



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

GGZ-instellingen investeren in terugdringen van  
separatie; verdere acties nodig om ambities te  
halen

Utrecht, juni 2015



## Inhoud

### **Voorwoord – 5**

### **Samenvatting – 7**

#### **1 Inleiding – 9**

- 1.1 Aanleiding en belang – 9
- 1.2 Onderzoeksvragen – 10
- 1.3 Onderzoeksmethode- en periode – 10
- 1.4 Toetsingskader en handhavingsplan – 12

#### **2 Conclusies – 15**

- 2.1 Alle GGZ-instellingen voldoen aan normen, maar groot verschil in tempo verbeteringen tussen instellingen – 15
- 2.2 Belangrijke winst: patiënten veel minder vaak eenzaam opgesloten – 15

#### **3 Handhaving – 17**

- 3.1 Maatregelen – 17
- 3.2 Aanbevelingen – 17
- 3.3 Vervolgacties inspectie – 17

#### **4 Resultaten inspectiebezoeken – 19**

- 4.1 GGZ-instellingen voldeden uiteindelijk aan de vier normen voor terugdringen separatie – 19
- 4.2 GGZ-instellingen voldeden vaker aan norm om separeren te voorkomen – 20
  - 4.2.1 Signaleringsplan bijna overal gemeengoed – 20
  - 4.2.2 Bijna alle signaleringsplannen voldeden aan minimale inhoudelijke norm – 21
  - 4.2.3 Bij bijna iedere opname een eigen afweging over wel of niet direct separeren – 21
  - 4.2.4 Aan drie van de vier patiënten evaluatie aangeboden over de separatie – 21
- 4.3 Argusregistratie in alle instellingen op orde – 22
- 4.4 Verbetering in contact en toezicht, toename begeleidingsplannen – 22
  - 4.4.1 Toename separaties met plan voor contact en toezicht – 22
  - 4.4.2 Ruim 80 procent van de separeerbegeleidingsplannen voldeed aan minimale norm contact en toezicht – 23
    - 4.4.3 Verbeteringen in contact – 23
    - 4.4.4 Verbeteringen in toezicht – 23
  - 4.5 Consultaties op alle aangewezen momenten onvoldoende aangevraagd – 24

### **Summary – 25**

### **Literatuurlijst – 27**

- Bijlage 1 Overzicht aantal bezoeken per GGZ-instelling (N=66) – 29



## Voorwoord

Separatie is een zeer ingrijpende maatregel. Enkele psychiatrische patiënten die gesepareerd waren en met wie de inspectie tijdens dit onderzoek sprak, omschreven deze vorm van insluiting als 'een afschuwelijke nachtmerrie' of 'leven in een hel'. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het opgesloten en alleen gelaten worden niet zelden leidt tot verergering van angsten, depressie, psychose of tot suïcidaliteit. En hoewel separatie nooit mag worden toegepast als straf, ervaren mensen die het ondergaan het vaak wel zo.

Sinds 2004, toen de GGZ-instellingen de ambitie uitspraken om het aantal separaties en de duur daarvan met 10 procent per jaar te verminderen, zijn er indrukwekkende successen geboekt. Waar Nederland aan het begin van dit millennium in vergelijking met andere landen in de wereld verhoudingsgewijs veel gesepareerde bleek in 2012 dat Nederland onder het Europees gemiddelde zat.

Instellingen en professionals hebben in deze periode ook veel initiatieven genomen. Een aantal veldpartijen heeft alternatieven voor separatie ontwikkeld en vastgelegd in het High en Intensive Care (HIC)-werkboek.

Ook tijdens dit onderzoek hadden de GGZ-instellingen veel verbeteringen geboekt om separaties te voorkomen en terug te dringen. Er waren wel verschillen in de snelheid van verbetering tussen de GGZ-instellingen. Er was een kleine groep instellingen die continu werkte aan verbeteringen en normen gebruikte met een intensieve persoonsgerichte benadering die verder gingen dan de normen die de inspectie hanteerde voor dit onderzoek. Het aantal en de duur van separaties was bij deze instellingen verder gedaald en veel separeerruimtes waren buiten gebruik gesteld. Ongeveer eenderde van de instellingen maakte zich de normen minder snel eigen en deze instellingen hadden meer tijd en inspectietoezicht nodig om te verbeteren. Bij zes instellingen was veel tijd en inspectiedruk nodig om te komen tot de gewenste verbeteringen.

De resultaten van de laatste tien jaar en de uitkomsten van het inspectieonderzoek zijn echter geen reden voor het veld om achterover te leunen. Uit de landelijke gegevens over separaties blijkt dat in 2012 en 2013 het aantal gesepareerden per 1.000 opnames min of meer stabiliseert. Mogelijk houdt dit verband met het gegeven dat bij patiënten met een zeer complexe zorgvraag separeren moeilijker is terug te dringen. Wel loopt de duur van de separatie terug. Er zijn echter ook hier grote verschillen tussen instellingen zichtbaar. Het zal nog de nodige inspanning van de achterblijvers vragen om het separeren, zeker voor patiënten met een intensieve zorgbehoefte, verder terug te dringen.

Het is belangrijk dat het veld continu blijft innoveren. Kennisdeling tussen de GGZ-instellingen is hierbij belangrijk. GGZ-instellingen kunnen veel van elkaar leren. Daarnaast is het belangrijk dat het veld op korte termijn komt met de multi-disciplinaire richtlijn Dwang en drang. De totstandkoming van deze richtlijn laat, ondanks herhaald verzoek van de inspectie, te lang op zich wachten.

