

Kwaliteit van klinische kinder- en jeugdpsychiatrie goed op streek

Verdere verbetering mogelijk

Den Haag, oktober 2010

Inhoud

Voorwoord – 5

Samenvatting – 7

1 Inleiding – 9

- 1.1 Aanleiding – 9
- 1.2 Belang – 10
- 1.3 Vraagstelling – 11
- 1.4 Onderzoeksmethode en toetsingskader – 11

2 Conclusies – 15

- 2.1 Algemene conclusie: kwaliteit van zorg aanzienlijk verbeterd ten opzichte van 2001 – 15
- 2.2 Nog geen eenduidigheid in registratie en vergelijkbaarheid bij reductie van insluitingen – 15
- 2.3 Psychofarmacabeleid kan veiliger – 15
- 2.4 Beleid rond bejegening en behandeling sterk verbeterd – 16
- 2.5 Twee klinieken aan te merken als goed voorbeeld – 16

3 Handhaving – 17

- 3.1 Maatregelen voor klinieken kinder- en jeugdpsychiatrie – 17
- 3.2 Aanbevelingen aan GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), vakcommissie GGZ en Landelijk Platform GGZ – 18
- 3.3 Vervolgacties inspectie – 18

4 Resultaten – 19

- 4.1 Insluitingsreductiebeleid overwegend operationeel – 19
 - 4.1.1 Kinderen en jeugdigen konden bij opname rekenen op een gastvrije ontvangst – 19
 - 4.1.2 Alle instellingen hadden adequaat scholingsbeleid – 19
 - 4.1.3 Evalueren van insluitingen kon beter – 20
 - 4.1.4 Gebruik van signaleringsplannen gemeengoed – 20
 - 4.1.5 Criteria over te gaan op insluiten veelal duidelijk – 20
 - 4.1.6 Registreren met Argus in de lift – 20
- 4.2 Psychofarmacabeleid niet altijd voldoende – 21
 - 4.2.1 Verstrekken van psychofarmaca gebaseerd op visie en ondersteund door geneesmiddelencommissie – 21
 - 4.2.2 In twee klinieken ontbrak geneesmiddelenformularium – 21
 - 4.2.3 Verstrekken en vastleggen van informatie over off label voorschrijven van medicatie onvoldoende consequent toegepast – 21
 - 4.2.4 Aandacht voor medicatieveiligheid soms onvoldoende – 22
 - 4.2.5 Scholingsaanbod op gebied van psychofarmaca vaak op orde – 22
- 4.3 Behandeling en bejegening grotendeels operationeel – 22
 - 4.3.1 Pedagogische visie leidend voor handelen medewerkers – 22
 - 4.3.2 Behandelbeleid stevig in steigers – 22
- 4.4 Goede praktijkvoorbeelden – 23

5 Summary – 25

Literatuur – 27

BIJLAGE 1	Klinieken en locaties die zijn bezocht	— 29
BIJLAGE 2	Toetsingskader en toelichting scorekwalificaties	— 30
BIJLAGE 3	Handhavingsbeleid	— 33
BIJLAGE 4	Samenvatting resultaten toezichtbezoek	— 35

Voorwoord

Kinderen en jeugdigen die zijn opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische voorziening kunnen veelal rekenen op zorg van goede kwaliteit. Dat is de belangrijkste conclusie die getrokken mag worden uit het onderzoek dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in het laatste kwartaal van 2009 heeft uitgevoerd bij de 16 klinieken die deze zorg verlenen. De inspectie waardeert de inspanning van de klinieken en in het bijzonder van de medewerkers van de afgelopen jaren om de zorg aanzienlijk te verbeteren. Klinische voorzieningen blijven nodig, voor steeds meer kinderen en jeugdigen blijkt een opname noodzakelijk. Hierbij wordt steeds beter een goede balans gevonden tussen een pedagogische benadering en de behandeling van de psychopathologie, waarbij behandelaren steven naar een zo kort mogelijke opnameduur.

De inspectie doet in dit rapport een aantal aanbevelingen waarvan ik er één hier wil herhalen. Wij adviseren de klinieken om bij elkaar interne audits te gaan uitvoeren, in het bijzonder op het gebied van het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit is een zeer goed systeem om van elkaar te leren en elkaar te wijzen op mogelijke verbeterpunten. De inspectie roept GGZ Nederland op om hierin het voortouw te nemen. Daarnaast beveelt de inspectie de veldpartijen aan om een gemeenschappelijk standpunt te bepalen over de definities van vrijheidsbeperkende maatregelen, fysieke inperking en pedagogische maatregelen.

De inspectie heeft tijdens het onderzoek twee instellingen aangetroffen die over de hele linie uitstekende en goed georganiseerde zorg leverden. Dit zijn het Sophia kindziekenhuis en Reinier van Arkel locatie Herlaarhof. Deze klinieken gelden als goed voorbeeld voor andere klinieken.

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

Samenvatting

De meest kwetsbare kinderen en jeugdigen met ernstige psychische problematiek en/of psychiatrische stoornissen zijn voor behandeling veelal aangewezen op de klinische voorzieningen van de kinder- en jeugdpsychiatrie. De problemen zijn vaak ambulante niet (meer) te behandelen al dan niet door, of in combinatie met, de problematische thuissituatie van de betreffende jongere. Een ontwikkeling van de laatste jaren is dat kinderen en jeugdigen korter maar steeds vaker gebruikmaken van de klinische geestelijke gezondheidszorg. Een opname blijkt vaak de enige oplossing om problemen goed aan te pakken. Een zekere mate van dwang en onvrijwilligheid is hierbij soms onvermijdelijk. Eén van de meest risicovolle interventies die hiermee samenhangt is vrijheidsbeperking van kinderen en jeugdigen door middel van insluiten zoals bij separatie en afzondering. Een tweede risicovolle en steeds vaker voorkomende interventie is het voorschrijven en het gebruik van psychofarmaca. In algemene zin zijn de meeste geneesmiddelen die aan kinderen en jeugdigen worden voorgeschreven niet getest voor deze groep (op veiligheid en werkzaamheid). Daarom is bij het voorschrijven uiterste zorgvuldigheid vereist. Een derde risicovolle situatie is dat de kliniek geen eenduidige visie heeft op de bejegening/opvoeding van kinderen en jeugdigen en hoe de behandeling hierop is afgestemd.

Vanuit dit perspectief heeft de inspectie onderzoek uitgevoerd naar drie aspecten van patiëntveiligheid binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie: insluitingsbeleid, psychofarmacabeleid en bejegening en behandeling. De inspectie heeft beoordeeld in hoeverre de instellingen voldoen aan voorwaarden voor verantwoorde zorg voor deze drie thema's. De inspectie bezocht alle zestien instellingen met een Bopz-aanmerking voor de klinische jeugdpsychiatrie.

Uit de resultaten blijkt dat de kwaliteit van zorg sterk verbeterd is ten opzichte van 2001. Dit geldt zowel voor het verantwoord terugdringen van insluitingen, als voor het verantwoord verstrekken van psychofarmaca. Kinderen en jeugdigen worden nagenoeg vanuit een eenduidige pedagogische visie bejegend en behandeld. Verbeteringen liggen in het meer eenduidig registreren van insluitingsgegevens en aanscherpen van de definities van vrijheidsbeperkingen. Tevens is meer structurele aandacht nodig voor medicatieveiligheid. Een belangrijke aanbeveling die de inspectie doet, is dat instellingen bij elkaar interne audits doen in het bijzonder op het gebied van het terugdringen van insluitingen en andere vrijheidsbeperkende maatregelen, het behandelbeleid en de bejegening van kinderen en jeugdigen en hun ouders. De inspectie roept GGZ Nederland op om hierin een initiërende rol te vervullen.

