden ingekleurd. Bovendien worden om tijdswinst te boeken weinig specifieke schetsen beschreven. Daarnaast is er veel verwarring over de registratiewijze. Het gaat hier met name om aspecten zoals het gehanteerde tijdsbestek tussen het afsluiten van een separatie en het opnieuw separeren. Sommige instellingen hanteren dit als onderdeel van het mobilisatieprogramma naar aanleiding van de oorspronkelijke separatie. Andere instellingen voeren op dit punt een stringenter beleid en registreren twee keer.

Behoeftte aan meer gedetailleerde stuurinformatie

Onbekendheid op het operationele niveau met wat, wanneer gemeld dient te worden kan leiden tot een cijfermatige vertekening: bijvoorbeeld wanneer wel bij start wordt geregistreerd, maar men onzorgvuldig is met het melden van het einde van de

separatie. Dit laatste hangt volgens verschillende partijen (bestuur, beleid en werkvloer) binnen de instellingen samen met tijdgebrek en het ontbreken van een gebruiksvriendelijk registratiesysteem. De uniformiteit van meldingen biedt daarbij mogelijkheden voor verdere verbetering, wat zowel de instellingen en professionals als toezichthouder IGZ zal voorzien van betere stuurinformatie. Op beleidsniveau en bij de professionals is duidelijk behoefte aan meer gedetailleerde stuurinformatie, bijvoorbeeld over *alle* vrijheidsbeperkende interventies per maand/kwartaal en afdeling. Gesproken wordt in dit kader van een mogelijke verplichtstelling van of in ieder geval een stevige impuls voor het specifiekere registratiesysteem Argus. Dit systeem is onder de hoede van GGZ Nederland ingevoerd ten behoeve van de evaluatie van de lopende Dwang- & Drangprojecten.

VWS stimuleert deze beweging. Het is van groot belang om het momentum te benutten – in het veld leeft zeker *sense of urgency* om separeren verder terug te dringen – en om op zo kort mogelijke termijn de Argus-registratie wettelijk verplicht te stellen. Bij verplichte invoering van Argus dienen instellingen idealiter gefaciliteerd en niet gefrustreerd te worden in hun pro-activiteit. Er zijn voorbeelden van de ontwikkeling van interne vergelijkbare registratiesystemen voor de monitoring van toegepaste dwang- en drangmaatregelen in de instelling zelf. In een casus is een systeem vergelijkbaar aan Argus in gebruik, maar wordt niet overgeschakeld op Argus, omdat financieel geïnvesteerd is in dit systeem. Voor overschakeling op een nieuw systeem is geen budget.

Welke initiatieven worden ontwikkeld binnen GGZ-instellingen om alternatieven te creëren voor vrijheidsbeperkende interventies in het algemeen en separaties in het bijzonder; en welke verdere vorderingen in het terugdringen van separaties zijn te verwachten op basis van de initiatieven van de GGZ-instellingen, de evaluaties en toezichtrapporten?

Op basis van de binnen de instellingen gevoerde gesprekken en na bestudering van de verschillende projectplannen ten aanzien van het terugdringen van separatie kan worden gesteld dat de ingezette cultuurverandering zonder sturing vanuit het ministerie van VWS en/of de koepelorganisaties (GGZ Nederland, NVvP, V&VN) zorgt voor een grote variëteit aan initiatieven en reeds ingestelde maatregelen. Iedereen mag het wiel zelf uitvinden, en de richting van het proces (top-down/bottom-up) en de projectomvang (één afdeling als pilot of gehele instelling in één keer) zelf bedenken. Het niet sturen maar wel zorgen voor een optimale kennisdeling blijkt lastig te combineren en hier ligt dan ook een belangrijke uitdaging, met name voor het Ministerie. Good practices die, aldus partijen, vooral bottom-up worden ontwikkeld en vastgesteld, worden op dit moment niet optimaal gedeeld.

Verder geldt dat het beroepsveld steeds minder lijkt te denken aan alternatieven, maar dat de focus verschuift naar preventie (trainingen, ambulantisering, en ketenafstemming). Dit betekent een versterking van het beleid aan de start van de keten van de GGZ.

Van cultuur- naar structuurverandering: professionals aan zet

Het cultuurveranderingsproces is landelijk begonnen en heeft volgens zowel bestuur als werkvloer een duidelijke politieke lading: er is veel aandacht voor dit thema. Volgens sommige stakeholders binnen de instellingen is er – zonder afbreuk te willen doen aan het door iedereen onderstreepte belang van het terugdringen van separaties – de laatste jaren naar aanleiding van incidenten zoals dat in 2008 bij SPDC Oost wellicht *te veel* aandacht geschonken aan dit thema.

Sommige leden van Middelen of Maatregelen commissies geven aan dat de beroepsgroepen van verpleegkundigen en vooral psychiaters hierdoor wellicht te weinig kansen krijgen van beleidsmakers en bestuurders om de eigen verantwoordelijkheid op te pakken. De verschillende partijen binnen de instellingen zijn het er in algemene zin over eens dat separatie over het algemeen voor niemand leidt tot een wenselijke situatie; niet voor de cliënt en niet voor de behandelaars. Echter deze laatste groep moet de kans krijgen – dit betekent ook tijd en geld – om de ingezette cultuurverandering om te zetten in een *structuurverandering*. Psychiaters en verpleegkundigen geven aan dat bestuur en beleidsmakers hier uiteraard ook een belangrijke rol in spelen. Maar de sleutelrol met betrekking tot het tempo waarop het terugdringen van separaties kan worden gerealiseerd en de wijze waarop dit met faciliterend flankerend beleid dient te worden ondersteund dient principieel op de werkvloer belegd te zijn.

Momenteel worden verschillende innovatieve projecten ingezet met als doel het terugdringen van separaties en andere vrijheidsbeperkende interventies. Veel van deze projecten hebben hun oorsprong in het – door het ministerie van VWS gesubsidieerde en door GGZ Nederland gecoördineerde – Dwang & Drang programma. Voorbeelden van dergelijke initiatieven zijn:

- „De eerste vijf minuten’: hiermee wordt ingezet op een meer gastvrije GGZ door aandacht te besteden aan de mens die wordt opgenomen en niet alleen aan de cliënt met zijn of haar symptomen. Voorbeelden van acties in dit project zijn het aanbieden van een kop koffie en het – inmiddels in de GGZ bekend en veelvuldig aangehaald – worstenbroodje bij opname, en het duidelijk aanwijzen van een persoon binnen de instelling die als gastvrouw/gastheer zorgt voor uitleg en begeleiding. Doelstelling is het opbouwen van een op vertrouwen gebaseerde zorgrelatie, vanaf het eerste moment.
- Verschillende instellingen zijn bezig met gebouwelijke aanpassingen met als doel het voorkomen van situaties die agressie kunnen opwekken en uiteindelijk kunnen leiden tot escalatie en de inzet van dwang. Ingezet wordt op ruimten waar de cliënt indien nodig alleen kan zijn en/of intensieve begeleiding kan krijgen binnen het kader van zorg (en niet een „time-out’ zoals bij separatie). Voorbeelden hiervan zijn comfortrooms en IC units. Ook wordt door sommige instellingen ingezet op het vermeerderen van de aanwezigheid van zorgpersoneel op de afdelingen door het anders inrichten van de „verpleegpost’. Verpleegkundigen die zich hierin terug trekken, bijvoorbeeld voor administratieve

plichten, worden gefaciliteerd middels mobiele communicatiemediën om dit werk „op de groep’ te doen. Doelstelling is het verlagen van mogelijke drempels in het contact tussen verpleegkundigen en cliënten en het verbeteren van de signaleringsfunctie van de behandelstaf.

- Alle bezochte casusinstellingen hebben een intern trainings- en/of opleidingsaanbod waar agressiehantering en eventueel bejegening en attitudebewustzijn ten aanzien van cliënten onderdeel van uitmaken. Partijen geven aan dat kennis en vaardigheden rondom preventie van escalatie en de-escalatie belangrijke randvoorwaarden zijn als het gaat om het verminderen van dwang. Een voorbeeld hiervan zijn de zogenoemde „yellow pages’, met te raadplegen aanvullende vaardigheden van verpleegkundigen die ingezet kunnen worden ter voorkoming van escalatie.
- De betrokkenheid van cliënten en hun naasten wordt binnen de instellingen versterkt en uitgebreid. Op initiatief van de cliëntenraad wordt er binnen sommige instellingen gewerkt met een crisiskaart, waarin duidelijk is opgemaakt hoe verschillende crisisscenario’s er idealiter volgens de cliënt uitzien. Daarbij hoort ook bijvoorbeeld de keuze tussen verschillende dwangtoepassingen; vooral die tussen dwangseparatie of dwangmedicatie.

Te verwachten vorderingen in de toekomst

De vraag kan worden gesteld in hoeverre het mogelijk blijft om separatie verder terug te dringen in de toekomst en wat is daarbij de ondergrens? Is het mogelijk om naar een separeervrije GGZ toe te werken? Partijen stellen dat dit voor 90 procent van de cliënten mogelijk is. Voor hen zou een separeervrij beleid kunnen gelden indien wordt voldaan aan een aantal randvoorwaarden, onder meer alternatieve mogelijkheden en personeelsbezetting. Voor een globaal geschatte groep cliënten van 10 procent is het afschaffen van separatie volgens de instellingen niet mogelijk omdat de veiligheid voor andere cliënten en verpleegkundigen dan niet kan worden gewaarborgd.

Instellingen die al lang actief zijn in het terugdringen van dwang en drang worstelen momenteel met deze zogenoemde „onderlaag’ aan separaties. Een bepaalde cliëntèle, met name in het forensische circuit en anti-socialen blijft moeilijk hanteerbaar zonder mogelijkheid om te separeren. Op landelijk niveau is terugdringing naar nul-separatie daarom niet haalbaar maar op instellingsniveau wel; met als mogelijk gevolg een speciaal ingerichte GGZ afdeling (landelijk of regionaal) voor zware agressieve gevallen.