De inspectie zal met haar toezicht de komende jaren stimuleren dat instellingen hun verantwoordelijkheid nemen en meer van elkaar leren. De inspectie zal niet nalaten druk uit te oefenen daar waar dit nodig is, want in Nederland worden nog steeds veel patiënten (langdurig) gesepareerd. Samen met het veld blijven wij werken aan zorg zonder eenzame opsluiting.

Dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde,  
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

## Samenvatting

Separatie is een zeer ingrijpende maatregel met voor de patiënt grote risico's op psychische en fysieke schade. Sinds 2002 proberen GGZ-instellingen het aantal en de duur van separaties terug te dringen. In 2004 kondigde GGZ Nederland aan om het separeren jaarlijks met 10 procent terug te dringen.<sup>1</sup> Van 2006 tot en met 2012 ondersteunde het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport deze ambitie met extra financiële middelen.

Omdat het toezicht op kwetsbare patiënten en het terugdringen van dwang en drang belangrijke aandachtsgebieden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn, volgt de inspectie sinds 2008 de vorderingen van de GGZ-instellingen om separatie verder terug te dringen nauwlettend.

Eind 2011 concludeerde de inspectie na dit meerjaren-onderzoek dat de ambities door de GGZ-instellingen niet gehaald werden. Het terugdringen van separeren bleek te stagneren. De inspectie riep daarom de veldpartijen op om normen te ontwikkelen voor effectieve preventie. De multidisciplinaire richtlijn Dwang en drang die de veldpartijen zouden opstellen liet echter op zich wachten en de veldnorm voor intensieve zorg bleef steken in de fase van een tussenstap. Daarom kondigde de inspectie aan dat zij het toezicht op de praktijk langs andere lijnen voort zou zetten. De inspectie introduceerde naast de bestaande twee normen, separatie zoveel mogelijk voorkómen en de norm om elke separatie te registreren volgens de zogenaamde Argus-dataset, twee extra normen waar alle GGZ-instellingen aan moeten voldoen: separatie mag geen eenzame opsluiting betekenen en bij separaties die langer dan één week duren dient op vaste momenten verplichte consultatie door onafhankelijke experts plaats te vinden. De inspectie stelde in 2012 hiervoor, in overleg met het veld, een toetsingskader op.

De inspectie onderzocht aan de hand van dit toetsingskader of GGZ-instellingen voldeden aan de vier normen. In 2013, 2014 en het eerste kwartaal van 2015 bezocht de inspectie 66 GGZ-instellingen, waarvan een aantal meerdere malen. Tijdens elk bezoek selecteerde de inspectie een aantal casus aan de hand van de Argus-registratiegegevens en keek daarbij naar patiënten die het langst gesepareerd waren of zijn geweest. Zij sprak met teamleden en indien mogelijk ook met de patiënt.

Uit het onderzoek blijkt dat alle bezochte GGZ- instellingen voldoen aan de vier normen voor het terugdringen van separatie, maar dat bij ongeveer eenderde van de GGZ-instellingen meer tijd en druk van de inspectie nodig was. Vier instellingen werden vier keer en twee instellingen vijf keer bezocht. Begin 2015 hadden alle instellingen de Argus-dataset op orde en er was een stijgende lijn zichtbaar in het aantal aanwezige en toegepaste signaleringsplannen. In alle instellingen had de gesepareerde patiënt meer contactmomenten dan voorheen gebruikelijk was. Het kostte de instellingen het meeste moeite om te voldoen aan een onafhankelijke consultatie op gezette tijden.

De inspectie eiste van de instellingen die niet voldeden direct verbetermaatregelen. Voor twee instellingen adviseerde de inspectie de Minister van VWS om een last onder dwangsom te geven omdat de instellingen niet volgens de Argus-dataset registreerden. Eén afdeling van een instelling kwam onder verscherpt toezicht van de inspectie.

Om separatie, afzondering en andere vormen van eenzame insluiting verder terug te dringen organiseert de inspectie in 2015 een tweetal invitational conferences waar GGZ Nederland, de beroepsverenigingen, het centrum voor consultatie en expertise (CCE), de Stichting Patiënten Vertrouwen Persoon (PVP) en het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) aan zullen deelnemen om het concepttoetsingskader *Terugdringen separeren en afzonderen*, dat de inspectie voorjaar 2014 ter consultatie aan de veldpartijen heeft voorgelegd, om te vormen tot een breed gedragen veldnorm. De instellingen moeten de implementatie en uitvoering van deze norm onderling toetsen. De inspectie verwacht dat instellingen hierdoor sneller van elkaar gaan leren. Zij zal dit proces volgen door de resultaten van deze toetsingen op te vragen en waar nodig het proces bij te sturen met eigen toetsingen.



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en belang

Separatie is een zeer ingrijpende maatregel. Deze vorm van eenzame insluiting in een separeercel betekent een vergaande inperking in de vrijheid van een patiënt. In Nederland werden in het verleden verhoudingsgewijs meer psychiatrische patiënten gesepareerd tijdens een opname dan in Europa en elders in de wereld. In 2004 stelden GGZ-instellingen die aangesloten waren bij de brancheorganisatie GGZ Nederland zichzelf tot doel om jaarlijks het aantal en de duur van separaties met 10 procent terug te dringen. Dit leidde de laatste jaren tot een forse vermindering van het aantal separaties. In 2008 werd 11,8 procent van het totaal aantal opgenomen patiënten gesepareerd. In 2012 was dat 6,5 procent. Ook het gemiddeld aantal uren separatie daalde in die jaren: van 128 uur in 2008 tot 58 uur in 2012. De mediaan van het aantal uren separatie daalde van 92 naar 17 uur.<sup>a</sup> In vergelijking met andere Europese landen bevond Nederland zich in 2012 hiermee onder het gemiddelde.<sup>b</sup>

Toch constateerde de inspectie in haar thematisch onderzoek naar het terugdringen van separeren (2008-2011) dat de doelstelling van het veld om jaarlijks het aantal en de duur van separaties met 10 procent terug te dringen niet was gehaald. Uit de landelijke registratie bleek dat het aantal separaties in 2011 ten opzichte van 2010 met 3,4 procent was gedaald. De duur was wel afgenomen met 10,2 procent. Een aantal instellingen en afdelingen lukte het goed om minder en korter te separeren, anderen hadden echter beduidend meer moeite om goede resultaten te bereiken of vast te houden. Good practices werden onvoldoende overgenomen door de rest van de sector. De veldnorm voor intensive care in de GGZ was slechts in aanzet geformuleerd en de Multidisciplinaire richtlijn over dwang en drang liet op zich wachten.