Twee klinieken, het Sophia kindziekenhuis en Reinier van Arkel locatie Herlaarhof, leveren over de hele linie uitstekende en goed georganiseerde zorg en zijn daarom goede praktijkvoorbeelden voor andere klinieken.

Alle klinieken hebben een individueel rapport inclusief verbetermaatregelen ontvangen. Er zijn zeven klinieken die de zorg over de hele linie zodanig goed georganiseerd en uitgevoerd hebben, dat geen verbetermaatregelen zijn opgelegd. Voor de overige klinieken geldt dat in het jaargesprek in 2011 de voortgang van de kwaliteitsverbetering wordt besproken. Bij een aantal klinieken wordt het verbeterplan door de inspectie beoordeeld en wordt de voortgang van de verbeteringen ook tussentijds geëvalueerd.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In de strategische visie 'Sterk van Geest, naar herstel van regie' van het programma geestelijke gezondheidszorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) staat het toezicht op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor de jaren 2008–2011 beschreven¹. In 2009 staat het toezicht op de zorg voor kinderen (0-12 jaar) en jeugdigen (12-18 jaar) die zijn opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische voorziening centraal. Deze keuze is gebaseerd op de belangrijkste uitgangspunten van het Meerjarenbeleidsplan van de IGZ²: zorg voor kwetsbare groepen, patiëntveiligheid en aandoeninggericht toezicht. Daarnaast is de keuze het gevolg van prioritering van de risico's binnen de GGZ. Kinderen en jeugdigen met psychiatrische problemen die zijn opgenomen in een psychiatrische voorziening hebben een groot risico op gezondheidsschade indien zij zorg ontvangen die van onvoldoende kwaliteit is.

De inspectie heeft in 2001 een toezichtonderzoek uitgevoerd bij zeven klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie.³ Aanleiding voor het toezicht was toentertijd de geconstateerde problematische toegang tot de zorg, uiteenlopende organisatie-keuzen tussen instellingen zonder opgave van redenen, het uitblijven van veldstandaarden voor bepaalde kernprocessen in de zorg en de vertraging in de realisatie van behandelplaatsen voor gedwongen opnamen in het kader van de Wet Bopz. De belangrijkste conclusie was dat de zorg in de kinder- en jeugdpsychiatrie onvoldoende was georganiseerd conform de eisen op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze conclusie was in het bijzonder gebaseerd op de volgende bevindingen:

- De patiëntgerichtheid was niet geborgd op basis van zorgvraaganalyses.
- De doeltreffendheid van de zorg werd niet onderzocht.
- Het psychofarmacabeleid was van onvoldoende kwaliteit.
- De doelmatigheid van de zorg liet te wensen over.
- De patiëntgerichtheid bij de uitvoering van de Wet Bopz was niet goed geregeld.
- De medezeggenschap van kinderen, jeugdigen en ouders was onder de maat.

Sinds 2001 heeft de kinder- en jeugdpsychiatrische sector zich verder professioneel ontwikkeld, hetgeen leidt of moet leiden tot een verdere verbetering van de kwaliteit van de zorg. Een aantal voorbeelden: er is een landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, er zijn richtlijnen voor vrijheidsbeperkende maatregelen, er zijn richtlijnen voor fysieke inperking (voor kinderen jonger dan 12 jaar) en voor pedagogische maatregelen en er is de Wet Bopz. Tevens zijn multidisciplinaire behandelrichtlijnen ontwikkeld en geïmplementeerd voor ADHD, autisme, autismespectrumstoornissen en eetstoornissen en is een richtlijn voor depressie in ontwikkeling. In samenwerking met brancheorganisatie GGZ Nederland wordt toenemend aandacht besteed aan het terugdringen van de wachtlijsten, meer samenwerking met ketenpartners, meer preventie, meer aandacht voor kinderen en jeugdigen met zeer ernstige problematiek en het terugdringen van dwangmaatregelen.

Al deze ontwikkelingen zijn voor de inspectie aanleiding geweest om opnieuw onderzoek uit te voeren naar de kinder- en jeugdpsychiatrische sector. Het doel van dit onderzoek is beoordelen of deze ontwikkelingen hebben bijgedragen aan een vermindering van de risico's op niet-verantwoorde zorg bij deze kwetsbare groep kinderen en jeugdigen.

1.2

Belang

De meest kwetsbare kinderen en jeugdigen met ernstige psychische problematiek en/of psychiatrische stoornissen zijn voor behandeling veelal aangewezen op de klinische voorzieningen van de kinder- en jeugdpsychiatrie. De problemen zijn vaak ambulante niet (meer) te behandelen al dan niet door, of in combinatie met, de problematische thuissituatie van de betreffende jongere. Er zijn ongeveer 1370 intramurale behandelplaatsen en 720 plaatsen voor dagbehandeling (gegevens 2006).⁴ De indicatiestelling voor een klinische behandeling lijkt in de loop der jaren veranderd. Naast de psychopathologie is het ontlasten van het systeem in toenemende mate een opname-indicatie en wordt een klinisch verblijf gezien als een fase in een ambulante traject.⁵

De duur van de klinische opname van kinderen en jeugdigen is de laatste jaren korter geworden, terwijl meer kinderen en jeugdigen zijn opgenomen. In 2007 zijn 1853 jongeren tussen de 10 en 19 jaar met een 'psychische aandoening' opgenomen in een klinische voorziening (GGZ, maar ook algemeen ziekenhuis). Dat is een toename van 33% ten opzichte van 2005. De grootste toename (35%) is bij jongeren tussen de 15 en 19 jaar. De opnameduur is in 2007 ten opzichte van 2005 met gemiddeld 20% afgenomen, met de grootste daling bij jongeren tussen de 15 en 19 jaar (35%). De gemiddelde opnameduur was in 2007 twaalf dagen. De spreiding is echter heel ruim en varieert van een dag tot enkele jaren.^a

Kinderen en jeugdigen maken dus korter maar steeds vaker gebruik van de klinische geestelijke gezondheidszorg. Men ziet een opname vaak als de enige oplossing om problemen goed aan te pakken. Een zekere mate van dwang en onvrijwilligheid is hierbij soms onvermijdelijk.^{6,7} Eén van de meest risicovolle interventies die hiermee samenhangt is vrijheidsbeperking van kinderen en jeugdigen door middel van separatie en afzondering (ook in eigen kamer en 'rustig-word-kamer'). Deze toepassingen moeten worden gemeld bij de inspectie indien het jeugdigen betreft vanaf 12 jaar met een Bopz-maatregel. Voor kinderen jonger dan 12 jaar is de Wet Bopz vaak^b niet van toepassing en geldt geen wettelijke meldplicht^c bij de inspectie (waardoor de interventies nog risicovoller zijn). Separatie en afzondering gebeurt in die gevallen met toestemming van (één van) de ouders. In de samenleving en in de politiek heerst een breed gedragen opvatting dat het aantal separaties van psychiatrische patiënten in Nederland kan en moet verminderen. Een belangrijke impuls om dit te bereiken is het project 'Dwang en Drang' van GGZ Nederland. Daarbij is als doel gesteld om jaarlijks het aantal separaties en de duur ervan met 10% te verminderen.