Volgens bestuur en beleidsmakers binnen de bezochte instellingen zijn het beroepsveld en de koepel- en beroepsorganisaties zeer expliciet aan zet om daadwerkelijk tot normontwikkeling voor de meest complexe patiëntgroep binnen de GGZ te geraken. Voor het landelijk bestuur (VWS) is een faciliterende/stimulerende rol het meest wenselijk. Deze normontwikkeling is ter hand genomen door GGZ Nederland, met medewerking van alle relevante partijen. Relevant is zeker in

hoeverre c.q. in welke mate het breed in de sector implementeren van deze normen extra kosten genereert en hoe zich dit verhoudt met de beschikbare middelen.

5 Bevindingen op micro niveau

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen op micro-niveau en beantwoordt achtereenvolgens de volgende vragen:

- In hoeverre is het aantal, de aard en de duur van separaties daadwerkelijk teruggedrongen sinds de start van het project Dwang & Drang en leidt het terugdringen van separaties tot meer of minder toepassen van andere vrijheidsbeperkende maatregelen in aantal, aard en duur?
- Wat is de mening en voorkeur van de cliënt, naastbetrokkenen en de medewerker ten aanzien van separatie en andere vrijheidsbeperkende interventies, en mogelijke alternatieve en preventieve interventies? Hoe verhouden deze meningen en voorkeuren zich tot elkaar?

De eerste vraagstelling laat zich beantwoorden aan de hand van een inventarisatie van de registratiegegevens van Argus. Om het cliënten- en naastbetrokkenen perspectief te betrekken zijn in samenwerking met Ypsilon enerzijds (ex-)cliënten en andere betrokkenen die in 2008 hebben deelgenomen aan de meldweek van de vereniging opnieuw benaderd en is anderzijds een vragenlijst uitgezet onder een groot aantal leden van Ypsilon. Daarnaast is in de casusinstellingen ook gesproken met (ex-)cliënten. Deze interviews zorgen voor een verdieping van het cliëntperspectief. Om de ervaringen van medewerkers op de werkvloer in het onderzoek te betrekken, zijn verpleegkundigen en psychiaters in de zeven geselecteerde instellingen in groepsverband geïnterviewd. Een belangrijk deel van deze groepsinterviews per functieniveau is al verwerkt in het meso-hoofdstuk omdat de informatie ook veelal betrekking had op het beleidsniveau. Dit betreft met name de interviews met psychiaters waarbij er toch duidelijk sprake is van een dunne scheidslijn tussen het beleidsdomein en de werkvloer.

In hoeverre is het aantal, de aard en de duur van separaties daadwerkelijk teruggedrongen sinds de start van het project Dwang & Drang en leidt het terugdringen van separaties tot meer of minder toepassen van andere vrijheidsbeperkende maatregelen in aantal, aard en duur?

Cijfermatig inzicht: Argus gegevens

In het Argus systeem worden alle vrijheidsbeperkende interventies geregistreerd die al dan niet onder dwang bij vrijwillig en onvrijwillig opgenomen cliënten zijn toegepast. Momenteel gebruiken zo'n 23 instellingen dit registratiesysteem. In maart 2010 is een rapport verschenen over het aantal en de duur van toegepaste

vrijheidsbeperkende interventie waaronder separaties³⁸. Hiervoor zijn de data gebruikt van twaalf instellingen waarvan gegevens over meerdere jaren beschikbaar zijn.

Ten aanzien van het aantal en de duur van toegepaste separaties laat het rapport na 3 jaar registreren met Argus de volgende resultaten zien:

- Een afname van 17 procent van het totaal aantal gestarte separaties.
- Een afname van 20 procent in het aantal uren separatie.
- Een afname van 22 procent van het aantal separaties waarbij de cliënt zich uitdrukkelijk verzette tegen de toepassing ervan.

Er is in het algemeen dus duidelijk sprake van een terugdringing van separaties zowel in aantal als in de duur ervan. Op instellingsniveau zijn de resultaten echter uiteenlopend. Er zijn vijf instellingen waarbij zowel het aantal als de duur van de separaties is verminderd. In één instelling is wel de duur van de separaties teruggebracht maar niet het totaal aantal gestarte separaties, terwijl dit bij een andere instelling juist andersom is. Bij drie instellingen is na eerdere positieve uitkomsten nu toch een toename zichtbaar. Bij de andere instellingen is geen sprake van duidelijke veranderingen; geen afname maar ook geen toename in het toepassen van separaties.

De verandering in aantal en duur van de andere vrijheidsbeperkende maatregelen zoals afzondering, fixatie en dwangmedicatie en eventuele substitutie van separatie naar afzondering worden in het rapport „drie jaar Argus’ per instelling gepresenteerd voor zover beschikbaar. Het beeld dat uit de cijfers naar voren komt is dat over het algemeen de toepassing van afzondering, fixatie en dwangmedicatie gelijk blijft. Er zijn instellingen waarbij dwangmedicatie iets stijgt maar ook instellingen waarbij dit gelijk blijft of juist iets daalt. Hetzelfde geldt voor afzonderingen en de fixaties. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat substitutie plaatsvindt van separatie naar dwangmedicatie of afzondering.

Wat is de mening en voorkeur van de patiënt, naastbetrokkenen en de medewerker ten aanzien van separatie en andere vrijheidsbeperkende maatregelen, en mogelijke alternatieve en preventieve interventies? Hoe verhouden deze meningen en voorkeuren zich tot elkaar?

Onderzoek naar aanleiding van meldweek Ypsilon

In 2008 heeft Ypsilon een meldweek gehouden naar de separeerpraktijk in de GGZ. De mensen die toen hebben deelgenomen aan de meldweek zijn in het kader van het huidige onderzoek, *opnieuw* benaderd om nieuwe ervaringen met de separaties te delen en om aan te geven of de separeerpraktijk naar hun idee sinds 2008 is

veranderd. Dit zijn vooral familieleden en cliënten, maar ook hulpverleners en anders betrokkenen. Op deze oproep hebben uiteindelijk twintig mensen gereageerd. Hiervan geven negen personen aan dat zij geen recente separeerervaringen hebben en ook geen zicht hebben op de huidige separeerpraktijk ten opzichte van 2008. Een aantal andere mensen heeft eveneens geen recente ervaringen meer met separaties, maar heeft wel zicht op veranderingen die zijn opgetreden of geven hun oordeel over het separeren in het algemeen.

Volgens zes personen is er een *voorzichtige kentering* te zien bij de instellingen ten aanzien van de separeerpraktijk. Er is meer aandacht voor de thematiek en er lijkt wat meer bewustzijn te komen voor de inzet van alternatieven. Een respondent geeft aan dat er sinds 2008 in de betreffende instelling afzonderingskamers zijn, al zijn dat er nog niet genoeg. Een andere respondent ziet als positieve ontwikkeling dat bij de instelling wordt nagedacht over andere oplossingen dan separeren. Vrijwel alle respondenten geven echter aan dat er nog lang niet genoeg veranderingen zijn opgetreden. Een hulpverlener geeft aan dat de bejegening richting de cliënt is veranderd. Deze wordt meer betrokken bij de afweging om over te gaan tot separatie, maar er wordt nog gedwongen gesepareerd omdat er (nog) geen alternatieven zijn.

Drie respondenten menen dat er niet veel is veranderd in de separeerpraktijk. Volgens twee respondenten is er bij de betreffende instellingen geen oog voor om de separaties terug te dringen en is er niets gewijzigd. De andere respondent geeft aan dat het moeilijk is de separeerpraktijk te veranderen, omdat het personeel jarenlang op die manier heeft gewerkt. Een nieuwe generatie zou dit kunnen veranderen als zij daartoe de mogelijkheden krijgt. Ook vier andere personen zijn niet te spreken over de separeerpraktijk. Zij verwijzen niet naar de situatie van 2008, maar geven wel hun mening over de separeerpraktijk in het algemeen. Ze wijzen op de grote negatieve impact die het separeren heeft en hebben het gevoel dat separaties in veel gevallen onnodig en te voorkomen zijn door de inzet van alternatieven die niet (genoeg) worden ingezet.

Enquête onder leden van Ypsilon

Er is een enquête verstuurd onder alle leden van Ypsilon waarvan het emailadres bekend was bij de vereniging. In de enquête is gevraagd naar de ervaringen met en meningen over separeren in de praktijk. Van de circa 2000 leden hebben 475 personen gereageerd. Zo'n 85 procent van de respondenten is een naastbetrokkene, 10 procent is een (ex-)cliënt en de overige 5 procent is een hulpverlener. De resultaten van de enquête staan in bijlage 3 beschreven. Hier worden de belangrijkste bevindingen genoemd. Bij de interpretatie van de bevindingen dient rekening gehouden te worden met het gegeven dat Ypsilon, een vereniging is van familieleden en betrokkenen van mensen met schizofrenie of een psychose.

Bij het merendeel van de respondenten heeft de laatste separatie meer dan vijf jaar geleden plaatsgevonden. Deze separatie duurde gemiddeld 14 dagen. Hulpverleners hebben gemiddeld iemand voor 4,5 dag gesepareerd. De reden voor de separatie is

volgens 43 procent van de cliënten niet gegeven door de hulpverlening. Als de reden wel is gegeven, is een cliënt in de meeste gevallen gesepareerd om tot rust te komen. Hulpverleners geven aan dat separatie vooral is uitgevoerd voor de veiligheid van de cliënt. Cliënten en naasten hebben het separeren doorgaans als zeer onprettig ervaren. Uit de opmerkingen blijkt dat separaties voor hen veelal een traumatische ervaring is die wordt beschouwd als een straf in plaats van behandeling. Cliënten en naasten vinden ook dat het separeren te lang heeft geduurd.

Alle cliënten en naasten hebben ervaring met een of meerdere andere dwangmiddelen waarvan dwangmedicatie het vaakst voorkomt. Als er een keuze gemaakt moet worden tussen dwangmiddelen dan genieten dwangmedicatie en afzondering de voorkeur. Fixatie wordt als de slechtst mogelijke optie beschouwd. Maar bovenal vindt men dat er geen dwang gebruikt moet worden. Cliënten en naasten zien veel meer in het in gesprek komen met de cliënt en persoonlijke begeleiding als alternatief voor separeren.

Gevraagd naar de separeerpraktijk in het algemeen hebben cliënten en naasten geen uitgesproken mening over de stelling dat het laatste jaar in de GGZ minder snel gesepareerd wordt dan voorheen. De mening dat separaties nu beter worden uigevoerd dan voorheen wordt niet gedragen door cliënten; naasten staan hier neutraal tegenover. Met de stellingen over dat een separeervrije GGZ haalbaar en wenselijk is, is men het eens. Ook wordt ingestemd met de stelling dat medicatie wenselijker is dan separatie.