De inspectie kondigde daarom in haar rapport eind 2011 aan het toezicht op de praktijk langs andere lijnen voort te zetten en niet meer te toetsen of GGZ-instellingen de afgesproken reductie van 10 procent zouden halen. *“De inspectie pleit voor separeervrije zorg tenzij dit op individueel niveau aantoonbaar niet mogelijk is gebleken ondanks alle mogelijke inspanningen. Als separatie toch noodzakelijk is, moet het voldoen aan (...) strikte voorwaarden.”* De inspectie formuleerde vier normen waaraan moest zijn voldaan als separatie toch werd toegepast:

- Al het mogelijke moet geprobeerd zijn om separatie te voorkomen.
- De separatie moet worden geregistreerd volgens de Argus dataset<sup>c</sup>. Deze norm is per 1 januari 2012 een wettelijke eis geworden, die in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) geregeld is.
- De separatie mag in ieder geval geen eenzame opsluiting betekenen.
- Naarmate de separatie langer duurt, moet consultatie – door professionals van buiten het eigen behandelteam – plaatsvinden, op opeenvolgende momenten oplopend in intensiteit.

a De mediaan is een statistische maat voor verdeling. Het is de middelste waarde in een reeks waarden.

b Janssen WA et al. Zes jaar Argus. Vrijheidsbeperkende interventies in de GGz in 2012 en ontwikkelingen ten opzichte van andere jaren. 2014.

c De Argusdataset is vastgesteld door GGZNederland en is een set met minimaal de volgende gegevens die moeten worden geregistreerd: de datum en het tijdstip van start en einde van elke feitelijke toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie; de duur van elke toepassing op tien minuten nauwkeurig; en of de toepassing plaatsvond met of zonder verzet of op eigen verzoek van de patiënt.

## **Belang**

Patiënten ondervinden psychische schade door separatie, zeker wanneer sprake is van eenzame opsluiting met slechts enkele contactmomenten per dag. Bovendien kan ook de veiligheid van patiënten in het geding zijn als het toezicht op ingesloten patiënten onvoldoende is. In de afgelopen jaren deden zich enkele ernstige incidenten en calamiteiten voor in separeerruimtes. Het belang van afwegen van goede alternatieven en een verantwoord beleid als toch voor separeren wordt gekozen, is groot. De inspectie verwacht dat waar mogelijk gekozen wordt voor een intensieve vorm van begeleiding in plaats van separatie. Als toch gesepareerd wordt, moet de zorg aan de gesepareerde patiënt van een goed niveau zijn. Patiënten mogen niet of nauwelijks meer alleen gelaten worden. Bovendien moet elke separatie zo snel mogelijk worden beëindigd. Daarom heeft de inspectie de norm ingevoerd om niet alleen na 1 week, maar ook na 3, 6 en 13 weken een onafhankelijke consultatie te laten uitvoeren<sup>d</sup>. Die consultaties zijn bedoeld om op patiëntniveau alternatieven te vinden en zodoende de separatie te bekorten.

Patiënten die (gedwongen) worden opgenomen op een gesloten afdeling van een GGZ-instelling, zijn kwetsbare patiënten voor wie de overheid een speciale verantwoordelijkheid heeft. In het Meerjarenbeleidsplan van de inspectie 2012-2015 is daarom het toezicht op de zorg aan de meest kwetsbare patiënten als permanent aandachtsgebied opgenomen. Het terugdringen van dwang en drang in de zorg is daarnaast één van de speerpunten van de inspectie.

## **1.2 Onderzoeksvragen**

Hoofdvraag:

In hoeverre voldoen GGZ-instellingen aan de vier normen om separatie terug te dringen?

Deelvragen:

- In hoeverre proberen GGZ-instellingen al het mogelijke om separatie te voorkomen?
- In hoeverre voldoen GGZ-instellingen aan de wettelijke registratie-eis?
- In welke mate voldoen GGZ-instellingen aan de norm dat een separatie geen eenzame opsluiting is?
- In welke mate voldoen GGZ-instellingen aan de norm om op gezette tijden een onafhankelijke consultatie in te winnen?

## **1.3 Onderzoeksmethode- en periode**

*Toetsingsinstrument*

De inspectie toetste of GGZ-instellingen aan de vier normen voor het terugdringen van separatie voldeden met een toetsingsinstrument dat gebaseerd was op een toetsingskader waarin de vier normen verder zijn uitgewerkt. Dit toetsingskader was in overleg met het veld tot stand gekomen.

*Representativiteit*

De inspectie bezocht alle 66 GGZ-instellingen waar separaties plaatsvonden. Het onderzoek maakt inzichtelijk in hoeverre de GGZ-instellingen in Nederland voldoen aan de normen voor het terugdringen van separaties.

---

d Richtlijn besluitvorming dwang, NVvP (2008).