Een tweede risicovolle en steeds vaker voorkomende interventie is het voorschrijven van psychofarmaca en het gebruik ervan. In algemene zin zijn de meeste geneesmiddelen die aan kinderen en jeugdigen worden voorgeschreven niet getest op veiligheid en werkzaamheid voor deze groep⁸. In veel gevallen schrijven artsen dus niet-geregistreerde geneesmiddelen aan kinderen en jeugdigen voor of geneesmiddelen die wel geregistreerd zijn voor kinderen maar waarvoor de kinderleeftijd een contra-indicatie is of waarvoor geen doseerrichtlijn bestaat. Dit wordt ook wel *off label* voorschrijven genoemd (het middel is wel geregistreerd, maar de toepassing is anders dan in de vergunning omschreven). Dit soort ontwikkelingen legt de nadruk op de noodzaak om zo zorgvuldig mogelijk met psychofarmaca om te gaan. De hele keten van het medicatiegebruik moet vanaf de indicatiestelling, de

a Berekening op basis van Landelijke Medische Registratie van Prismant.

b De Wet Bopz kan wel van toepassing zijn als een van de ouders of beide ouders het niet eens zijn met de opname.

c De richtlijn Pedagogische maatregelen en de Wet Bopz in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie van 1999 bevat wel de aanbeveling om dergelijke interventies te melden, maar dit is vrijwel nooit gebeurd. De richtlijn is nauwelijks geïmplementeerd.

voorlichting aan ouders en kind, de lichamelijke controles, monitoring tot aan het moment van afbouwen of stoppen zo zorgvuldig mogelijk worden doorlopen.^{9,10}

Een derde risicovolle situatie is dat de kliniek geen eenduidige visie heeft op de bejegening/opvoeding van kinderen en jeugdigen. Een klinische opname betekent een volledig andere omgang van kinderen en jeugdigen met ouder(s) of verzorgers en een verandering van onderwijs. De kliniek moet daarom een eenduidige, voor alle medewerkers sturende visie hebben op pedagogisch handelen en op het gewenste pedagogisch klimaat in de kliniek. Hiermee samenhangend moet de kliniek een visie hebben op het doel van de behandeling (indicatiestelling voor opname) en de hieruit voortvloeiende behandelmogelijkheden (wordt primair het hoofdsymptoom behandeld dat het meest tot disfunctioneren leidt of wordt stoornisgericht behandeld).

Kinderen en jeugdigen die opgenomen zijn in een klinische psychiatrische voorziening lopen dus risico op gezondheidschade door:

- 1 Onzorgvuldig insluitingsbeleid (separeren, afzonderen of anderszins opsluiten), waarbij onvoldoende aandacht is voor het reduceren van insluitingen.
- 2 Kwalitatief onvoldoende psychofarmacabeleid.
- 3 Ontbreken van een eenduidige visie op bejegening/opvoeding en behandelingsmogelijkheden.^d

Vanuit patiëntveiligheidsperspectief is het daarom aangewezen het thematisch toezicht 2009 te richten op deze drie onderwerpen^e. Het belang aandacht te besteden aan het insluiten van kinderen en jeugdigen wordt tevens bepaald door het resultaat van het inspectieonderzoek 'separeren na opname'¹¹ naar aanleiding waarvan de minister van VWS de Tweede Kamer heeft toegezegd dat "in 2009 alle kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken door de inspectie worden doorgelicht op separeer- en beëindigingsbeleid".¹²

1.3 Vraagstelling

De vraagstelling voor het toezichtonderzoek is als volgt geformuleerd:

- In hoeverre is de zorgverlening aan kinderen en jeugdigen die zijn opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische voorziening met een Bopz-aanmerking, gebaseerd op de veldnormen en wettelijke voorschriften?

De onderzoeksvraag heeft betrekking op de volgende drie aandachtspunten:

- Het terugdringen van insluitingen.
- Het verantwoord verstrekken van psychofarmaca.
- De bejegening en behandeling van kinderen en jeugdigen vanuit een eenduidige pedagogische visie.

De tweede onderzoeksvraag is:

- Bij welke (onderdelen van) zorgaanbieders is de zorg van zodanige kwaliteit dat de praktijkvoering als goed praktijkvoorbeeld kan dienen?

1.4 Onderzoeksmethode en toetsingskader

De doelgroep van dit onderzoek zijn patiënten die voor een klinische behandeling zijn opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische voorziening met een Bopz-aanmerking. In het bijzonder betreft het kinderen tot 12 jaar, waarbij de Wet Bopz

d Dit standpunt wordt gedeeld door GGZ Nederland, de NVvP en het landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie.

e Het is bekend dat de ketenzorg tevens een probleem is in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit thema wordt echter al door het thematisch toezicht 'verantwoorde zorg voor personen en gezinnen met geringe sociale redzaamheid' belicht. De resultaten hiervan maken onderdeel uit van de Staat van de Gezondheidszorg 2010.

veelal niet van toepassing is en jeugdigen van 12 tot 18 jaar, waarbij deze wet vaker wel van toepassing is^f.

Voor het onderzoek zijn alle 16 kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken en afdelingen die een klinische behandeling bieden én een Bopz-aanmerking hebben, bezocht. Als een instelling uit meerdere locaties bestond, is de locatie bezocht waar de meeste Bopz-maatregelen werden toegepast (zie bijlage 1 voor een overzicht van de klinieken en de locaties).

Toezichtbezoek

Het toezicht is uitgevoerd door een inspecteur, tevens accounthouder van de instelling en een toezichtmedewerker. Tijdens het toezichtbezoek is gesproken met (een afvaardiging van) de Raad van Bestuur, de geneesheer-directeur en het management, behandelaren, verpleegkundigen en/of sociotherapeuten en/of groepsleiders en jongeren. Daarnaast is dossieronderzoek uitgevoerd, in aanwezigheid van een behandelaar. De toezichtbezoeken vonden plaats van oktober t/m december 2009.

De Raden van Bestuur van de instellingen hebben separaat een rapport ontvangen met de resultaten van het thematisch toezicht zoals uitgevoerd in hun instelling. De inspectie heeft hen de mogelijkheid geboden het rapport te toetsen op feitelijke onjuistheden en heeft het na beoordeling daarvan vervolgens vastgesteld. De inspectie publiceert de vastgestelde rapporten tegelijk met dit geaggregeerde rapport op www.igz.nl.

Op basis van de resultaten van het toezicht is per instelling een handhavingplan vastgesteld om de kwaliteit van zorg (verder) te verbeteren (zie hiervoor paragraaf 2.3).

Toetsingskader

Om tot een verantwoord oordeel te komen maakt de inspectie gebruik van een toetsingskader. Dit bestaat uit toetsingsnormen die zijn gebaseerd op (veld)normen onder andere afkomstig uit het project Drang en Dwang van GGZ Nederland (insluiten), *state of the art* werkwijzen wat betreft het medicatie- en het medicatie-verstrekkingbeleid en tevens op aspecten uit de gezondheidswet- en regelgeving. Het gaat hierbij om de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz, in het bijzonder art 63), de Geneesmiddelenwet en de Algemene wet bestuursrecht.

De inspectie heeft het concept-toetsingskader ter beoordeling en voor commentaar voorgelegd aan een aantal externe deskundigen op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Op basis van hun commentaar is het toetsingskader verder aangepast en verbeterd. Daarna is het toetsingskader in een pilotbezoek uitgetoetst^g. Dit heeft ook geleid tot een aantal verbeteringen.

Het toetsingskader bestaat uit drie toezichtthema's:

- 1 Insluitingsreductiebeleid (inclusief separeren en afzonderen).
- 2 Psychofarmacabeleid.
- 3 Bejegening en behandeling.

Elk toezichtthema bestaat uit een aantal toezichtaspecten die naar aanleiding van het toezichtbezoek worden gescoord (zie bijlage 2 voor het toetsingskader en de operationalisatie van de toezichtaspecten).

^f Het merendeel van de jeugdigen wordt zonder Bopz-titel opgenomen.

^g De pilot van het toezicht is uitgevoerd bij GGZ Breburg locatie de Mark te Breda.