Cliënten en naastbetrokkenen in de instellingen

In de diverse instellingen is gesproken met (ex-) cliënten, naastbetrokkenen van (ex-) cliënten en vertegenwoordigers van cliënten- en naastbetrokkenenraden. Ondanks dat cliënten toch wel verschillend aankijken tegen dwang en separeren, men is het over een ding toch wel eens: het is een nare ervaring om gesepareerd te worden. Cliënten gaven aan dat de tijd die zij in de separeer doorbrachten nu, soms jaren later, nog steeds een impact heeft op hun leven. Sommigen zeggen nog bijna elke dag eraan terug te moeten denken. Het blijkt dan ook een traumatische ervaring voor velen te zijn. In meerdere gevallen wordt aangegeven dat dit voor een belangrijk deel veroorzaakt wordt door een gebrek aan nazorg. Volgens instellingen dienen separaties altijd met cliënten geëvalueerd te worden, maar cliënten geven aan dat dit niet altijd gebeurd in de praktijk. Dit blijkt ook uit de resultaten van de enquête onder de leden van Ypsilon (zie bijlage 3).

Cliënten geven ook aan dat het vooral als vervelend ervaren werd dat in de separeer zelden of nooit bezoek ontvangen mocht worden. Twee familieleden die, op eigen aandringen, wel regelmatig bij hun zoon in de separeer op bezoek mochten geven aan dat dit voor hem zeer waardevol was. Cliënten bevestigen dat het soms waardevol kan zijn om bijvoorbeeld je moeder op bezoek te hebben. Nadeel hierbij is dat het een zware belasting is voor het familielid, zeker als het vaak voorkomt.

Naastbetrokkenen en cliënten geven aan dat hun rechtspositie in crisissituaties vaak niet duidelijk voor ze was. Een cliënt geeft aan dat ze tijdens een separatie *“echt niks van mijn rechten en plichten in de separeer af wist.”* Ook is het voor cliënten als die kennis er wel zou zijn erg lastig hier een beroep op te doen. Een cliënt zegt *“ik was suïcidaal en suf van de medicatie en wist totaal niet wat er met me gebeurde.”*

Er is echter ook een positiever geluid hoorbaar. Cliënten- en naastbetrokkenenraden geven aan steeds meer een stem te krijgen in de instellingen, ook in dwang en drang projecten. Hoewel het vaak even duurt voordat bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen als volwaardig projectteamlid mee mogen denken in een dwang en drang project, zijn er inmiddels voorbeelden bekend waar dit wel het geval is. Op de vraag of men in de eigen instelling op de goede weg is antwoordde het gros van cliënten en naastbetrokkenen positief. Men ziet dat er meer en meer beleidsaandacht is voor het terugdringen van dwang in het algemeen en separeren in het bijzonder. Ook de behaalde successen zijn zichtbaar. Wel wordt er aangegeven dat *“we er nog niet zijn.”*

Cliënten zijn van mening dat het aantal separaties nog sterk kan en moet dalen. Of het naar nul kan vinden de meesten moeilijk te zeggen. Wel vindt men het belangrijk dat minder separeren niet mag leiden tot een toename in substituten. Fixatie wordt bijvoorbeeld gevreesd door een aantal respondenten. De nadruk zal moeten liggen op preventie, zo geven cliënten en naastbetrokkenen in de gesprekken aan. De ingeslagen weg wordt als goed ervaren, maar de lijn naar betere zorg moet door worden gezet. Cliënten stellen dat preventie onder andere door middel van 1-op-1 begeleiding erg waardevol kan zijn, maar dat de gevreesde bezuinigingen daar een groot gevaar voor zijn. Het gebruik van een crisiskaart, die de cliënt bij zich draagt en waarop staat hoe hij of zij het best benaderd kan worden in geval van crisis, kan ook een belangrijke rol spelen. Een cliënt geeft aan agressief te worden als iemand hem bij de armen vastpakt in een crisis. Sinds de crisiskaart gebruikt wordt weten mensen door het lezen ervan dat ze dit niet moeten doen. Dat helpt goed.

Separeren voor de verpleegkundige

In bovenstaande is beschreven welke impact separeren op de cliënt heeft. Veel verpleegkundigen geven echter aan dat het ook voor hen zowel fysiek als mentaal zwaar is om te doen. Verpleegkundigen in de casus instellingen vertellen dat het al dan niet separeren een spanningsvlak is. Aan de ene kant staat het welzijn van de cliënt: *“het is heftig om iemand te separeren, omdat iemands vrijheid ontnomen wordt.”* Aan de andere kant moet de veiligheid van het personeel ook gewaarborgd kunnen worden.

In de diverse dwang en drang projecten in de instellingen wordt vrijwel altijd in eerste instantie weerstand ondervonden onder het verpleegkundig personeel. Enerzijds geeft men aan dat dit inherent is aan ingrijpende veranderingen op de werkvloer, anderzijds komt het ook doordat minder separeren automatisch betekend meer risico's nemen. Langer wachten met separeren (of dit helemaal niet doen) zorgt voor veiligheidsrisico's op de groep, stellen verpleegkundigen. Het zorgt er echter ook

voor dat verpleegkundigen creatiever worden in oplossingen. Het nemen van enig risico lijkt een must in het terugdringen van het aantal separaties.

Het gevolg van minder of niet separeren kan zijn dat meer substituten of alternatieven worden toegepast. De voorkeur van verpleegkundigen hierin is zeer divers. Enkele verpleegkundigen in de casus instellingen zouden meer dwangmedicatie willen gebruiken als er minder gesepareerd moet worden. Voor een deel zeggen ze dit ook al te doen. Anderen stellen dat ze sinds recente verbouwingen beschikken over zowel meer substituten voor separatie zoals een vriendelijkere afzonderingsruimte als alternatieven zoals een comfort room, waarbij de deur niet op slot gaat. Voor de verpleegkundige blijft de eigen veiligheid een belangrijk item in de keuze voor substituten of alternatieven.

De voorkeur van de cliënt is voor een groot deel van de verpleegkundigen ook van belang. Op opnameafdelingen is dit lastiger te bewerkstelligen dan op behandelafdelingen, omdat de cliënten daar veel minder goed bekend zijn. Een crisiskaart kan op opname afdelingen (en ook in het ambulante veld) wel een goede ondersteuning bieden hierbij.

In alle casus instellingen zijn verpleegkundigen het er over eens dat werk in de preventieve sfeer de grootste invloed heeft op separaties. Hoewel de insteek per instelling verschilt, wordt overal wel gesproken over het voorkomen van escalaties en daardoor überhaupt minder dwang nodig hebben. In enkele van de instellingen geven verpleegkundigen wel aan dat het niet realistisch is om naar nul separaties te gaan voor bepaalde cliëntèle. Voor een deel valt de voorkeur te geven aan andere, vriendelijkere ruimtes waar cliënten zich kunnen afzonderen, voor een deel zeggen verpleegkundigen toch ook de separeer te willen blijven gebruiken.

De werkvloer samengevat

Vanuit de verschillende bronnen die in dit hoofdstuk gebruikt zijn om het perspectief op de werkvloer van cliënten, naastbetrokkenen en verpleegkundigen in beeld te brengen valt een aantal dingen af te leiden. Het overgrote deel van cliënten en naastbetrokkenen stelt de nare, traumatische aard van het separeren aan de kaak. Het is voor hen erg belangrijk het gebruik ervan terug te dringen. Ook voor verpleegkundigen is separeren een zware belasting, hoewel bij hen de eigen veiligheid wel zwaar mee weegt. Dit laatste zorgt ervoor dat ingezette veranderingen in het begin wel weerstand oproepen onder verpleegkundig personeel. Naar mate men bekender raakt met nieuwe werkwijzen neemt dit sterk af. Cliënten en naastbetrokkenen geven ook aan dat „we er nog niet zijn,‘ maar men is positief gestemd over recente ontwikkelingen. Respondenten via het onderzoek uitgezet bij Ypsilon hebben weinig recente ervaringen met separeren en minder zicht op de huidige ontwikkelingen. Met name de (ex-) cliënten en naastbetrokkenen van (ex-) cliënten die in de casusinstellingen gesproken zijn waren nauw betrokken bij de diverse instellingen. Uit het totaalbeeld valt op te maken dat de eerste stappen die gezet zijn als positief ervaren worden, maar er is nog veel winst te behalen.

6 Beschouwing

In de voorgaande drie hoofdstukken zijn de bevindingen op het macro-, meso- en microniveau beschreven en de onderzoeksvragen zijn aldaar beantwoord. Een overzicht van de resultaten wordt gegeven in de Samenvatting aan het begin van het rapport. In dit afsluitende hoofdstuk wordt ten behoeve van het beleid op landelijk niveau een beschouwing gegeven over het beleid, praktijk en toezicht ten aanzien van separeren in de GGZ op basis van de bevindingen in het onderzoek.

Separeren: onwenselijke beheersmaatregel

Uit de gesprekken met belangenpartijen op macro-, meso- en microniveau is gebleken dat er in de laatste jaren duidelijk een *cultuurverandering* is ingezet in de Nederlandse GGZ. Deze verandering laat zich samenvatten als een verschuiving in het denken over de toepassing van separatie van een ingrijpend, doch noodzakelijk middel ter bestrijding van gevaar voor de cliënt en zijn of haar omgeving bij een escalatie, naar een ongewenste beheersmaatregel die niet aansluit bij de huidige opvattingen binnen de GGZ over kwalitatief goede zorg. Waar de separeer voorheen een plek was met een zekere therapeutische connotatie (de cliënt kon in deze prikkelarme ruimte tot rust komen) wordt het separeren nu in brede kring gezien als een „time-out“ van de behandeling, welke zo snel mogelijk dient te worden opgeheven. In de praktijk blijkt naast het aantal dan ook vooral de duur van separaties af te nemen.

Vanuit de beroepsgroep verpleegkundigen wordt niet eenduidig, maar wel met opvallende regelmaat gesteld dat het niet past bij het eigen beeld van professionaliteit om de cliënt in crisis alleen te moeten opsluiten in de separeer. Dit beeld sluit aan bij het perspectief van cliënten en hun naasten.