*Inspectiebezoeken*

Tabel 1  
Aantal bezochte instellingen en getoetste casus

Bezoekronde	Aantal bezochte instellingen	Aantal getoetste casus
Bezoek 1	66	177
Bezoek 2	21	42
Bezoek 3	16	29
Bezoek 4	6	13
Bezoek 5	2	5

Het onderzoek duurde van het eerste kwartaal 2013 tot en met het eerste kwartaal van 2015. In totaal bracht de inspectie 118 bezoeken. Tijdens 111 bezoeken toetste zij 266 afzonderlijke casus. Tijdens de zeven overige bezoeken hertoetste de inspectie alleen of de Argusregistratie op orde was.<sup>e</sup>

In het eerste kwartaal van 2013 bezocht de inspectie alle 66 GGZ-instellingen. Daarbij toetste zij 177 afzonderlijke casus. Instellingen die tijdens deze ronde niet aan alle normen voldeden, moesten verbetermaatregelen treffen. Na drie maanden moesten deze instellingen een eigen auditverslag naar de inspectie sturen, waarin de effecten van de verbetermaatregelen zichtbaar moesten zijn.

In het vierde kwartaal van 2013 bezocht de inspectie naast de zeven instellingen voor de hertoetsing van de Argusregistratie, 21 instellingen, die naar oordeel van de inspectie onvoldoende verbetering gerealiseerd leken te hebben, voor een tweede keer. Daarbij toetste zij 42 afzonderlijke casus. Deze bezoeken waren op dezelfde wijze ingericht als de bezoeken van de eerste ronde en vonden plaats na een telefonische aankondiging op de dag vóór het bezoek. De oordeelsvorming van de inspectie was in deze ronde strenger. De zestien instellingen die tijdens het bezoek nog niet aan alle normen voldeden, moesten onmiddellijk de nodige maatregelen treffen.

De inspectie bezocht deze zestien instellingen in het eerste kwartaal 2014 voor een derde keer en toetste 29 afzonderlijke casus. Na de derde bezoekronde voldeden nog zes instellingen niet of deels aan de normen. Deze instellingen zijn in de loop van 2014 en begin 2015 verder bezocht. In totaal zijn toen 13 casus getoetst. Twee van deze instellingen, waarvan één die onder verscherpt toezicht stond, zijn voor een vijfde keer bezocht. In die vijfde bezoekronde zijn vijf casus getoetst.

De inspectie selecteerde ter plekke aan de hand van de Argus-registratiegegevens de casus en keek daarbij naar patiënten die het langst gesepareerd waren of zijn geweest. Inspecteurs onderzochten voor iedere casus het dossier aan de hand van het toetsingsinstrument. Dit gebeurde in aanwezigheid van minimaal een teamlid die in de gelegenheid werd gesteld een toelichting te geven. Als dat mogelijk was, sprak de inspectie ook met de betreffende patiënt.

*Rapportage*

Na het bezoek stuurde de inspectie de instellingen een afhandelingsbrief met daarin de scores per casus. De brieven staan op de website van de inspectie ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)).

<sup>e</sup> De casus die de inspectie tijdens deze zeven bezoeken toetste, zijn niet verwerkt in tabel 1.

## 1.4 Toetsingskader en handavingsplan

### *Toetsingskader*

De inspectie stelde in 2012 een concept toetsingskader op waarin zij de vier normen voor het terugdringen van separaties verder uitwerkte. Het concept werd voor commentaar voorgelegd aan veldpartijen (GGZ Nederland, LPGGZ, NVvP, NIP, V&VN en de Arguswerkgroep) en, na het verwerken van de reacties, vastgesteld. Eind 2012 stuurde de inspectie het definitieve toetsingskader naar de veldpartijen en naar alle GGZ-instellingen.

De uitwerking van de vier normen:

### *Separatievrije zorg*

De norm dat al het mogelijke geprobeerd moet zijn om separatie te voorkomen, is als volgt uitgewerkt:

- Er moet aantoonbaar zijn gehandeld volgens de schriftelijk vastgelegde wensen van de patiënt (bijvoorbeeld in de vorm van een crisiskaart of een zelfbindingsverklaring), indien van toepassing.
- Voor patiënten van wie bekend is dat ze agressief, suïcidaal en/of een gevaar voor zichzelf of anderen kunnen zijn, moet een signaleringsplan worden gemaakt.
- Er moet aantoonbaar zijn gehandeld naar dit signaleringsplan.
- Bij patiënten waarvan niet bekend is dat ze agressief, suïcidaal en/of een gevaar voor zichzelf of anderen kunnen zijn, moeten aantoonbaar alternatieven zijn uitgetoetst die deel uitmaken van preventiebeleid.
- Beleid bij binnenkomst, waarbij bij opname een eigen afweging wordt gemaakt over wel of niet separeren, is aantoonbaar uitgevoerd indien van toepassing.
- Elke separatie moet minimaal wekelijks en na beëindiging met de patiënt zelf worden geëvalueerd.

### *Argusregistratie*

De norm dat separaties op de juiste wijze geregistreerd zijn, is als volgt uitgewerkt<sup>f</sup>:

- Elke separatie moet geregistreerd zijn volgens de Argus-dataset. Dit betekent dat de duur van elke episode wordt geregistreerd met een minimale nauwkeurigheid van 15 minuten. dat tijdstip en datum van start en einde van elke episode wordt geregistreerd en dat bij elke interventie wordt geregistreerd of deze plaatsvond op eigen verzoek van de patiënt, zonder (merkbaar) verzet of met (merkbaar) verzet.