Op basis van de bevindingen wordt per instelling een risicoprofiel opgesteld. Dat risicoprofiel is basis voor een handhavingsbeleid per kliniek. In bijlage 3 is gedetailleerd opgenomen welke maatregel wordt opgelegd bij een bepaald risico.

Generaliseerbaarheid van de resultaten van het toezicht

De inspectie hecht eraan op te merken dat de onderdelen die binnen de zestien klinische kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen zijn bezocht niet noodzakelijkerwijs representatief zijn voor de gehele instelling. Het inspectieonderzoek betrof de aspecten insluitingsreductiebeleid, psychofarmacabeleid en bejegening en behandeling. Het onderzoek geeft wel een goed beeld van die drie aspecten over de gehele kinder- en jeugdpsychiatrie.

2 Conclusies

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies van dit thematisch toezicht weergegeven.

2.1 **Algemene conclusie: kwaliteit van zorg aanzienlijk verbeterd ten opzichte van 2001**

De zorgverlening aan kinderen en jeugdigen die zijn opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische voorziening met een Bopz-aanmerking is veelal gebaseerd op de veldnormen en wettelijke voorschriften. Dit geldt voor zowel het verantwoord terugdringen van insluitingen als voor het verantwoord verstrekken van psychofarmaca. In het algemeen worden opgenomen kinderen en jeugdigen vanuit een eenduidige pedagogische visie bejegend en behandeld.

Dit is een aanzienlijke verbetering van de kwaliteit van de zorg ten opzichte van de resultaten van het thematisch toezicht dat de inspectie in 2001 heeft uitgevoerd. De zorg is nu veel meer patiëntgericht waarbij tevens veel aandacht uitgaat naar de omgeving van de patiënt, in het bijzonder naar de ouder(s). Bij de noodzaak kinderen en jeugdigen in te sluiten, al dan niet op basis van de Wet Bopz, worden meer dan voorheen patiëntenrechten gerespecteerd. De kwaliteit van het medicatiebeleid is aantoonbaar toegenomen en er zijn duidelijke initiatieven om systematisch en vergelijkbaar behandeluitkomsten te meten.

Ondanks dat de meeste instellingen over het algemeen zorg van voldoende kwaliteit leveren, tonen de volgende conclusies aan dat de zorg voor kinderen en jeugdigen die klinisch zijn opgenomen, verder kan worden verbeterd.

2.2 **Nog geen eenduidigheid in registratie en vergelijkbaarheid bij reductie van insluitingen**

Alle klinieken voeren beleid om het aantal insluitingen van kinderen en jongeren en de duur ervan terug te dringen. Dat beleid is in meer of mindere mate in alle instellingen succesvol. Om dit te bereiken nemen of namen tien instellingen deel aan het project Dwang en Drang van GGZ Nederland. Steeds meer klinieken registreren vrijheidsbeperkende maatregelen door middel van Argus, een registratiesysteem waarin maatregelen in tijd en aantal nauwkeurig kunnen worden bijgehouden. Het is echter niet goed mogelijk de resultaten tussen de klinieken en soms ook binnen de kliniek te vergelijken. Eén van de oorzaken is het ontbreken van een gemeenschappelijk gedragen definitie wat onder vrijheidsbeperking wordt verstaan. Bij kinderen en jeugdigen wordt bijvoorbeeld het onderscheid tussen een vrijheidsbeperkende en een pedagogische maatregel niet altijd door iedereen gelijk gedefinieerd. Daarnaast is er geen eenduidigheid over de vormen van vrijheidsbeperking of insluitingen.

2.3 **Psychofarmacabeleid kan veiliger**

In de kinder- en jeugdpsychiatrie worden veelal geneesmiddelen buiten de officiële indicatie voorgeschreven. Artsen en psychiaters die tijdens het toezichtbezoek zijn gesproken, zijn op de hoogte van de voor- en nadelen van dit zogenoemd *off label* voorschrijven van medicatie. Het is echter niet altijd duidelijk hoe zorgvuldig kinderen en jeugdigen en hun ouder(s) hierover worden geïnformeerd indien medicatie wordt voorgeschreven. In de patiëntendossiers is vaak onvoldoende gedocumenteerd of het voorschrijven van *off label* medicatie met volledige instemming van het kind of jeugdige en de ouder(s) plaatsvindt. Het ontbreekt vaak aan een sluitend systeem waarin aspecten zijn opgenomen die de medicatieveiligheid bepalen zoals effectiviteit, dosering, bijwerkingen, interactie, benodigde

laboratoriumbepalingen en noodzakelijk lichamelijk onderzoek, dat voor de voorschrijver en behandelaar toegankelijk is.

2.4 **Beleid rond bejegening en behandeling sterk verbeterd**

Zeer positief is dat bijna alle instellingen een reeds uitgewerkte en bij de medewerkers bekende visie hebben op het omgaan met en behandelen van kinderen en jeugdigen in een klinische setting. Behandelaars streven naar een zo kort mogelijk klinisch verblijf. Dit is een sterke verbetering ten opzichte van het onderzoek uit 2001.

2.5 **Twee klinieken aan te merken als goed voorbeeld**

Hoewel er een aantal klinieken zijn die op veel fronten zeer goed scoren (zie tabel 5 uit bijlage 4), zijn er twee klinieken die over de hele linie uitstekende en goed georganiseerde zorg leveren. Dit zijn het Sophia kindziekenhuis en Reinier van Arkel locatie Herlaarhof. Deze klinieken zijn daarom goede praktijkvoorbeelden voor andere klinieken.

3 Handhaving

3.1 **Maatregelen voor klinieken kinder- en jeugdpsychiatrie**

De inspectie heeft voor elke kliniek het risicoprofiel bepaald gebaseerd op de drie aspecten waar de inspectie naar heeft gekeken. Dit profiel is gedetailleerd weergegeven in bijlage 3. In deze paragraaf is per kliniek opgenomen welke maatregelen zijn opgelegd.

- Zeven klinieken hebben naar het oordeel van de inspectie de zorg over de hele linie zodanig georganiseerd en uitgevoerd dat geen plan van aanpak wordt gevraagd. In het jaargesprek in 2011 wordt de voortgang van de kwaliteitsverbetering voor de zorg voor klinisch opgenomen kinderen en jeugdigen besproken. Dit zijn: het Sophia kindziekenhuis, Reinier van Arkel groep locatie Herlaarhof, Mondriaan divisie Kinder en Jeugd, de Mutsaersstichting, UMCU, Symfora groep locatie Fornhese en Karakter locatie Stapper.
- Drie klinieken is gevraagd een plan van aanpak te maken om het psychofarmacabeleid te verbeteren. Dit plan wordt bij het jaargesprek in 2011 gebruikt om na te gaan wat de uitwerking van de verbeteracties en de ingezette ontwikkelingen is geweest. Het gaat om Triversum, GGZ Friesland locatie de Swing en Accère.
- Drie klinieken is gevraagd een plan van aanpak te maken om het insluitingsreductiebeleid, het psychofarmacabeleid en aspecten in de bejegening en de behandeling te verbeteren. Dit plan wordt bij het jaargesprek in 2011 gebruikt om na te gaan wat de uitwerking van de verbeteracties en de ingezette ontwikkelingen is geweest. Het gaat om Emergis locatie Ithaka, Curium-LUMC en RMPI.
- GGZ Breburg locatie de Mark moet een plan van aanpak maken om het psychofarmacabeleid te verbeteren en dat plan wordt door de inspectie beoordeeld. Bij het jaargesprek in 2011 wordt dit plan gebruikt om na te gaan wat de uitwerking van de verbeteracties en de ingezette ontwikkelingen is geweest.
- De Bascule moet een plan van aanpak maken om het insluitingsreductiebeleid te verbeteren; en dat plan wordt door de inspectie beoordeeld en de voortgang van de verbeteringen wordt tussentijds geëvalueerd. Bij het jaargesprek in 2011 wordt dit plan gebruikt om na te gaan wat de uitwerking van de verbeteracties en de ingezette ontwikkelingen is geweest.
- De Jutters moet een plan van aanpak maken om het insluitingsreductiebeleid en het psychofarmacabeleid te verbeteren; dat plan wordt door de inspectie beoordeeld en de voortgang van de verbeteringen wordt tussentijds gemonitord. De instelling is aangekondigd dat een follow-up bezoek zal volgen om vast te stellen of het plan van aanpak in de praktijk is gerealiseerd. Dit bezoek is afgelegd op 19 augustus jl., de instelling heeft inmiddels voldoende verbetering gerealiseerd. Bij het jaargesprek in 2011 wordt nogmaals nagegaan wat de uitwerking van de verbeteracties is geweest.