Vanuit het perspectief van cliënten en naastbetrokkenen is het vooral de impact op de persoon, de traumatische ervaring zelfs, die van groot belang moet worden geacht als men keuzes maakt om al dan niet in de toekomst gebruik te blijven maken van de separeer. De roep om preventieve maatregelen en goede alternatieven, en dus geen substituten, klinkt uit deze hoek. Separatie wordt in toenemende mate ook door bestuurders, beleidsmakers en professionals ervaren als niet passend bij de professionele en maatschappelijke opinie over de invulling van de geestelijke gezondheidszorg.

Op strategisch niveau worden door bestuurders keuzes gemaakt en vastgelegd over de plaats van separaties in de hedendaagse GGZ. Dit leidt soms tot drastische maatregelen, zoals het sluiten van meerdere separeerruimtes. Daarnaast leidt het tot beleid gericht op het stimuleren van alternatieven. De werkvloer zet sterk in op de waarde van een kwalitatief goede zorg en op de noodzaak om (in de zorgketen)

preventief te handelen. Dit alternatief en/of preventief handelen kan variëren van bewustwording bij ketenpartners zoals huisartsen, politie en ambulance over de wijze waarop hun handelen kan leiden tot escalatie en uiteindelijk tot toepassing van een dwangmaatregel, tot interne veranderingen zoals gebouwelijke aanpassingen (voldoende privacy- en dagbestedingopties), nieuwe vormen van intensieve zorg (High Care, IC units) en deskundigheidsbevordering met betrekking tot personele competenties (voorkoming van escalatie en meer werken vanuit het ‚gastvrijheidprincipe‘).

Borging ingezette cultuurverandering

Dit roept de vraag op hoe dit veranderd denken, welke in brede kringen wordt aangemerkt als een aanzet tot cultuurverandering, in de *structuur* van beleid en praktijk kan worden ingebed. Uit de gesprekken komt naar voren dat deze cultuurverandering over het algemeen ‚top-down‘ is ingezet. De aandacht van landelijke bestuurders, beleidsmakers en belangen-/branchepartijen zorgt voor een verscherping van de aandacht in de instellingen. Deze aandacht heeft zich het meeste en beste gematerialiseerd in de Dwang & Drang projecten van GGZ Nederland. Duidelijk is dat deze projecten een belangrijke bijdrage leveren bij de verandering in het denken over separaties en de wens om toepassing ervan terug te dringen.

De partijen met de verantwoordelijkheid en het mandaat om de individuele keuze van een behandelaar voor toepassing van separatie ter discussie te stellen en te beïnvloeden, (h)erkennen deze rol en zetten hier stappen in. Dit draagt op de werkvloer bij aan een toename in het aantal professionals welke gemotiveerd zijn om separaties terug te dringen en welke bereid zijn om zich te oriënteren op alternatieve en preventieve werkwijzen. Daarbij gaat het expliciet niet om substitutie van separaties door een andere vrijheidsbeperkende interventie, zoals dwangmedicatie. Dwangmedicatie wordt genoemd als veelgebruikt substituut in internationale setting, maar wordt door veel partijen in Nederland als onwenselijk beschouwd.

Met de constatering dat de motivatie om separaties terug te dringen op alle lagen aanwezig is, is de vraag vooral aan de orde in hoeverre partijen erin slagen om hun rol waar te maken en wat er eventueel verder nodig is voor het boeken van succes. Nu de richting is ingezet kan de weg worden vervolgd: het gaat hierbij om de operationalisatie van het veranderd denken in de dagelijkse praktijk. Als separatie wordt teruggedrongen of, zoals in sommige instellingen het geval is, als optie verdwijnt omdat separeerruimtes worden gesloten op verschillende afdelingen, zullen nieuwe werkwijzen dit moeten opvangen. Het waarmaken van de rollen op microniveau hangt sterk af van de mate waarin nieuwe werkwijzen daadwerkelijk beschikbaar zijn op het moment dat er een keuze moet worden gemaakt om wel of niet te separeren. De ene instelling is hierin verder dan de andere. Beleid en toezicht dienen de praktijk verder te faciliteren om te komen tot concrete, haalbare en effectieve alternatieven voor separeren in de dagelijkse praktijk. Voorbeelden die genoemd zijn in dit kader zijn bijvoorbeeld intensive care units, comfort rooms en 1-op-1 begeleiding.

Algemeen kan worden gesteld dat het terugdringen van separaties nog grotendeels een projectstatus heeft binnen instellingen. Er is relatief weinig concrete kennisdeling wat betreft „good practices’ binnen en tussen instellingen, niet in de laatste plaats omdat de vergelijkbaarheid van resultaten als moeilijk bekend staat. Men werkt met andere cliënten en ook de wijze waarop wordt geregistreerd is volgens partijen verre van eenduidig. De uitdaging voor de komende jaren ligt hem dan ook vooral in het afschudden van de projectstatus en het borgen van nieuwe werkwijzen waarbij gedwongen separatie niet meer (of minimaal) voorkomt. Kortom, het borgen van de ingezette cultuurverandering.

Om te voorkomen dat het thema op het niveau van bewustwording blijft en om er voor te zorgen dat het door kan stoten richting het niveau van het structureel anders handelen van beleid en praktijk, geven partijen in het veld aan dat het ministerie van VWS kennisdeling verder zou kunnen sturen, stimuleren en faciliteren. In het kader van de Dwang & Drang projecten wordt aan kennisdeling gedaan, echter men mist hierin soms sturing en stimulering vanuit het ministerie van VWS: welke kant gaat het op en welke zaken kunnen het beste gezamenlijk worden opgepakt? Daarnaast zouden de partijen in het veld graag zien dat de mogelijke overgang naar registratie in Argus voor de gehele sector, centraal aangestuurd en gefaciliteerd wordt.

Voor een verdere terugdringing van separaties dient de focus volgens de instellingen expliciet te liggen op het communiceren over wat goed gaat en het zo concreet mogelijk adviseren over hoe het beter kan. De toezichthouder IGZ kan hierin een rol spelen door een adviserende en ondersteunende insteek te kiezen bij haar toezicht. De rol van de inspectie in de toekomst wordt door instellingen gedefinieerd als meer meedenkend over casuïstiek en het „verhaal achter de cijfers’. In aansluiting op de geschetste rol van VWS zou een IGZ die breder gaat opereren met naast toezicht ook advies over verbetermogelijkheden een antwoord zijn op de vraag uit het veld naar meer stimulering en facilitering.

Creëren van goede randvoorwaarden

Verpleegkundigen geven aan dat het proces van „doorpakken’ na een project met betrekking tot de inzet van alternatieven op dit moment sterk onder druk komt te staan door de bezuinigingsronde die de GGZ treft. Er wordt onder meer bezuinigd op personele bezetting, vooral in de nacht. Aangegeven wordt dat de keuze om niet te separeren vaak een keuze betekent voor meer arbeidsintensieve alternatieven zoals intensieve zorg (High Care). Daarvoor is – objectief of subjectief beschouwd – minder gelegenheid bij een lagere personele bezetting. Op instellingsniveau is aandacht hiervoor wenselijk. Op dat niveau kan worden bekeken in hoeverre er daadwerkelijk beperkingen zijn om anders te handelen en in hoeverre deze beperkingen worden bepaald door het gevoel van onveiligheid bij verpleegkundigen. Ook wanneer dit laatste het geval is dient hier serieus naar te worden gehandeld door bestuur en beleidsmakers. Het proces van anders werken moet dan ook goed binnen de teams worden begeleid en het tempo moet passen bij de situatie, opdat verpleegkundigen met plezier blijven werken, er geen onnodige onveilige situaties

worden gecreëerd en de aantrekkelijkheid van de GGZ als werkgever niet wordt geschaad.

Het uitvoeren van druk op terugdringing van separatie zonder oog voor de praktijksituatie zou kunnen leiden tot ongewenste effecten en/of demotivatie. Een ongewenst effect dat genoemd is, is bijvoorbeeld het uitsluiten van bepaalde moeilijke cliëntengroepen door instellingen, waardoor het probleem zich verschuift naar andere instellingen. Het werkveld moet het tempo van het anders werken op een verantwoorde manier gaan bepalen, aldus de instellingen en belangenverenigingen van zorgprofessionals. Daarnaast wordt door partijen die het cliëntperspectief vertegenwoordigen gevreesd voor een slechts 'semantische winst', waarbij professionals kiezen voor andere maatregelen zoals comfort rooms of eenzame opsluiting in de eigen kamer in plaats van separatie, niet uit overwegingen van kwaliteit maar vanuit de druk om het aantal geregistreerde separaties niet te laten oplopen. Dit zou een devaluatie van goede alternatieven kunnen betekenen, doordat ze onzorgvuldig of incorrect worden ingezet.

De keuze om wel of niet over te gaan tot separatie wordt in de dagelijkse praktijk van de GGZ vaak in een kort tijdsbestek gemaakt. Op dergelijke momenten is de situatie waarin de cliënt zich bevindt in de professionele mening van zijn of haar behandelaars dusdanig gevaarlijk of anderzijds precair dat er acuut iets moet gebeuren. Belangrijk is om allereerst zicht te hebben op de factoren die de keuze van zorgprofessionals in crisissituaties kunnen beïnvloeden. Allereerst zijn contextvariabelen van belang: zijn er andere cliënten in de buurt en hoe reageren zij? Hoeveel zorgverleners zijn er aanwezig en hoe reageren zij op wat er gebeurt? Kan er bij verdere escalatie hulp worden ingeroepen van anderen? Daarnaast speelt de attitude van de beslisser ten opzichte van separatie en substituten een rol. Gesteld kan worden dat dit bewustwordingsproces en de bijbehorende cultuurverandering op veel plekken inmiddels goed op gang is. Ook weegt de kennis van de beslisser over alternatieven en preventieve strategieën en de daadwerkelijke beschikking hiervan mee bij de keuze tot separeren. Wat dit betreft kan worden gesteld dat instellingen investeren in trainingen ter preventie van escalatie (bijvoorbeeld agressiehantering en communicatiestrategie). Deze trainingen zijn vooral gericht op verpleegkundigen. Het kennisniveau van de verantwoordelijke beslisser, de psychiater, kan hierin beter worden meegenomen. Zij moeten immers 'het nieuwe werken' zonder de separeer ondersteunen en borgen.