### *Separatie is geen eenzame opsluiting*

Deze norm is als volgt uitgewerkt:

- Er is een op de patiënt toegesneden plan, waarin de afspraken over contact en toezicht zijn vastgelegd en dat aantoonbaar wordt uitgevoerd. In dit plan moet minimaal het volgende vastgelegd zijn:
  - minimaal vijf minuten per uur fysieke nabijheid van hulpverleners;
  - minimaal elk half uur op een of andere manier contact met hulpverleners of naasten;
  - dat elk verzoek van de patiënt om extra contact wordt ingewilligd;
  - hoe de dagelijkse verzorging wordt vormgegeven;
  - hoe het toezicht op de patiënt wordt uitgevoerd en dat dit minimaal eens per kwartier is.

---

<sup>f</sup> Met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg komt een registratieverplichting vergelijkbaar aan de Argusregistratie in plaats van de huidige meldingsplicht aan de inspectie. Het is daarom van belang dat de registratiesystemen van de GGZ-instellingen voldoende betrouwbaar zijn op het moment van inwerkingtreding van deze wet.

*Op gezette tijden moet een onafhankelijke consultatie zijn uitgevoerd*

Deze norm is als volgt uitgewerkt:

- Is een patiënt na één week meer dan de helft van de tijd (meer dan 84 uur) gesepareerd, en is beëindiging niet in zicht, dan moet consultatie door een onafhankelijk psychiater plaatsvinden.
- Is een patiënt na drie weken meer dan de helft van de tijd (meer dan 252 uur) gesepareerd, dan moet consultatie door een onafhankelijk teamconsulent plaatsvinden.
- Is een patiënt na zes weken meer dan de helft van de tijd (meer dan 504 uur) gesepareerd, dan moet consultatie door een vergelijkbaar behandelteam van een andere instelling plaatsvinden met een casusoverleg, waar ook de eerder betrokken consulenten aanwezig zijn.
- Is een patiënt na dertien weken meer dan de helft van de tijd (meer dan 1092 uur) gesepareerd, dan moet consultatie door andere externe experts plaatsvinden, bijvoorbeeld van het CCE.

Het toetsingskader en het op basis daarvan opgestelde toetsingsinstrument staan op de website van de inspectie ([www.igz.nl](http://www.igz.nl))

*Handhavingsplan*

- De instellingen die tijdens het eerste inspectiebezoek niet aan alle normen voldoen, moeten verbetermaatregelen treffen. Na drie maanden moeten de instellingen een eigen auditverslag naar de inspectie sturen waarin de effecten van de verbetermaatregelen zichtbaar zijn.
- De instellingen die tijdens het tweede inspectiebezoek niet aan alle normen voldoen, moeten direct verbetermaatregelen treffen.
- Bij instellingen die bij het tweede bezoek van de inspectie nog steeds niet registeren volgens de Argus-dataset adviseert de inspectie de Minister van VWS om een last onder dwangsom op te leggen om naleving van de registratie-eis af te dwingen.
- De instellingen die tijdens het derde inspectiebezoek nog steeds niet aan alle normen voldoen, krijgen een handhavingmaatregel passend bij de tekortkoming opgelegd zoals extra of verscherpt toezicht.
- De instellingen waar de inspectie tijdens haar bezoek overtredingen van de Wet Bopz tegenkomt die bestuurlijk beboetbaar zijn, zoals het ten onrechte niet melden aan de inspectie, krijgen een waarschuwing of een bestuurlijke boete.



## 2 Conclusies

### 2.1 **Alle GGZ-instellingen voldoen aan normen, maar groot verschil in tempo verbeteringen tussen instellingen**

Uit het onderzoek van de inspectie blijkt dat de bezochte GGZ-instellingen voldoen aan de vier normen voor het verder terugdringen van separatie. Zo was bij iedere instelling de Argus-dataset op orde; waren er signaleringsplannen voor nagenoeg alle patiënten voor wie dit noodzakelijk was en werden deze toegepast. Ook werd de separatie vaker dan voorheen met de patiënt geëvalueerd. Op één norm, het aanvragen van een consultatie bleven de GGZ-instellingen achter, maar waren verbeteringen zichtbaar.

Er waren verschillen tussen de GGZ-instellingen in het tempo waarin verbeteringen werden doorgevoerd. 5 van de 66 GGZ-instellingen voldeden tijdens het eerste bezoek van de inspectie aan de normen. Dit waren instellingen die het toetsingskader volledig hadden geïmplementeerd en die standaarden hanteerden die soms verder gingen dan de normen van de inspectie. De andere GGZ-instellingen hadden meer tijd en in 21 gevallen twee of meer bezoeken van de inspectie nodig om de gewenste verbeteringen door te voeren. Vier instellingen werden door de inspectie vier keer en twee instellingen vijf keer bezocht voordat de verbeteringen waren doorgevoerd.

Hoewel de inspectie blij is met de verbeteringen vraagt zij zich af of wel alle GGZ-instellingen hun verantwoordelijkheid nemen en voldoende gemotiveerd zijn om separatie verder terug te dringen. Teveel veranderingen zijn bij een aantal GGZ-instellingen onder druk van de inspectie tot stand gekomen.

### 2.2 **Belangrijke winst: patiënten veel minder vaak eenzaam opgesloten**

De inspectie constateerde tijdens de bezoeken dat gesepareerde patiënten meerdere malen per dag werden bezocht of dat de bel niet werd uitgezet. Wanneer een patiënt contact maakte, gaf het behandelend personeel daar altijd zo snel mogelijk gehoor aan. Regelmatig was een extra verpleegkundige aangesteld om een gesepareerde patiënt vrijwel continu contact te kunnen bieden. De inspectie is verheugd met deze ontwikkeling die ertoe leidt dat separatie geen eenzame opsluiting is.