3.2 Aanbevelingen aan GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), vakcommissie GGZ en Landelijk Platform GGZ

- 1 Het is van belang het beleid rondom het *off label* voorschrijven van geneesmiddelen zorgvuldiger te formuleren en uit te voeren. Zie onder andere het standpunt hierover van het Nederlands Huisartsen Genootschap (2007). De inspectie beveelt GGZ Nederland aan hierin het initiatief te nemen. De inspectie is bereid hierover mee te denken en zal hier in lopende overleggen op terug komen.
- 2 Meer aandacht is nodig voor het ontwikkelen van een veilig systeem voor het voorschrijven en verstrekken van medicatie, inclusief de daarbij behorende dossiervoering. Aanbevolen wordt dit in 2011 te realiseren. Uiteindelijk moet medicatieveiligheid een onderdeel worden van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) van de (gehele) instelling. De stuurgroep Patiënt Veiligheid die is ingesteld onder regie van GGZ Nederland heeft bruikbare toolkits ontwikkeld om een VMS te implementeren.
- 3 De inspectie adviseert de instellingen om met elkaar interne audits te doen in het bijzonder op het gebied van het terugdringen van insluitingen en andere vrijheidsbeperkende maatregelen, het behandelbeleid en de bejegening van kinderen en jeugdigen en hun ouders. De inspectie roept GGZ Nederland op hierin het initiatief te nemen.
- 4 De inspectie adviseert de instellingen samen met GGZ Nederland en de beroepsgroepen een gemeenschappelijk standpunt te bepalen over de definities van vrijheidsbeperkende maatregelen, fysieke inperking en pedagogische maatregelen.

3.3 Vervolgacties inspectie

De inspectie zal de voortgang van de verbeteracties door de klinieken monitoren zoals aangegeven in paragraaf 3.1. Daarnaast zal de inspectie met de in paragraaf 3.2 genoemde partijen in gesprek gaan over de daar genoemde aanbevelingen.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het thematisch toezicht weergegeven. Tijdens de gesprekken bij het toezichtbezoek is aandacht besteed aan drie toezichtthema's, bestaande uit 20 toezichtaspecten die als volgt zijn verdeeld: het insluitingsreductiebeleid (8 aspecten), het psychofarmacabeleid (8 aspecten) en behandeling en bejegening (4 aspecten).

De resultaten zijn ondergebracht in twee beoordelingscategorieën: operationeel en niet-operationeel. In bijlage 2 (toetsingsinstrument) is deze beoordeling per toezichtaspect uitgewerkt. Tevens is in dit hoofdstuk aandacht besteed aan goede praktijkvoorbeelden waarmee andere instellingen hun voordeel kunnen doen. De resultaten van de toezichtbezoeken zijn samengevat weergegeven in bijlage 4.

4.1 Insluitingsreductiebeleid overwegend operationeel

Tabel 1

Resultaat van het insluitingsreductiebeleid bij 16 klinieken (aantal operationele versus niet-operationele toezichtaspecten)

	Operationeel aantal	Niet operationeel aantal
Beleid bij binnenkomst patiënt	15	1
Scholing/deskundigheid	16	0
Evaluatie met patiënt	10	6
Evaluatie in team	11	5
Terugkoppeling naar team	10	6
Signaleringsplannen	10	6
Toepassen protocol	13	3
Registratie met Argus	10	6

4.1.1 *Kinderen en jeugdigen konden bij opname rekenen op een gastvrije ontvangst*
Nagenoeg alle instellingen hadden beleid om kinderen en jeugdigen al dan niet met hun ouder(s) bij opname in een rustige omgeving te ontvangen. Het beleid voorzag in op gemak stellen van kinderen en jeugdigen en de frequentie van beoordeling of een geïndiceerde separatie of een andere vorm van insluiting nog noodzakelijk is. Alleen bij de Jutters ontbrak dit beleid in een geformaliseerde vorm.

4.1.2 *Alle instellingen hadden adequaat scholingsbeleid*
De medewerkers van alle instellingen konden periodiek deskundigheidsbevordering volgen waarbij in het bijzonder aandacht werd besteed aan een andere attitude ten aanzien van het insluiten van kinderen en jeugdigen. Medewerkers waren zich hierdoor terdege bewust van de noodzaak het insluiten van kinderen en jeugdigen zoveel mogelijk terug te dringen en waren hiervoor zeer gemotiveerd.

- 4.1.3** *Evalueren van insluitingen kon beter*
In de helft van de instellingen (8) werden insluitingen achteraf zowel met de patiënt besproken als geëvalueerd in het team. Tevens werden in deze instellingen geaggregeerde gegevens over het aantal en de duur van insluitingen gebruikt om het afdelingsbeleid zo nodig aan te passen. In vier instellingen, de Jutters, RMPI, de Mark en Curium ontbrak beleid om insluitingen op verschillende niveaus systematisch te evalueren.
- 4.1.4** *Gebruik van signaleringsplannen gemeengoed*
Tien instellingen hadden actief beleid om signaleringsplannen te gebruiken waarin afspraken, die meestal samen met de jongeren werden gemaakt, waren opgenomen over maatregelen en afspraken om escalerend gedrag te voorkomen. De andere zes instellingen waren bezig met de implementatie van signaleringsplannen (3), of de plannen waren niet terug te vinden in het elektronische patiëntendossier maar wel op de afdeling beschikbaar.
- 4.1.5** *Criteria over te gaan op insluiten veelal duidelijk*
Wanneer het noodzakelijk was kinderen en jeugdigen in te sluiten, gebeurde dat in dertien instellingen aan de hand van duidelijke criteria die bij medewerkers bekend waren. De andere drie instellingen hanteerden criteria die minder expliciet zijn geformuleerd.
- 4.1.6** *Registreren met Argus in de lift*
Tien instellingen registreerden vrijheidsbeperkende interventies met behulp van de Argus-registratieset. De ervaringen van de instellingen met deze wijze van vastleggen van gegevens waren over het algemeen positief. De registratie was nauwkeuriger en uitkomsten waren beter vergelijkbaar. Instellingen hadden nog geen eenduidig beleid welke interventies wel en welke niet geregistreerd zouden moeten worden. De zes instellingen die Argus niet gebruikten hanteerden een eigen systeem om vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig te registreren. Twee van deze instellingen waren voornemens Argus te gaan gebruiken. Er was geen relatie tussen het gebruik van Argus of een ander systeem en het resultaat wat betreft het terugdringen van het aantal en de duur van insluitingen.