Het instellingsbeleid fungeert bij de keuzes rondom separeren als een eerste kader: in het meest extreme voorbeeld is dit kader bepalend en wordt besloten om de separeer te sluiten op verschillende afdelingen. Een dergelijk besluit dient gepaard te gaan met een goede coaching van de werkvloer om onrust te voorkomen. Allereerst kan het gevoel ontstaan bij professionals dat zij het 'al die jaren fout hebben gedaan'. Ook onveiligheid kan zoals gesteld een rol spelen. Het is niet ondenkbaar dat het besluit om niet te separeren in het korte termijnperspectief meer kosten dan baten kent voor werknemers op de werkvloer. Het denken over de winst op lange termijn (kwalitatief betere behandelingen) lijkt op dit moment echter de kans te bieden om hier overheen te stappen. Ten slotte moet de inzet van alternatieven (en niet

substituten) budgettair en qua personele capaciteit realistisch zijn, aldus de werkvloer. Professionele ruimte voor maatwerk moet worden gecreëerd zodat preventief of alternatief kan worden gehandeld en – bij onvermijdelijke separatie – zo snel mogelijk kan worden gezorgd voor re-integratie van de cliënt op de reguliere afdeling.

Toekomstig beleid rondom separatie

Het aantal separaties is in 2009 ten opzichte van 2008 met ongeveer 10 procent gedaald, blijkt uit de Bopzis registratiegegevens van IGZ. Dit is conform de door GGZ Nederland geformuleerde beleidsdoelstelling. Het terugdringen van separaties lijkt daarmee mogelijk. Aan het landelijk bestuur en de belangenbehartigers nu de aanbeveling om na te denken over de wenselijkheid van een verdere daling en de daarbij horende structuur van de GGZ in de toekomst, gegeven de zienswijzen en wensen vanuit de praktijk. De Wet Bopz is volgens betrokkenen aan vervanging toe, wat een uniek moment creëert om wijzigingen in de structuur toekomstbestendig vast te leggen en keuzes te maken over de GGZ als publieke waarde en de daarbij horende visie op dwang in het algemeen en separatie in het bijzonder.

Een vraag die hierbij rijst is in hoeverre het zinvol en realistisch is, gegeven de samenstelling van het cliëntenbestand binnen de GGZ, dat alle GGZ-organisaties hetzelfde doel nastreven ten aanzien van separaties. In dit kader vragen wij speciale aandacht voor „de laatste 10 procent” zoals in het veld wordt gesproken over een kleine groep cliënten waarbij het moeilijk blijkt om separaties te vermijden. Wellicht is differentiatie naar geleverde zorg en cliënttypen wenselijk dan wel noodzakelijk. Bepaalde zorgtaken (bijvoorbeeld de behandeling bij crisis) zouden afgestoten kunnen worden naar gespecialiseerde (afdelingen van) instellingen met een zowel kwantitatief als kwalitatief optimale personele bezetting. Partijen denken na over de inrichting en positie van initiatieven zoals de IC GGZ en een andere samenwerkingsvorm met justitie bij de forensische doelgroep. Dit betekent een verandering in de infrastructuur van de GGZ, welke door de centrale overheid moet worden uitgezet en door het werkveld moet worden ingevuld.

Bijlage 1: Verklarende woordenlijst

Term	Toelichting*
Alternatieve interventies	Alternatieve interventies zijn gericht op het vermijden van dwang en drang in situaties waarin dat wel toegepast kan worden. Veelal gaat het dan om zorgintensieve interventies zoals 1-op-1 begeleiding en High Care.
Argus	ARGUS is een gegevensset voor de registratie van <i>alle</i> toegepaste vrijheidsbeperkende interventies, ongeacht of zij onvrijwillig of met toestemming zijn toegepast bij cliënten die gedwongen dan wel vrijwillig zijn opgenomen. ARGUS vormt geen landelijk dekkend registratiesysteem omdat alleen die GGZ-instellingen participeren die deelnemen aan het Dwang & Drang programma van GGZ Nederland.
Behandelplan bij dwangopname	Als mensen gedwongen zijn opgenomen in een psychiatrische instelling worden zij behandeld volgens een behandelplan dat therapeutische activiteiten omvat om het gevaar c.q. gedrag weg te nemen dat de reden was voor gedwongen opname. Het behandelplan dient zo spoedig mogelijk te worden opgesteld. Bovendien dient de cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger in te stemmen met het behandelplan.
Bopzis	Bopzis is het "Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis Informatie Systeem." In Bopzis worden de verplichte meldingen in het kader van de Wet Bopz geregistreerd. Het gaat om aspecten van dwangopname, inbewaringstelling, rechterlijke machtiging, dwangbehandeling, Middelen of Maatregelen, klachtbehandeling, verlof en ontslag. Alle Bopz-aangemerkte GGZ-instellingen dienen de toepassing van dwangmaatregelen te melden aan de Inspectie van de Gezondheidszorg. De inspectie registreert de meldingen in Bopzis.
Dwangbehandeling	Bij dwangbehandeling wordt de cliënt tegen zijn/haar wil in behandeld volgens een opgesteld behandelplan waarover echter geen overeenstemming is bereikt met de cliënt of waartegen de cliënt zich verzet. Dwangbehandeling kan alleen worden toegepast als de cliënt een gevaar vormt voor zichzelf of anderen, waarbij dat gevaar voortvloeit uit een geestesstoornis en niet op een andere manier kan worden afgewend. Bovendien dient de behandeling (of interventie) opgenomen te zijn in het behandelplan en het behandelplan mag niet ouder zijn dan 3 maanden. Dwangbehandeling richt zich op het binnen een redelijk termijn wegnemen van het gevaar <i>binnen of buiten</i> een GGZ-instelling. Dwangbehandeling kan allerlei interventies of toepassingen inhouden waaronder kamerprogramma.
Dwangopname	Bij dwangopname wordt een persoon tegen zijn/haar wil opgenomen als er sprake is van <i>gevaar</i> voor de cliënt zelf, anderen of omgeving dat een gevolg is van een geestesstoornis en dat niet op een andere manier kan worden afgewend dan door een dwangopname. Een dwangopname richt zich op het zodanig wegnemen van het gevaar dat opname niet meer vereist is.
Gevaarscriterium	In de Wet Bopz worden de volgende aspecten geschaard onder het „gevaarscriterium’: het gevaar dat de betrokkene een ander of zichzelf van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen,

Term	Toelichting*
	<p>gevaar dat de betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen, gevaar voor de psychische gezondheid van een ander, gevaar dat de betrokkene zichzelf of een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen, bedreiging van het eigen sociale of maatschappelijke bestaan.</p>
In Bewaring Stelling (IBS)	<p>Een IBS is een spoedmaatregel waarmee iemand gedwongen opgenomen kan worden in een psychiatrisch ziekenhuis. Inbewaringstelling kan alleen worden aangevraagd bij <i>onmiddellijk</i> dreigend gevaar vanwege een geestesstoornis waarbij de reguliere procedure voor een dwangopname (voorlopige machtiging) niet kan worden afgewacht. Ook tijdens een vrijwillige opname in een instelling kan een IBS worden aangevraagd. De burgemeester verleent op basis van een geneeskundige verklaring de inbewaringstelling. Later (eerst volgende werkdag) beslist de rechter of de IBS wordt voortgezet.</p>
Middelen of Maatregelen	<p>Middelen of Maatregelen zijn dwangtoepassingen die ingezet kunnen worden als een cliënt in een instelling een <i>acuut</i> gevaar vormt voor zichzelf of anderen. De Wet Bopz noemt vijf Middelen of Maatregelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afzondering: insluiting in een speciaal daarvoor bestemde, sober ingerichte, eenpersoonskamer. • Separatie: insluiting in een separeerverblijf. • Fixatie: beperking van de bewegingsmogelijkheden. • Medicatie: toediening van geneesmiddelen. • Vocht en voeding: toediening van vocht en/of voeding. <p>Middelen of Maatregelen kunnen alleen worden toegepast als er sprake is van acuut gevaar <i>binnen</i> een instelling tengevolge van de geestesstoornis van een cliënt dan niet op een andere manier kan worden afgewend. Bovendien is de toepassing van de maatregel niet opgenomen in het behandelplan. Middelen of Maatregelen mogen uitsluitend ter overbrugging van een noodsituatie voor maximaal 7 dagen worden toegepast.</p>
PAAZ / PUK	<p>Een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) is een gespecialiseerde afdeling in een gewoon ziekenhuis. Bij een academisch ziekenhuis heet het een Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK).</p>
Preventieve interventies	<p>Preventieve interventies zijn gericht op het voorkomen van situaties (crisis, escalatie) waarin vrijheidsbeperkende interventies toegepast kunnen worden. Nadruk hierbij ligt veelal op preventieve ketenzorg en het bevorderen van de inzet van ambulante zorg. Ook tijdens een opname kan preventief worden gewerkt door bijvoorbeeld gebruik te maken van ruimtes waarin cliënten tot rust kunnen komen maar die niet afgesloten kunnen worden („comfort rooms”).</p>
Rechterlijke Machtiging (RM)	<p>Een rechterlijke machtiging is officieel een verzamelnaam voor verschillende machtigingen die een rechter kan opleggen ten behoeve van een gedwongen opname of behandeling. Hieronder vallen de voorlopige machtiging, de voorwaardelijke machtiging, de machtiging tot voortgezet verblijf, de machtiging op eigen verzoek en de zelfbindingsmachtiging. De beslissing ligt bij de rechter omdat (de voortzetting van) een gedwongen opname of behandeling een ernstige inbreuk is op het zelfbeschikkingsrecht van een cliënt. Hoewel de term rechterlijke machtiging meerdere beslissingen omvat, wordt de term meestal gebruikt voor de voorlopige machtiging en voor de machtiging tot voortgezet verblijf.</p>
Separeer	<p>Een separeer is een neutrale ruimte dat is ingericht conform wettelijke</p>