Een aandachtspunt was wel het planmatig uitwerken van het contact en toezicht. Het vastleggen van het handelen gebeurde nog lang niet altijd. Iets minder dan de helft van de dossiers bevatte tijdens de eerste twee bezoeken een op de patiënt afgestemd separeerbegeleidingsplan. Dit was wel verbeterd na de derde bezoekronde.





## 3 Handhaving

In dit hoofdstuk beschrijft de Inspectie voor de Gezondheidszorg de handhaving die geldt voor de bezochte GGZ-instellingen, geeft zij op basis van de bevindingen en conclusies aanbevelingen en beschrijft zij haar vervolgacties.

### 3.1 Maatregelen

De inspectie legde de GGZ-instellingen die niet voldeden aan de vier normen voor het terugdringen van separatie de volgende maatregelen op:

- 61 GGZ-instellingen moesten na de eerste bezoekeronde verbetermaatregelen treffen en een auditverslag naar de inspectie sturen. Vijf GGZ-instellingen voldeden aan de normen en hoefden geen maatregelen te nemen.
- 21 GGZ-instellingen zijn opnieuw bezocht omdat de verbetermaatregelen onvoldoende resultaat leken op te leveren.
- Zestien van deze 21 GGZ-instellingen moesten na het tweede bezoek direct maatregelen nemen.
- Zestien GGZ-instellingen zijn een tweede keer getoetst op de registratie-eis.
- Bij twee GGZ-instellingen die nog steeds niet registreerden volgens de Argus-dataset adviseerde de inspectie de Minister van VWS om een last onder dwangsom op te leggen om naleving van de registratie-eis af te dwingen.
- Aan vijf instellingen heeft de inspectie een vierde bezoek afgelegd om te toetsen of de laatste ingezette verbetermaatregelen het gewenste resultaat opleverden.
- Een van deze vijf instellingen is eind 2014 nog een vijfde keer bezocht.
- Een zesde instelling is voor overtreding van verschillende normen voor een periode van zes maanden onder verscherpt toezicht gesteld en is in dat kader een vierde en een vijfde keer bezocht. Het verscherpt toezicht is inmiddels opgeheven.
- Zes instellingen hebben van de inspectie een waarschuwing gekregen voor in totaal acht overtredingen. Vijf maal was een separatie niet gemeld aan de inspectie en drie maal was een separatie onder dwang toegepast op een vrijwillig opgenomen patiënt.

### 3.2 Aanbevelingen

Het veld moet zich blijven inspannen om separatie, afzondering en andere vormen van eenzame insluiting verder terug dringen. Daarom organiseert de inspectie een twee invitationale conferences waar GGZ Nederland, de beroepsverenigingen, het CCE, de Stichting PVP en het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ)aan zullen deelnemen om het concepttoetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen, dat de inspectie voorjaar 2014 ter consultatie aan de veldpartijen heeft voorgelegd, om te vormen tot een breed gedragen veldnorm. Voor de inspectie is en blijft het uitgangspunt "een patiënt die intensieve zorg nodig heeft, laat je niet alleen". De inspectie vraagt bij de uitwerking van de veldnorm speciale aandacht voor zeer complexe situaties en langer durende insluitingen.

### 3.3 Vervolgacties inspectie

In 2015 zal de inspectie het toezicht op de uitvoering van de Wet Bopz waar nodig, op basis van risicoprofielen, intensiveren. Met name langdurige separaties en afzonderingen zal de inspectie toetsen.



## 4 Resultaten inspectiebezoeken

Dit hoofdstuk bevat de resultaten van de bezoeken aan de 66 GGZ-instellingen waarbij de Inspectie voor de Gezondheidszorg oordeelde over de vier normen voor het terugdringen van separatie.

### 4.1 GGZ-instellingen voldeden uiteindelijk aan de vier normen voor terugdringen separatie

Tabel 2  
Aantal bezochte instellingen en onderzochte casus per bezoekeronde

		Instellingen	Onderzochte casus	Instellingen die voldeden
		n	n	n
<b>Ronde 1</b>	Bezoek 1	66	177	5
	Auditverslag	61	n.v.t. <sup>9</sup>	40
<b>Ronde 2</b>	Bezoek 2	21	42	5
<b>Ronde 3</b>	Bezoek 3	16	29	10
<b>Ronde 4</b>	Bezoek 4	6	13	4
<b>Ronde 5</b>	Bezoek 5	2	5	2

De inspectie bezocht tijdens de eerste bezoekeronde 66 GGZ-instellingen en toetste daarbij 177 afzonderlijke casus. Bij deze bezoekeronde bleek dat vijf instellingen voldeden aan de vier normen. De andere GGZ-instellingen moesten verbetermaatregelen treffen en een auditverslag naar de inspectie sturen. Op basis van deze verslagen kwam de inspectie tot het oordeel dat veertig GGZ-instellingen voldeden. De inspectie bezocht 21 instellingen voor een tweede keer en toetste daarbij 42 afzonderlijke casus. Na deze ronde voldeden vijf GGZ-instellingen. De inspectie bezocht de overige 16 GGZ-instellingen voor een derde keer en toetste 29 casus. Tijdens deze ronde voldeden tien GGZ-instellingen.

Na de derde bezoekeronde voldeden in totaal zestig GGZ-instellingen aan de vier normen en zes nog niet helemaal.

Een van deze zes instellingen is na het derde bezoek voor zes maanden onder verscherpt toezicht gesteld en is in dat kader een vierde en een vijfde keer bezocht. Eén andere instelling, die onder hetzelfde bestuur valt, is eveneens een vierde en een vijfde keer bezocht. Voor de andere vier instellingen is er extra toezicht geweest, deze zijn een vierde keer bezocht. Eén van deze instellingen heeft eerst in het derde kwartaal van 2014 nog een interne audit moeten uitvoeren.