4.2 Psychofarmacabeleid niet altijd voldoende

Tabel 2

Resultaat van het psychofarmacabeleid bij 16 klinieken (aantal operationele versus niet-operationele toezichtaspecten)

	Operationeel	Niet operationeel
Visie medicatieverstrekking	15	1
Informatie over <i>off label</i>	11	5
Somatische screening	13	3
Monitoring medicatie	14	2
Formularium	14	2
Geneesmiddelencommissie	15	1
Medicatieveiligheidssysteem	10	6
Scholing/deskundigheid	12	4

- 4.2.1 *Verstrekken van psychofarmaca gebaseerd op visie en ondersteund door geneesmiddelencommissie*
 Vijftien instellingen hanteerden een visie op het verstrekken van medicatie aan kinderen en jeugdigen die bij medewerkers bekend was en uitgangspunt was van het medicatiebeleid. Centraal in deze visies stond de terughoudendheid bij het voorschrijven van psychofarmaca, gerelateerd aan de leeftijd. Curium had geen expliciete visie op medicatieverstrekking, behandelaren hanteerden een grote mate van vrijheid bij het voorschrijven van medicatie.
 Bij vijftien instellingen adviseerde de geneesmiddelencommissie over het medicatiebeleid bij kinderen en jeugdigen. Alleen het UMCU had geen aansluiting bij een geneesmiddelencommissie.
- 4.2.2 *In twee klinieken ontbrak geneesmiddelenformularium*
 Bijna alle behandelaren baseerden hun voorschrijfgedrag in het bijzonder op een formularium voor kinderen en jeugdigen. De Mark hanteerde nog geen formularium, maar was dat wel van plan. Bij Ithaka was een zeer beperkt formularium beschikbaar.
- 4.2.3 *Verstrekken en vastleggen van informatie over off label voorschrijven van medicatie onvoldoende consequent toegepast*
 Behandelaren die *off label* medicatie (i.c. psychofarmaca) voorschrijven, informeerden over het algemeen de jongere en zijn of haar ouder(s) hierover. Dit gebeurde echter in vijf instellingen vaak meer of minder gericht en uitgebreid. Tevens was het gegeven dat *off label* was voorgeschreven niet altijd even zorgvuldig vastgelegd in het dossier van de betreffende patiënt. In elf instellingen was dit voorschrijfbeleid wel vastgesteld, bekend bij medewerkers en werd er nagenoeg naar gehandeld.

- 4.2.4** *Aandacht voor medicatieveiligheid soms onvoldoende*
Zes instellingen waren onvoldoende in staat per patiënt op een systematische manier vast te stellen welke medicatie-interacties konden optreden, welke laboratoriumbepalingen nodig waren. Meer aandacht was er voor de noodzakelijke screening bij psychofarmacagebruik, waaronder aandacht voor het vóórkomen van het metabool syndroom en het monitoren van doseringen, bijwerkingen en effectiviteit in het dossier.
- 4.2.5** *Scholingsaanbod op gebied van psychofarmaca vaak op orde*
Twaalf van de zestien instellingen hadden een geformaliseerd scholings- en deskundigheidsbeleid op het gebied van de psychofarmaca. Medewerkers van deze instellingen konden periodiek van dit aanbod gebruikmaken. In de resterende vier instellingen was het scholingsbeleid gebrekkig of niet structureel.

4.3 Behandeling en bejegening grotendeels operationeel

Tabel 3

Resultaat op het gebied van behandeling en bejegening bij 16 klinieken (aantal operationele versus niet-operationele toezichtaspecten)

	Operationeel	niet operationeel
Pedagogische visie	14	2
Indicatiestelling/doel*	15	1
Visie op kl. behandeling*	14	2
Visie op richtlijnen*	15	1

* deze indicatoren waren in het bijzonder inventariserend bedoeld

- 4.3.1** *Pedagogische visie leidend voor handelen medewerkers*
Bijna alle instellingen hadden een uitgewerkte en bij medewerkers bekende visie op het omgaan met en behandelen van kinderen en jeugdigen in een klinische setting. Twee instellingen zaten nog in de implementatiefase van een nieuwe visie. In zeven instellingen vormde het competentiemodel de basis voor de visie. Hierbij werd de ontwikkeling van het kind en de jeugdige bevorderd door middel van leertheoretische en systeemtheoretische principes. Alle instellingen besteedden veel aandacht aan de continuering van het onderwijs tijdens de klinische opname.
- 4.3.2** *Behandelbeleid stevig in steigers*
Alle behandelaren streefden naar een zo kort mogelijk klinisch verblijf van kinderen en jeugdigen. Veelal werd een opname gezien als een noodzakelijke onderbreking van een ambulante behandeling. De indicatie voor een klinische opname werd mede bepaald door de noodzaak het thuismilieu (met beperkte draagkracht) van het kind of de jeugdige met een psychiatrische stoornis te ontlasten. De reden van een opname lag veelal in de zorgzwaarte en minder in de psychopathologie in engere zin.
De beschikbare behandelrichtlijnen voor kinderen en jeugdigen waren in het bijzonder geënt op een ambulante behandeling. Alleen de medicamenteuze richtlijnen werden klinisch toegepast. De kinder- en jeugdinstanties maakten doorgaans hun eigen behandelmodulen, met als basis, voor zover mogelijk, evidence-based interventies.

Een aantal instellingen ontwikkelde gezamenlijk een systeem om behandeluitkomsten te meten. De bedoeling was dat alle kinder- en jeugdpsychiatrische instelling dit 'Routine Outcome Monitoring' systeem vanaf 2010 konden gaan gebruiken, zodat op termijn behandeluitkomsten tussen de verschillende instellingen kunnen worden vergeleken.

4.4

Goede praktijkvoorbeelden

Voor alle drie de toezichtthema's gold dat het Sophia kinderziekenhuis en Herlaarhof uitstekende en goed georganiseerde zorg leverden. Het Sophia kinderziekenhuis kende een uitgebreid aanbod aan onderwijs, onderzoek en opleiding. Vooral de inbedding in een academische omgeving en de nabijheid van de (somatische) voorzieningen van het Erasmus Medisch Centrum boden veel ruimte voor de inhoudelijke ontwikkeling, waardoor onder andere een uitgebreid en succesvol insluitingsreductiebeleid was gerealiseerd. Herlaarhof kende een goede afstemming tussen beleid en richtlijnen. Zorgprogrammering zorgde voor het op maat en gericht aanbieden van intensieve geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen. Het reduceren van insluitingen werd geformaliseerd, systematisch en succesvol aangepakt.

Ook Fornhese, de Mutsaersstichting, Wickraderheem, Karakter en het UMCU voerden een zorgvuldig en vaak succesvol beleid om het aantal insluitingen en de duur ervan terug te dringen. De klinieken ondergingen de laatste jaren een cultuurverandering waardoor medewerkers vanuit een eenduidige visie gingen werken en zo veel als mogelijk is alternatieven voor insluitingen toepasten.

5 Summary

The most vulnerable children and young people with serious psychiatric problems and/or disorders are generally referred to specialized clinical facilities for treatment. Their problems are generally such that it is not (or no longer) appropriate to offer treatment as an out-patient, possibly because those problems are exacerbated by their domestic situation. A trend seen in recent years is that young people are making more frequent use of in-patient psychiatric care, although each admission is shorter in duration. In many cases, admission is the only appropriate way in which to address the patient's problems. Inevitably, not all admissions are entirely voluntary.

One of the interventions which poses a significant degree of risk is the use of 'restrictive measures' such as segregation in a (locked) ward. Another high-risk and increasingly common intervention is the prescription and administration of psychopharmaceuticals. In general, the majority of pharmaceuticals prescribed to young people have not been tested (for safety and efficacy) on this group. Extreme caution must therefore be exercised in prescribing such medication. A third high-risk situation is that clinics do not have a clear and uniform approach with regard to their interaction with young patients, or how treatment should be adapted to their specific needs.