Term	Toelichting*
	vereisten waarin geen prikkels zijn en geen voorwerpen zijn waaraan iemand zich kan bezeren. Het vormt een speciaal bestemde en goedgekeurde ruimte voor het eenzaam opsluiten (separeren) van cliënten. In dit rapport wordt hiervoor ook de term separeerocel of -ruimte gebruikt.
Substitutie	Bij substitutie wordt de toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie vervangen door de toepassing van een andere vrijheidsbeperkende interventie. Bijvoorbeeld het vervangen van separatie door medicatie onder dwang of opsluiting in eigen kamer.
TBS / FPK instelling	Instelling voor Terbeschikkingstelling (TBS) / Forensische Psychiatrische kliniek (FPK). De forensische psychiatrie is bedoeld voor mensen met een psychiatrische aandoening die een delict (ernstig strafbaar feit) gepleegd hebben of bij wie het gevaar dreigt dat zij dit gaan doen.
Voorlopige machtiging	Een voorlopige machtiging wordt afgegeven ten behoeve van een gedwongen opname van een persoon in een psychiatrische instelling. Een voorlopige machtiging kan alleen worden aangevraagd als een persoon een gevaar vormt voor zichzelf, anderen of hun omgeving, dat gevaar voortvloeit uit een geestesstoornis en niet op een andere manier dan via opname in psychiatrische instelling afgewend kan worden. Bovendien dient de persoon ouder dan 12 jaar te zijn en niet bereid te zijn tot een vrijwillige opname. Een rechter verleent de voorlopige machtiging op basis van een geneeskundige verklaring. De voorlopige machtiging geldt voor maximaal 6 maanden met de mogelijkheid van verlenging met steeds één jaar op basis van machtiging tot voortgezet verblijf.
Voorwaardelijke Machtiging	Een voorwaardelijke machtiging is bedoeld om een gedwongen opname te voorkomen door de cliënt voorwaarden op te leggen over bijvoorbeeld het zich houden aan behandelplan, medicatiegebruik, gebruik van middelen en het gedrag van de cliënt. De rechter verleent de voorwaardelijke machtiging op basis van een geneeskundige verklaring en een behandelplan. Een voorwaardelijke machtiging kan alleen worden opgelegd als cliënt gevaar veroorzaakt als gevolg van een geestesstoornis dat afgewend kan worden door het stellen en naleven van voorwaarden die een opname in een psychiatrisch ziekenhuis voorkomen. Een voorlopige machtiging duurt maximaal 6 maanden met mogelijkheid tot verlenging van steeds maximaal één jaar. Een voorwaardelijke machtiging kan worden omgezet tot een voorlopige machtiging (dwangopname) als gevaar niet langer kan worden afgewend door naleven van voorwaarden, als cliënt er om vraagt of wanneer cliënt de voorwaarden niet meer naleeft.
Vrijheidsbeperkende Interventie (VBI)	Onder vrijheidsbeperkende interventies verstaan we alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken, oftewel: <ul style="list-style-type: none"> - dwangbehandeling (art. 38c Wet Bopz); - Middelen of Maatregelen (art. 39 Wet Bopz); - het beperken van de bewegingsvrijheid, telefoneren, ontvangen van post, ontvangen van bezoek (art. 40 Wet Bopz); - organisatieregels, huisregels; - pedagogische maatregelen; - individuele afspraken die opgenomen zijn in het zorg- en ondersteuningsplan van de cliënt, waaronder ook het beperken van het zakkeld, het drinken van alcohol en vele andere 'individuele beperkingen'. Vrijheidsbeperkende interventies worden ook wel dwang- en drangmaatregelen genoemd.

Term	Toelichting*
Wet Bopz	Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. De Wet Bopz regelt de gedwongen opnamen en behandelingen van mensen in de psychiatrie, de verstandelijke gehandicaptenzorg en psychogeriatric. Ook regelt de wet de rechten en plichten van alle betrokkenen (waaronder cliënten) en is er een klachtenprocedure opgenomen. Een dwangtoepassing in het kader van de Wet Bopz kan alleen als er sprake is van gevaar voor de cliënt zelf, anderen of de omgeving; dit gevaar veroorzaakt wordt door een geestesstoornis; het gevaar niet op een andere manier kan worden afgewend; toepassing toegepast wordt door of in Bopz-aangemerkte instellingen. Dit zijn instellingen die daarvoor een vergunning hebben gekregen van VWS.
Wet verplichte GGZ	De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg gaat ter zijner tijd de Wet Bopz vervangen. Het gaat nog om een wetvoornemen en de inhoud van het wetsvoorstel kan nog wijzigen. De nieuwe wet regelt zorg op maat voor mensen die als gevolg van een psychische stoornis een <i>aanzienlijk risico hebben op ernstige schade</i> voor zichzelf of anderen. Waar de Wet Bopz draait om gedwongen opname, gaat het in de nieuwe wet om dat er zo goed mogelijk wordt ingespeeld op de zorgbehoefte van een persoon. Er komen meer mogelijkheden voor het wegnemen van het aanzienlijk risico op schade dan dwangopname. De (verplichte) zorg op maat kan variëren van (intra- of extramurale) begeleiding, verzorging of behandeling tot een opname en beveiliging. Daarnaast wordt de positie van de cliënt en diens familie en naasten versterkt en wordt voorzien in nazorg. Verder wordt de rechter die de beslissing neemt over de verplichte zorg, bijgestaan door een commissie van deskundigen. Dit zijn in ieder geval een jurist, een psychiater en een algemeen lid. In complexe gevallen kan, afhankelijk van de problematiek, een ervaringsdeskundige, geriater of een orthopedagoog worden toegevoegd. De rechter beslist aan de hand van het zwaarwegende advies van de commissie en geeft één rechterlijke zorgmachtiging af waarin passende en met naam genoemde interventies staan omschreven.
Zelfbinding	Bij zelfbinding kan iemand tegen zijn/haar wil worden opgenomen als deze persoon in een eerder stadium heeft verklaard dat hij/zij opgenomen wil worden als dat nodig is. Iemand kan een zelfbindingsverklaring opstellen als hij/zij vermoedt dat hij/zij zich later zal bedenken over opname.

* Informatie is onder andere afkomstig van:

- www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg
- www.dwangindezorg.nl/procedures/
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009). Over de Wet bopz. Actueel overzicht van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Brochure. Den Haag: VWS.

Bijlage 2: Analyse Bopzis

Bopz-aangemerkte instellingen zijn wettelijk verplicht om alle toegepaste dwangmaatregelen (dwangbehandeling en Middelen en Maatregelen) te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. IGZ verwerkt de meldingen van dwangtoepassingen in het landelijke registratiesysteem Bopzis. IGZ heeft op verzoek van IVA enkele analyses uitgevoerd op Bopzis gegevens om de ontwikkeling in het aantal dwangtoepassingen in kaart te brengen. Hiervoor is gebruik gemaakt van een databestand met alle gemelde (op 3 maart 2010) dwangbehandelingen en Middelen of Maatregelen van 2008 en 2009. In de analyse is een onderscheid gemaakt naar het type GGZ-instelling, de omvang van de separaties en soort dwangtoepassing.

De tabel met het aantal dwangtoepassingen binnen de GGZ van 2008 en 2009 staat in het hoofdstuk dat het macro-niveau beschrijft (hoofdstuk 3, pagina 34). Uit die tabel blijkt dat totaal aantal separaties is gedaald van 6013 in 2008 tot 4957 separaties in 2009. Deze daling heeft zich in absolute zin vooral voorgedaan in de geïntegreerde GGZ-instellingen (van 5345 naar 4366), gevolgd door de kinder- en jeugdpsychiatrie (van 184 naar 120) en de PAAZ/PUK instellingen (van 449 naar 419). Andere dwangtoepassingen die relatief vaak voorkomen zijn medicatie en afzondering. De toepassing van dwangmedicatie is nagenoeg gelijk gebleven: 2370 in 2008 en 2396 in 2009. Het aantal afzonderingen is gestegen van 812 in 2008 naar 931 in 2009.

Tabel 1 geeft de procentuele stijging of daling weer van het aantal toepassingen in totaal en per type GGZ-instelling. De resultaten laten zien dat in de GGZ het aantal separaties in 2009 met 18 procent is afgenomen ten opzicht van 2008. Een daling van het aantal separaties heeft zich voorgedaan in geïntegreerde GGZ-instellingen (18%), kinder- en jeugdpsychiatrie (35%) en PAAZ/PUK (7%). Bij de afzonderingen en dwangmedicatie is sprake van een (lichte) toename van respectievelijk 15 procent en 1 procent. Verder blijkt uit tabel 1 dat in de gehele GGZ het aantal dwangtoepassingen is verminderd in 2009 met 9 procent ten opzichte van 2008. Deze vermindering heeft zich vooral voorgedaan in de kinder- en jeugdpsychiatrie (31%) en in de geïntegreerde GGZ-instellingen (10%).

Tabel 1, bijlage 2 – Stijging (-) of daling van dwangtoepassingen naar type instelling en soort interventies, in percentages

	Separaties	Afzondering	Fixatie	Medicatie	Voeding en Vocht	Anders	Totaal
Geïntegreerde GGZ-instelling	18	-19	-14	0	-47	46	10
Kinder- en jeugdpsychiatrie	35	47	19	0	67	-100	31
PAAZ/PUK	7	-186	-63	-15	-37	-20	-7
TBS/FPK instelling	-	-	-	-	-	-	-
Verslavingszorg-instelling	-17	-100	-	50	-	-	-10
Onbekend	-	-	-	-	-	-	-
Totaal	18	-15	-10	-1	-37	35	9

Een negatief resultaat betekent een stijging van het aantal dwangtoepassingen.

In tabel 2 zijn de instellingen opgedeeld in 4 gelijke delen (kwarten) ofwel kwartielen. Deze indeling is gemaakt op basis van de procentuele stijging dan wel daling van het aantal separaties, aantal overige dwangtoepassingen en het totaal aantal dwangtoepassingen (separaties plus overige). Hoewel er sprake is van een algemene daling in het aantal separaties geldt dit niet voor alle instellingen. Bij de instellingen in kwartiel 1 doet zich een stijging voor in het aantal separaties. Deze trend laat zich ook zien bij de overige dwangtoepassingen en het totaal aantal dwangtoepassingen.

Tabel 2, bijlage 2 – Aantal dwangtoepassingen in 2008 en 2009 per kwartiel, in absolute aantallen

	Separatie		Anders		Totaal	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Kwartiel 1	502	966	364	902	836	1805
Kwartiel 2	2028	1900	1221	1400	2192	2387
Kwartiel 3	2572	1590	1659	1249	4736	3556
Kwartiel 4	911	272	403	105	1896	744
Totaal	6013	4728	3647	3656	9660	8492

In de kwartielen zijn niet de instellingen meegenomen die in 2008 nul separaties hadden. Hier kan geen procentuele stijging van berekend worden.