Tijdens de vierde bezoekeronde zijn in totaal 13 casus getoetst en tijdens de vijfde bezoekeronde zijn in totaal 5 casus getoetst.

De inspectie bracht 111 bezoeken en onderzocht 266 casus.

<sup>9</sup> De inspectie ontving auditverslagen op instellingsniveau, het aantal casus is hier dus niet van toepassing.

Daarnaast bezocht de inspectie 7 instellingen een tweede keer om te toetsen of de Argusregistratie inmiddels op orde was.

In totaal legde de inspectie 118 bezoeken af.

## 4.2 GGZ-instellingen voldeden vaker aan norm om separeren te voorkomen

### 4.2.1 Signaleringsplan bijna overal gemeengoed

De inspectie toetste tijdens de bezoeken of de dossiers van de patiënten voor wie dat noodzakelijk was een signaleringsplan bevatten. Een signaleringsplan helpt bij het vroegtijdig herkennen van gedrag dat bij een patiënt uiteindelijk kan leiden tot separatie. Een signaleringsplan is daarmee een separatie-preventieplan.

Tabel 3  
Aantal patiënten voor wie signaleringsplan noodzakelijk en aanwezig was<sup>h</sup>

		Instellingen	Patiënten	Plan aanwezig	
		n	n	n	%
<b>Alle instellingen</b>	Bezoek 1	66	115	80	69,6
<b>Instellingen die in ronde 1 niet aan normen voldeden</b>	Bezoek 1	21	44	23	52,0
	Bezoek 2	21	25	19	76,0
	Bezoek 3	16	23	22	95,7

Bij het eerste bezoek bleek dat bijna 70 procent van de patiënten waarvoor een signaleringsplan noodzakelijk was, een dergelijk plan had. Bij de instellingen die niet voldeden op dit punt was na het derde bezoek veel verbeterd. Scoorden deze instellingen na de eerste bezoekenronde net iets meer dan 50 procent, aan het einde van de derde bezoekenronde was dit bijna 96 procent (zie tabel 3).

Tabel 4  
Aantal toegepaste signaleringsplannen

		Plan aanwezig		Plan toegepast		Reden voor niet toepassen in dossier	
		n	%	n	%	n	%
<b>Alle instellingen</b>	Bezoek 1	80	69,6	69	86,2	7	63,6
<b>Instellingen die in ronde 1 niet aan normen voldeden</b>	Bezoek 1	23	52,0	19	82,6	2	50,0
	Bezoek 2	19	76,0	13	68,4	0	0
	Bezoek 3	22	95,7	18	86,4	3	75,0

De inspectie toetste ook of de instellingen de aanwezige plannen aantoonbaar toepasten en als dit niet het geval was, of de dossiers een reden bevatten voor het niet toepassen.

<sup>h</sup> In de tabellen 3 tot en met 7 zijn de bezoekenrondes 4 en 5 niet meegenomen omdat er sprake was van diversiteit van de normen waar niet aan was voldaan door de zes instellingen.

Bij het eerste bezoek bleek dat ruim 86 procent van de signaleringsplannen werd toegepast. Aan het einde van de derde ronde bleek dat van de instellingen die op dit punt niet voldeden ook ruim 86 procent van de plannen toepasten. In toenemende mate was in de dossiers vermeld om welke reden een signaleringsplan niet was toegepast. Bij het eerste bezoek was dit vermeld in bijna 64 procent van de dossiers. Bij het tweede bezoek bleek de reden in de vijf betreffende dossiers niet te zijn vermeld, maar na het derde bezoek was dit wel vermeld bij 75 procent, waarbij zij opgemerkt dat het in deze ronde ging om vier dossiers.

#### 4.2.2

*Bijna alle signaleringsplannen voldeden aan minimale inhoudelijke norm*

De inspectie toetste de aanwezige signaleringsplannen op drie inhoudelijke elementen, die gelden als minimale inhoudelijke norm. Dit waren:

- 1 Beschrijving van concrete gedragingen van patiënt die zouden kunnen leiden tot escalatie of een onhanteerbare, gevaarlijke situatie.
- 2 Beschrijving van maatregelen, interventies en afspraken om escalatie te voorkomen.
- 3 Beschrijving dat deze maatregelen, interventies en afspraken expliciet bedoeld zijn om dwangtoepassing te voorkomen.

Tabel 5

Aantal signaleringsplannen dat voldoet aan minimale inhoudelijke norm

		Aanwezige plannen	Plannen dat voldoet aan element		
			1	2	3
		n	n	n	n
<b>Alle instellingen</b>	Bezoek 1	80	79	76	76
<b>Instellingen die in ronde 1 niet aan normen voldeden</b>	Bezoek 1	23	23	22	22
	Bezoek 2	19	19	16	12
	Bezoek 3	22	22	22	22

Bij het eerste bezoek dat de inspectie bracht bleek dat de meeste signaleringsplannen, 76 van 80, voldeden aan de minimale inhoudelijke norm. Tijdens het derde bezoek voldeden alle plannen aan de norm.

#### 4.2.3

*Bij bijna iedere opname een eigen afweging over wel of niet direct separeren*

'Beleid bij binnenkomst' houdt in dat afdelingsteams bij de opname van een patiënt altijd een nieuwe afweging maken en beoordelen of een separatie plaats moet vinden, de zogenoemde eigen afweging.

Tijdens het eerste bezoek bleek uit de dossiers dat bijna alle instellingen deze afweging maakten en vastlegden. Tijdens de tweede en derde bezoekeronde voldeden alle instellingen bij de onderzochte casus aan deze norm.