In view of the above observations, the Health Care Inspectorate examined three aspects of patient safety within institutes offering psychiatric care to juveniles: policy with regard to the use of restrictive measures, policy with regard to pharmaceutical care, and policy with regard to interaction and adaptive treatment. The Inspectorate visited all sixteen psychiatric clinics in the Netherlands which are authorized to admit minors under the Act on Special Admissions to Psychiatric Hospitals (*Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen*, BOPZ), and assessed the extent to which these institutions may be said to provide responsible care in each of these three aspects.

The findings reveal that the quality of care has improved significantly since the Inspectorate's investigation of 2001. This applies both to the use of restrictive measures, in which a reduction is noted, and to the responsible use of psychopharmaceuticals. Moreover, interaction with young patients was generally found to be based on a clear pedagogical vision, with age-appropriate treatment provided.

Nevertheless, there is some room for improvement in areas such as the uniform registration of instances in which restrictive measures are applied, and in defining the various forms of restrictive measures. Moreover, greater attention must be devoted to medication safety. One of the Inspectorate's key recommendations is that the institutions should cooperate in performing internal 'peer review' audits, particularly with regard to the three aspects examined in this study. The Inspectorate calls upon GGZ Nederland, as the umbrella organization for mental health services in the Netherlands, to initiate the required procedures.

Two clinics, the Sophia Children's Hospital in Rotterdam and the Reinier van Arkel Herlaarhof Clinic in Vught were found to provide excellent, well-organized care in every respect. They may therefore be held up as examples to be emulated by other clinics.

All institutions visited have now received an individual report which includes a list of points for improvement where necessary. Seven clinics were found to provide well-organized and responsible care, whereby no further requirements have been imposed. In all other cases, the progress of improvement programmes will be discussed as part of the 2011 annual review. In some clinics, the Inspectorate will evaluate the improvement plans, the progress of which will be subject to interim assessment.

Literatuur

- 1 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Sterk van Geest, naar herstel van regie. Effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 2008 – 2011. Den Haag, maart 2008.
- 2 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Den Haag, november 2007.
- 3 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteit van zorg in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Den Haag, februari 2002.
- 4 GGZ Nederland. Jeugd-ggz breed beschikbaar. Ambities voor de jaren 2006-2008, Amersfoort 2007.
- 5 Mondelinge mededeling GGZ Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- 6 Dörenberg V.E.T. Dwangbehandeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht. 2007; 31: 14-27.
- 7 Verhulst F.C., Kinder- en jeugdpsychiatrie, in: De Jong A, et al. Handboek psychiatrische Epidemiologie, Maarsen: Elsevier / De Tijdstroom, 1999.
- 8 Gezondheidsraad. Signalering Ethiek en Gezondheid. Hoofdstuk 3 geneesmiddelen voor kinderen. Den Haag, 2003.
- 9 Informatie landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, november 2006.
- 10 GGZ Nederland. Een Transparant Medicatiebeleid. Publicatienummer 2002-190.
- 11 Inspectie voor de gezondheidszorg. Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg. Den Haag, december 2008.
- 12 Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 30,492, nr 34.
- 13 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Handhavingskader, handleiding voor transparante handhaving, Den Haag, december 2008.

BIJLAGE 1 Klinieken en locaties die zijn bezocht

1	De Bascule te Amsterdam
2	Emergis, locatie Ithaka te Goes
3	RMPI-De Grote Rivieren te Barendrecht
4	Erasmus Medisch Centrum, locatie Sophia kindziekenhuis te Rotterdam
5	Curium-LUMC te Oestgeest
6	De Jutters te Den Haag
7	Triversum te Alkmaar
8	Symfora groep, locatie Fornhese te Amersfoort
9	UMCU te Utrecht
10	Karakter, locatie Stapper te Zetten
11	Accàre te Assen
12	GGZ Friesland, locatie de Swing te Leeuwarden
13	Reinier van Arkel groep, locatie Herlaarhof te Vught
14	Mutsaersstichting te Venlo
15	GGZ Breburg Groep, locatie de Mark te Breda
16	Mondriaan, divisie Kinder en Jeugd te Heerlen

BIJLAGE 2 Toetsingskader en toelichting scorekwalificaties

Toezichtthema: insluitingsreductiebeleid

	Operationeel	Indien tevens in dossier aantoonbaar
<i>Toezichtaspect</i>		
Beleid bij binnenkomst	De afdeling/kliniek heeft schriftelijke beleid bij binnenkomst en dit beleid wordt aantoonbaar uitgevoerd	n.v.t.
Scholing en deskundigheidsbevordering alle medewerkers, gericht op terugdringen van insluitingen	Scholing en deskundigheidsbevordering wordt periodiek aangeboden en is door alle afdelingsmedewerkers conform het schriftelijke beleid gevolgd	n.v.t.
Evalueren insluiting met patiënt	Een insluiting wordt achteraf aantoonbaar met de patiënt geëvalueerd, conform het schriftelijke beleid	De evaluatie en het resultaat hiervan is aantoonbaar weergegeven in het dossier
Evalueren insluiting binnen team	Een insluiting wordt aantoonbaar regelmatig en achteraf in het team geëvalueerd, conform het schriftelijk beleid	De evaluatie en het resultaat hiervan is aantoonbaar weergegeven in het dossier
Evalueren insluiting in kliniek/afdeling en terugkoppeling ervan naar team	Insluitingen worden aantoonbaar op geaggregeerd niveau geëvalueerd en deze evaluaties worden tijdig teruggekoppeld naar het team, conform het schriftelijk beleid	n.v.t.
Signaleringsplannen (zie ook toelichting na deze tabel)	Er wordt aantoonbaar in overleg met de patiënt een signaleringsplan opgesteld (indien van toepassing); de signaleringsplannen voldoen aan de in deze toelichting beschreven norm en er wordt aantoonbaar gehandeld volgens het signaleringsplan	Signaleringsplannen zijn opgenomen in het dossier en uit het dossier is op te maken dat volgens dit plan in voorkomende gevallen wordt gehandeld
Toepassen van criteria (protocol) voor besluitvorming separeren	Er is schriftelijk beleid of een protocol waarin procedure en criteria beschreven staan volgens welke kan worden besloten tot insluiten	In het dossier zijn de overwegingen tot insluiting over te gaan aantoonbaar weergegeven
Registratie (met Argus)	Vrijheidsbeperkende interventies worden met behulp van de Argusset geregistreerd en de Argusregistratiegegevens worden aantoonbaar op gezette tijden teruggekoppeld naar het team, en het team gebruikt deze informatie aantoonbaar om zijn handelwijze te evalueren en bij te stellen	De Argusregistratie is opgenomen in het dossier