De kwartielen bij separaties bestaan uit andere instellingen dan de kwartielen bij „overig” en „totaal”.

In tabel 3 is een onderscheid gemaakt naar de mate waarin instellingen separeren. Er is een driedeling gemaakt in instellingen die weinig (0 t/m 10), gemiddeld (10 t/m 100) of veel (meer dan 100) separaties hebben toegepast in 2008. Ook hier blijkt weer dat niet iedere instelling een daling kent in het aantal separaties. Instellingen die in 2008 weinig separeren laten een stijging zien in 2009 (van 239 naar 523). Bij

instellingen met een gemiddeld en hoog aantal separaties neemt het separeren af. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het absolute aantal separaties in 2009 bij instellingen met weinig separaties (in 2008) nog steeds minder is dan bij instellingen met gemiddeld en veel separaties; respectievelijk 523 tegenover 2469 en 2040.

Tabel 3, bijlage 2 – Aantal separaties in 2008 en 2009 naar de omvang van het separeren binnen instellingen, in absolute aantallen

	Totaal	
	2008	2009
Instellingen met weinig separaties (0 t/m 10 in 2008)	239	523
Instellingen met gemiddeld separaties (11 t/m 100 in 2008)	3022	2469
Instellingen met veel separaties (meer dan 100 in 2008)	2852	2040
Totaal	6113	5032

Zoals gezegd registreert IGZ alle meldingen van dwangbehandeling en Middelen en Maatregelen in het registratiesysteem Bopzis. Tabel 4 geeft het aantal Middelen en Maatregelen aan dat in 2008 en 2009 zijn toegepast.

Tabel 4, bijlage 2 – Toepassingen van Middelen en Maatregelen in 2008 en 2009, in aantallen

	Separatie		Afzondering		Fixatie		Medicatie		Voeding en Vocht		Totaal	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Geïntegreerde GGZ-instelling	4220	3576	448	572	115	122	1210	1243	10	26	6003	5539
Kinder- en jeugdpsychiatrie	130	92	80	31	80	69	9	12	0	0	299	204
PAAZ/PUK	352	340	3	17	29	47	124	143	7	9	515	556
TBS/FPK instelling	0	10	0	7	0	0	0	2	0	0	0	19
Verslavingszorg-instelling	30	38	4	8	0	0	10	4	0	0	44	50
Onbekend	1	5	1	9	2	16	0	4	0	0	4	34
Totaal	4733	4061	536	644	226	254	1353	1408	17	35	6865	6402

Van de Middelen en Maatregelen wordt separeren het vaakst toegepast, gevolgd door dwangmedicatie en afzondering. Bij de separaties doet zich een afname in aantal voor. Bij dwangmedicatie en afzondering is er sprake van een toename. Over de gehele GGZ bezien neemt het toepassen van Middelen en Maatregelen af van 6865 in 2008 naar 6402 in 2009.

In tabel 5 staan het aantal dwangbehandelingen beschreven. Hier zien we dat separaties en dwangmedicatie ongeveer even vaak worden toegepast als

dwangbehandeling. Ook hier zien we de trend dat in de gehele GGZ het aantal dwangbehandelingen is verminderd in 2009 ten opzichte van 2008 (van 2795 naar 2374). Wat verder opvalt is dat Middelen of Maatregelen veel vaker worden toegepast dan dwangbehandelingen; bijna 3 keer zo vaak

Tabel 5, bijlage 2 – Toepassingen van dwangbehandeling in 2008 en 2009, in aantallen

	Separatie		Afzondering		Fixatie		Medicatie		Voeding en Vocht		Anders		Totaal	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Geïntegreerde GGZ-instelling	1124	786	267	269	71	76	902	859	22	21	67	36	2453	2047
Kinder- en jeugdpsychiatrie	54	28	5	14	22	14	11	8	3	1	1	2	96	67
PAAZ/PUK	97	79	4	3	14	23	102	117	12	17	10	12	239	251
TBS/FPK instelling	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3
Verslavingszorg-instelling	5	3	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1	7	6
Totaal	1280	896	276	287	107	113	1-17	988	37	39	78	51	2795	2374

Bijlage 3: Bevindingen enquête Ypsilon

De ervaringen van naasten, (ex-)cliënten, hulpverleners, anders betrokkenen én personen zonder directe ervaring met separeren zijn in kaart gebracht³⁹. Opgemerkt dient vooraf te worden dat de grootte van de groepen dermate verschilt dat deze onderling moeilijk vergelijkbaar zijn. Ongeveer 85 procent van de respons is afkomstig van naasten, 10 procent van (ex-)cliënten en 5 procent van hulpverleners. Daarnaast dient te worden opgemerkt dat voor de meeste (ex-)cliënten (87%) en naasten (65%) de meest recente ervaring met separatie meer dan twee jaar geleden is. Dit is voordat er vanuit het ministerie van VWS en de instellingen sterk werd ingezet op veranderingen in de separeerpraktijk.

Ervaring met separeren

Tabel 1 laat zien dat de meeste (ex-)cliënten ofwel één keer in aanraking zijn gekomen met separatie ofwel vijf keer of meer. Ongeveer hetzelfde geldt voor de naastbetrokkenen. 35 Procent van hen zijn vijf keer of vaker in aanraking gekomen met een separatie van een of meerdere naasten en 27 procent heeft dit één keer meegemaakt. Bij de hulpverleners liggen deze verhoudingen anders. Daarvan heeft bijna 70 procent vaker dan 20 keer iemand gesepareerd.

Tabel 1, bijlage 3 – Aantal separaties dat respondenten hebben meegemaakt, in percentages

	(ex-)cliënten (n=39)	naasten (n=282)	hulpverleners (n=16)
1 keer	40	27	0
2 keer	10	17	0
3 keer	10	13	13
4 keer	3	9	0
5 keer of meer	37	35	*
5 – 10 keer	*	*	13
11 – 20 keer	*	*	6
meer dan 20 keer	*	*	69

* Niet gevraagd aan deze groep

39 Het totale aantal respondenten kan per onderdeel afwijken omdat naast de resultaten van de compleet ingevulde vragenlijsten ook de resultaten van de gedeeltelijk ingevulde vragenlijsten zijn meegenomen als deze serieus (lijken te) zijn ingevuld. Sommige respondenten hebben een aantal vragen overgeslagen, anderen zijn er halverwege mee gestopt.

In tabel 2 staan gegevens over het de eerste keer en laatste keer van separeren. Bij het merendeel van de (ex-)cliënten (73%) heeft de eerste separatie meer dan vijf jaar geleden plaatsgevonden en is de meest recente ervaring eveneens van meer dan vijf jaar geleden (63%). Een kwart is echter korter dan drie jaar geleden gesepareerd geweest; bij een op de tien cliënten heeft de separatie het afgelopen jaar plaatsgevonden. Bij de naasten is wat meer variatie te zien, maar ook daarvoor geldt dat het merendeel meer dan vijf jaar geleden voor het eerst in aanraking is gekomen met separatie. Wat betreft de meest recente ervaring laat de tabel zien dat 45 procent een recentere ervaring heeft dan drie jaar geleden. Van de hulpverleners heeft 94 procent langer dan vijf jaar geleden voor het eerst iemand gesepareerd en is de meest recente ervaring voor 53 procent langer dan vijf jaar geleden. 46 Procent heeft echter recent iemand gesepareerd, namelijk minder dan twee jaar geleden. Zoals in de tabel valt te zien, gaat het hier om kleine aantallen.

Tabel 2, bijlage 3 – Wanneer is voor het eerst en het laatst gesepareerd, in percentages

	(ex-)cliënten (n=30)	naasten (n=279)	hulpverleners (n=16)	(ex-)cliënten (n=30)	naasten (n=249)	hulpverleners (n=15)
	Eerste separatie			Laatste separatie		
1 jaar geleden	0	7	6	10	12	33
2 jaar geleden	3	10	0	3	23	13
3 jaar geleden	7	9	0	13	10	0
4 jaar geleden	3	10	0	3	13	0
5 jaar geleden	13	12	0	7	11	0
meer dan 5 jaar geleden	73	52	94	63	31	53

Ervaringen met betrekking tot de meest recente separatie

Er is doorgevraagd op de meest recente ervaring van respondenten. Over de lengte van deze separatie geven (ex-)cliënten en naasten aan dat de duur ongeveer 14 dagen was, uiteenlopend van een half uur tot 362 dagen. De hulpverleners geven gemiddeld aan dat zij de laatste keer iemand voor ongeveer 4,5 dag hebben gesepareerd, uiteenlopend van 4 uur tot 32 dagen.

De hulpverlening gaf volgens de (ex-)cliënten meestal geen reden voor de separatie (tabel 4). Als er een reden werd gegeven, werd veelal aangegeven dat het voor de rust op de afdeling was, voor de veiligheid van de cliënt zelf of om de cliënt tot rust te brengen. Naasten geven verreweg het vaakst aan dat de hulpverlening als reden aanvoert dat de separatie de cliënt tot rust moest brengen. De hulpverlening zelf geeft aan dat zij de meest recente separatie veelal uitvoerde om de veiligheid van de cliënt zelf te waarborgen, voor de veiligheid van de medecliënten en –bewoners en om de cliënt tot rust te brengen.

Tabel 3, bijlage 3 – Reden voor laatste separatie zoals dat is aangegeven door hulpverlening, in percentages

	(ex-)cliënten (n=28)	naasten (n=261)	hulpverleners (n=14)
Voor de veiligheid van de cliënt	25	36	64
Voor de veiligheid van medecliënten	4	20	57
Voor de veiligheid van personeel	0	22	43
Om de cliënt tot rust te brengen	29	65	50
Voor de rust op de afdeling	21	20	7
Andere reden	14	9	0
Geen reden genoemd	43	9	0

In tabel 4 staat de reden voor de laatste separatie volgens cliënten en naasten zelf ongeacht of de reden door de hulpverlening is aangegeven. Volgens de meeste (ex-)cliënten is de laatste separatie toegepast om de cliënt tot rust te brengen (36 procent). Een kwart zegt dat het waarborgen van de rust op de afdeling de daadwerkelijke reden voor de separatie is geweest. De helft van de naasten geeft als belangrijkste reden aan dat de cliënt tot rust gebracht moest worden en volgens 27 procent van de naasten ging het om de veiligheid van de cliënt.