Toezichtthema: psychofarmacabeleid

	Operationeel	Indien tevens in dossier aantoonbaar
<i>Toezichtaspect</i>		
Visie op medicatieverstrekking bij kinderen en jeugdigen	De kliniek heeft de beschikking over een vastgesteld visiedocument (al-dan niet toegespitst op doelgroepen en/of leeftijdscategorieën) over medicatieverstrekking aan kinderen/jeugdigen. Medewerkers zijn hiervan op de hoogte en passen de afspraken in de praktijk toe	n.v.t.
Informatieverschaffing bij <i>off label</i> voorschrijven van medicatie (patiënt/familie)	De kliniek heeft vastgesteld beleid hoe kinderen/jeugdigen en vertegenwoordigers worden geïnformeerd over <i>off-label</i> gebruik. Dit beleid is bekend bij medewerkers en wordt als zodanig uitgevoerd	Uit het dossier blijkt dat patiënt en familie zijn geïnformeerd over <i>off label</i> voorschrijven van medicatie
Somatische screening bij gebruik psychofarmaca, waaronder aandacht voor het metaboolsyndroom	Het vastgestelde beleid voor somatische screening is bij de medewerkers bekend en wordt conform uitgevoerd	Uit het dossier blijkt dat somatische screening heeft plaatsgevonden (incl uitslagen lab en lichamelijk onderzoek)
Monitoring medicatiegebruik (dosering, effectiviteit, bijwerkingen)	Het beleid voor medicatiegebruik (dosering, effectiviteit, bijwerkingen) is vastgesteld en wordt door medewerkers (inclusief eventueel apotheker) uitgevoerd	Uit het dossier blijkt dat dosering, effectiviteit en bijwerkingen worden geregistreerd
Formularium / geneesmiddelen-voorschrijfbeleid kinderen en jeugdigen	De kliniek heeft de beschikking over een formularium en/of geneesmiddelen-voorschrijfbeleid dat (op basis van vigerende richtlijnen) is toegesneden op kinderen en jeugdigen. De afspraken zijn bekend en worden uitgevoerd.	n.v.t.
Geneesmiddelencommissie	De kliniek heeft een geneesmiddelen-commissie die zich actief bezig houdt met het geneesmiddelenbeleid van de kliniek (= kinder en jeugdpsychiatrie). Dat wil zeggen: gevraagd en ongevraagd advies geeft	n.v.t.
Medicatieveiligheidssysteem	De kliniek hanteert een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) of anderszins een systeem waarmee de medicatie-interactie wordt bewaakt, labcontroles en noodzakelijke lichamelijke screening zichtbaar zijn en de informatieoverdracht tussen lab en voorschrijver/behandelaar inzichtelijk is	n.v.t.

Scholing en deskundigheidsbevordering personeel op gebied van psychofarmaca	De kliniek heeft schriftelijk beleid beschikbaar waarin scholing en training van medewerkers op het gebied van psychofarmaca is beschreven. Scholing/training vindt periodiek plaats	n.v.t.
---	--	--------

Toezichtthema: bejegening en handeling

	Operationeel	Indien tevens in dossier aantoonbaar
<i>toezichtaspect</i>		
Pedagogische visie	Er is een vastgestelde visie op de (pedagogische) bejegening van kinderen en jeugdigen (incl aandacht voor onderwijs) die bekend is bij alle medewerkers en sturend is voor hun handelen	n.v.t.
Indicatiestelling en doelstelling klinisch verblijf	De indicatiestelling en de doelstelling van het klinische verblijf zijn vastgelegd, bekend bij de medewerkers en sturend voor hun handelen	n.v.t.
Visie op klinische behandelingsmogelijkheden	Behandelaren hebben een eenduidige visie op de klinische behandelingsmogelijkheden, gebaseerd op de pedagogische visie	n.v.t.
Visie op klinische bruikbaarheid behandelrichtlijnen	Behandelaren hebben een visie op de klinische bruikbaarheid van behandelrichtlijnen	n.v.t.

BIJLAGE 3 Handhavingsbeleid

Ten behoeve van de handhaving¹³ wordt per toezichtthema door de inspectie een risico op niet-verantwoorde zorg bepaald. De risicocategorieën zijn: geen tot gering risico, gering tot matig risico, matig tot hoog risico, hoog tot zeer hoog risico. De inspecteur die het toezichtbezoek heeft uitgevoerd bepaalt het risico op basis van de toezichtbevindingen tegen de achtergrond van zijn of haar kennis van de instelling (geschiedenis, toekomstige ontwikkelingen, voorgenomen fusie, veranderingsgezindheid, algemene kenmerken enzovoorts). Dit betekent dat het niet in alle gevallen nodig is dat de kliniek een plan van aanpak opstelt naar aanleiding van de bevindingen uit het toezicht, dat ter beoordeling aan de inspectie moet worden aangeboden. Het uitgangspunt is dat klinieken zoveel mogelijk zelf verantwoordelijk worden gesteld de zorg verder te verbeteren. Per toezichtthema geldt hiervoor het volgende:

- Bij geen tot gering risico wordt geen plan van aanpak gevraagd. De voortgang in de (verdere) verbetering van de zorg is een gespreksonderwerp bij het jaargesprek in 2011.
- Bij gering tot matig risico wordt een plan van aanpak gevraagd, dat dient voor intern gebruik en dat vooraf niet wordt beoordeeld door inspectie. De voortgang in de (verdere) verbetering van de zorg wordt gespreksonderwerp bij het jaargesprek in 2011, waarbij het plan van aanpak uitgangspunt is.
- Bij matig tot hoog risico wordt een plan van aanpak gevraagd dat wordt beoordeeld door de inspectie. Een follow-up waarbij de voortgang in de verbetering van de zorg wordt beoordeeld vindt plaats na 6 maanden.
- Bij hoog tot zeer hoog risico wordt geïntensiveerd toezicht voor dit zorgonderdeel ingesteld op basis van een plan van aanpak.

Vervolgtoezicht

De drie risico-inschattingen op de drie thema's gezamenlijk bepalen de intensiteit van het vervolgtoezicht. Indien twee of drie toezichtthema's in de categorie hoog tot zeer hoog risico vallen bepaalt de inspectie in welke mate het toezicht wordt geïntensiveerd.

De inspecteur die het toezichtbezoek heeft uitgevoerd kan binnen de betreffende handhavingscategorie redenen zien bijvoorbeeld toch een plan van aanpak te vragen of toch een plan van aanpak te willen beoordelen. Tabel 4 geeft weer het risico-profiel weer van de klinieken. Het risico is per toezichtthema door de bezoekende inspecteur bepaald.

Tabel 4
Het risico op niet-verantwoorde zorg per toezichtthema per kliniek/locatie

	Insluitings- reductiebeleid	Psychofarmaca beleid	Behandeling & Bejegening
De Jutters			
RMPI			
Curium			
De Mark			
Ithaka			
De Bascule			
Accàre			
De Swing			
Triversum			
Karakter			
Wickraderheem			
UMCU			
Fornhese			
Mutssaersstichting			
Herlaarhof			
Sophia			

- hoog tot zeer hoog risico
- matig tot hoog risico
- gering tot matig risico
- geen tot gering risico

BIJLAGE 4 Samenvatting resultaten toezichtbezoek

Tabel 5
Het aantal en percentage operationele toezichtaspecten per kliniek/locatie

Instelling/	insluitings- reductiebeleid (maximaal 8 aspecten)	Psycho- farmacabeleid (maximaal 8 aspecten)	Behandeling/ Bejegening (maximaal 4 aspecten)	totaal	(%)
De Jutters	1	5	3	9	(45)
RMPI	3	6	2	11	(55)
Curium	3	6	2	11	(55)
De Mark	5	5	4	14	(70)
Ithaka	5	6	4	15	(75)
De Bascule	6	6	4	16	(80)
Accàre	8	4	4	16	(80)
De Swing	8	5	4	17	(85)
Triversum	6	7	4	17	(85)
Karakter	6	7	4	17	(85)
Wickraderheem	6	8	4	18	(90)
UMCU	8	7	3	18	(90)
Fornhese	7	8	4	19	(95)
Mutssaersstichting	7	8	4	19	(95)
Herlaarhof	8	8	4	20	(100)
Sophia kinderziekenhuis	8	8	4	20	(100)

Klinieken die een totale score hoger of gelijk aan 85% hebben onderscheiden zich van de andere klinieken wat betreft het insluitingsreductiebeleid door het beter evalueren met de patiënt ($p=0,04$) en evaluatie in het team ($p=0,005$). Wat betreft het psychofarmacabeleid doen de beter scorende klinieken het beter op het gebied van het informeren van de patiënt en ouders(s) over de voor- en nadelen van het *off label* voorschrijven van geneesmiddelen.

IGZ 10-43; 200 exemplaren