Tabel 4, bijlage 3 – Reden voor laatste separatie volgens cliënten en naasten zelf, in percentages

	(ex-)cliënten (n=28)	naasten (n=261)
Voor de veiligheid van de cliënt	14	27
Voor de veiligheid van medecliënten	4	14
Voor de veiligheid van personeel	0	19
Om de cliënt tot rust te brengen	36	53
Voor de rust op de afdeling	25	20
Andere reden	18	18
Geen reden genoemd	21	4

De hulpverlening meent steeds in eenderde van de gevallen dat de cliënt de separatie als niet prettig noch onprettig, als onprettig en als zeer onprettig heeft ervaren. Bijna 70 procent van de (ex-)cliënten zelf geeft aan de separatie als zeer onprettig te hebben ervaren tegenover 57 procent van de naasten. *„Mijn zoon is in het verleden soms een aantal weken gesepareerd. Traumatisch voor hem en ons, een rotmaatregel, meer straf dan hulpverlening’*, aldus een naaste die treffend verwoordt wat vele anderen in het opmerkingenveld bij de vragenlijst aangeven. De ervaring van de (ex-)cliënten en naasten sluiten aan bij de mening over de duur van

de separatie. Bijna 80 procent van de (ex-)cliënten en 66 procent van de naasten vond de separatie te lang duren tegenover 42 procent van de hulpverleners. Deze laatste groep is vaker van mening dat de duur precies lang genoeg was (58%).

Zoals tabel 5 laat zien had het grootste gedeelte van de cliënten (67%) op het moment van de separatie geen begrip voor de toepassing ervan tegenover een kleiner aandeel (52%) dat daar achteraf eveneens geen begrip voor had. Het aandeel cliënten dat tijdens de separatie (gedeeltelijk) begrip had voor de separatie verdubbelt (van 22% naar 44%) als gevraagd wordt naar het begrip achteraf. Bij de naasten is dit precies andersom. 70 Procent van de naasten had op het moment van separeren (gedeeltelijk) begrip voor deze beslissing tegenover 58 procent op dit moment na separatie. Meer naasten hebben achteraf inmiddels meer onbegrip gekregen over de toegepaste separatie. Uit de opmerkingen die respondenten aan het eind van de vragenlijst konden invullen, blijkt dat naasten regelmatig het idee hebben dat separatie wordt toegepast vanwege een gebrek aan (deskundig) personeel, *„ik ben van mening dat separatie vaak wordt gebruikt bij gebrek aan voldoende en met name gebrek aan kwaliteit van personeel”*.

Tabel 5, bijlage 3 – Begrip voor separatie tijdens en na de toepassing, in percentages

	(ex-)cliënten (n=27)		naasten (n=249)	
	Tijdens separatie	Bij enquête	Tijdens separatie	Bij enquête
ja, begrip	7	22	35	26
deels begrip	15	22	35	34
nee, geen begrip	67	52	27	37
weet niet	11	4	4	4

Het merendeel van de (ex-)cliënten (65%), naasten (80%) en hulpverleners (43%) geeft aan dat er vooraf geen afspraken zijn gemaakt over de in te zetten middelen bij een escalatie met de cliënt en zijn of haar naasten. Van de (ex-)cliënten geeft ongeveer 70 procent aan dat er tijdens of achteraf informatie is gegeven over de separatie. Ongeveer hetzelfde percentage cliënten geeft aan dat de separatie achteraf niet met iemand van de instelling is geëvalueerd.

Over de aanwezigheid van voorzieningen tijdens de separatie, zegt 62 procent dat er een raam aanwezig was waarover de helft tevreden was. Bijna de helft geeft aan dat er voldoende licht was waarover het merendeel tevreden was of er neutraal tegenover staat. Een digitale klok, datumaanduiding op de klok en een voorruimte was volgens het merendeel (rond de 60%) niet aanwezig. Het overgrote deel van de cliënten die dat opmerkt, staat daar neutraal tegenover met uitzondering van de afwezigheid van de voorruimte, daar is de helft ontevreden over.

Als (ex-)cliënten nogmaals terecht zouden komen in een soortgelijke situatie als de situatie waarin zij destijds gesepareerd zijn, geeft rond de 40 procent van de (ex-)cliënten en hun naasten aan de voorkeur te geven aan een andere oplossing dan de toepassing van een dwangmiddel. (ex-)cliënten geven hierbij veelal aan dat ze gewoon geen dwang willen en dat praten een oplossing kan bieden. Naasten geven veelal aan dat persoonlijke begeleiding uitkomst kan bieden naast een gesprek met de cliënt waarbij aandacht en luisteren belangrijk zijn. Eveneens wordt regelmatig een rustgevende ruimte genoemd maar bijna altijd in combinatie met gesprekken.

Ervaring en voorkeur overige dwangmiddelen

Tabel 6 geeft aan in hoeverre cliënten te maken hebben gehad met andere dwangmaatregelen dan separatie en hoe zij deze ervaren hebben. Alle cliënten en naasten hebben ervaring met andere dwangmiddelen dan separatie, zij het dat slechts 1 (ex-)cliënt en vier naasten ervaring hebben met dwangtoediening van vocht en/of voeding. Met dwangmedicatie hebben de meeste respondenten ervaring en dat is door (ex-)cliënten veelal ofwel als zeer onprettig ofwel als neutraal ervaren. Dit komt overeen met de antwoorden van de naasten. Het merendeel van de naasten (66%) geeft aan dat hun naasten dit veelal als (zeer) onprettig hebben ervaren en een kwart staat hier neutraal tegenover.

Tabel 6, bijlage 3 – Ervaring van cliënten met andere dwangmiddelen, in absolute aantallen

	Medicatie (n=19)	Fixatie (n=7)	Afzondering (n=7)	Vocht en Voeding (n=1)
Zeër prettig	1	1	0	0
Prettig	2	1	2	1
Niet prettig, niet onprettig	6	2	0	0
Onprettig	2	1	2	0
Zeër onprettig	8	2	3	0

gevraagd is om een rangorde aan te geven in de dwangmiddelen van meeste naar minste voorkeur (tabel 7). Indien de toepassing van een dwangmiddel noodzakelijk is, geven (ex-)cliënten en naasten de voorkeur aan andere interventies dan de geboden opties. (ex-)cliënten vinden vooral dat er met hen in gesprek moet worden gegaan. Dit geldt eveneens voor de naasten, maar zij noemen ook regelmatig dat er naast gesprekken met en aandacht voor de (ex-)cliënten overleg dient plaats te vinden met de naasten zelf en dat er persoonlijke begeleiding moet worden ingezet.

Als cliënten een keuze moeten maken tussen dwangmiddelen geniet medicatie de voorkeur, daarna afzondering, dan separatie, vervolgens dwangtoediening van vocht en/of voeding en als allerlaatste fixatie. De naasten kiezen voor dezelfde rangorde zij het dan zij de voorkeur geven aan afzondering boven medicatie.

Tabel 7, bijlage 3 – Rangorde in voorkeur van dwangmaatregelen indien toepassing noodzakelijk is, van meeste naar minste voorkeur






ex-(cliënten) (n=22)	naasten (n=206)	hulpverleners (n=12)
Andere interventie	Andere interventie	Medicatie
Medicatie	Afzondering	Vocht en voeding
Afzondering	Medicatie	Afzondering
Separatie	Separatie	Andere interventie
Vocht en voeding	Vocht en voeding	Separatie
Fixatie	Fixatie	Fixatie

De rangorde die hulpverleners aangeven wijkt af van die van(ex-)cliënten en naasten. Zij geven de voorkeur aan medicatie, gevolgd door dwangtoediening, afzondering, andere opties (zoals één op één begeleiding), dan separatie en ten slotte evenals de (ex-)cliënten en naasten fixatie.

Mening over de separeerpraktijk in het algemeen

In deze paragraaf worden zoals gezegd niet alleen de antwoorden besproken van (ex-)cliënten, naasten en hulpverleners met directe ervaring met separatie, maar ook diegenen zonder directe ervaring en daarnaast ook „andersbetrokkenen”.

Legenda:

-  (Ex)cliënten
-  Naasten
-  Hulpverleners
-  Anders betrokkenen
-  Personen zonder ervaring

1 Helemaal mee eens

5 Helemaal mee oneens

Ik heb de indruk dat er het laatste jaar door GGZ-instellingen minder snel gesepareerd wordt dan in de periode daarvoor



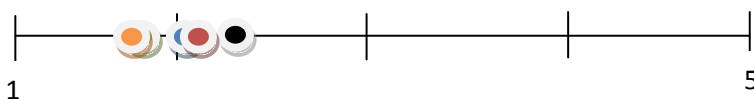
Ik heb de indruk dat GGZ-instellingen separaties het laatste jaar beter uitvoeren dan in de periode daarvoor



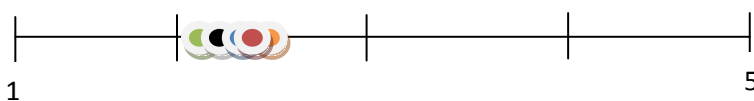
Een separeervrije GGZ is haalbaar



Een separeervrije GGZ is wenselijk



In geval van gevaar is medicatie wenselijker dan separatie



De meeste respondenten lijken het met de stelling dat er door GGZ-instellingen het laatste jaar minder snel gesepareerd wordt niet eens noch oneens, waarbij de hulpverleners het vaakst denken dat er minder snel gesepareerd wordt en de (ex-)cliënten het minst. Hulpverleners hebben het idee dat separaties het laatste jaar beter worden uitgevoerd dan in de periode daarvoor. (ex-)cliënten zijn het hier het minst vaak mee eens. Bij de stelling of een separeervrije GGZ haalbaar is, liggen de antwoorden allemaal tussen de categorie „mee eens’ en „mee eens noch mee oneens’, waarbij (ex-)cliënten en anders betrokkenen het vaakst denken dat dit haalbaar is. Over de wenselijkheid van een separeervrije GGZ zijn de respondenten het eens: dit is wenselijk. Eveneens neigen de meeste respondenten ernaar dat in geval van gevaar medicatie wenselijker is dan separatie.