#### 4.2.4

*Aan drie van de vier patiënten evaluatie aangeboden over de separatie*

Elke separatie moet – als dit mogelijk is – met de patiënt geëvalueerd worden, een evaluatie moet in ieder geval aangeboden worden.

Tijdens de eerste bezoekeronde bleek dat 75 procent van de casus een evaluatie was aangeboden. In de instellingen die twee keer zijn bezocht, was dit tijdens het eerste bezoek bij 64 procent van de casus het geval. Tijdens het tweede bezoek aan deze instellingen was dit verbeterd: aan ruim 76 procent van de patiënten was aantoonbaar een evaluatie aangeboden. Tijdens de derde bezoekeronde bleek dat aan bijna

83 procent van de patiënten aantoonbaar een evaluatie was aangeboden of daadwerkelijk uitgevoerd.

Hulpverleners gaven tijdens de bezoeken regelmatig aan dat zij separaties wel evalueerden met de patiënt, maar zij noteerden dit vaak niet op een vaste plaats. De inspectie vond het daarom niet terug in de dossiers. In die gevallen was voor de inspectie niet aan de norm voldaan.

#### **Goed praktijkvoorbeeld**

De inspectie constateerde tijdens de bezoeken dat instellingen steeds vaker gebruik maakten van een format waarin de ervaring van de patiënt zelf een centrale plek kreeg en dat speciaal hiervoor getrainde verpleegkundig specialisten of ervaringsdeskundige medewerkers de evaluaties uitvoerden.

### **4.3 Argusregistratie in alle instellingen op orde**

Tijdens het eerste bezoek bleek dat 15 van de 66 instellingen (22,7 procent) separaties niet (juist) registreerden volgens de Argus-dataset. Bij de tweede bezoekreunde kwam daar nog één instelling bij. De inspectie hertoetste de registratie bij zestien instellingen. Veertien voldeden op dat moment aan de norm voor Argusregistratie. De inspectie adviseerde de minister de twee instellingen die op dit punt nog niet voldeden een last onder dwangsom op te leggen. Beide instellingen maakten voor het daadwerkelijk opleggen van de last onder dwangsom de registratie in orde.

### **4.4 Verbetering in contact en toezicht, toename begeleidingsplannen**

#### *4.4.1 Toename separaties met plan voor contact en toezicht*

De inspectie toetste of de dossiers van iedere patiënt een separeerbegeleidingsplan op maat bevatten en of instellingen de plannen ook aantoonbaar uitvoerden. Het separeerbegeleidingsplan bevat de afspraken over contact en toezicht tijdens een separatie zodat patiënten zelf en hun naasten precies kunnen weten waar zij aan toe zijn op het gebied van contact en toezicht en zodat alle medewerkers weten wat ze wanneer moeten doen.

Tabel 6

Aantal aanwezige en uitgevoerde separeerbegeleidingsplannen

		Instellingen	Patiënten	Plan aanwezig		Plan uitgevoerd	
		n	n	N	%	n	%
<b>Alle instellingen</b>	Bezoek 1	66	177	84	47,5	79	94,1
<b>Instellingen die in ronde 1 niet aan normen voldeden</b>	Bezoek 1	21	61	25	41,0	24	96,0
	Bezoek 2	21	42	19	45,0	18	94,7
	Bezoek 3	16	29	27	93,1	24	88,9

Tijdens de eerste bezoekreunde van de inspectie bleek dat bijna de helft van de dossiers een begeleidingsplan voor de patiënten bevatte. Dit was onvoldoende verbeterd tijdens de tweede ronde. Er was toen zelfs sprake van een daling, 45 procent. Tijdens het derde bezoek bevatten bijna alle dossiers (93 procent) van de instellingen die bezocht werden een plan.

Als een separeerbegeleidingsplan ontbrak, toetste de inspectie tijdens de eerste bezoekeronde of er feitelijk toch voldoende contact en toezicht was geweest. Dit was het geval bij 63 van de 93 van de patiënten voor wie geen plan was gemaakt. Dan was het oordeel dat deels voldaan was aan de norm. Tijdens de tweede bezoekeronde is strikter getoetst op het hebben van een plan. Als er geen plan was, voldeden de instellingen niet aan de norm.

Het begeleidingsplan werd in ongeveer negen van de tien gevallen uitgevoerd.

#### 4.4.2 *Ruim 80 procent van de separeerbegeleidingsplannen voldeed aan minimale norm contact en toezicht*

Als een van de volgende elementen ontbrak in een separeerbegeleidingsplan werd niet voldaan aan de minimale norm van contact:

- De frequentie van fysieke nabijheid in de zelfde ruimte is minimaal vijf minuten per uur.
- Elk verzoek van patiënt om extra contact wordt ingewilligd of gemotiveerd geweigerd.
- Frequentie van andere contacten met personeel, naasten of ervaringsdeskundige (*fysieke nabijheid, face-to-face, intercom, mediazuil, touchscreen*) is minimaal eens in het half uur.

Bij de eerste en tweede bezoekeronde voldeed meer dan de helft van de begeleidingsplannen in alle opzichten aan de minimale norm voor contact. Tijdens de derde bezoekeronde voldeed meer dan 80 procent van de plannen hieraan.

#### 4.4.3 *Verbeteringen in contact*

De inspectie constateerde tijdens de bezoeken dat veel vaker contact plaatsvond dan in voorgaande jaren gebruikelijk was. Instellingen lieten vaker familieleden of vrienden in de separeercel toe voor een bezoek. Bovendien bleek dat wanneer een patiënt belde of op andere wijze contact maakte, hier zo snel mogelijk op gereageerd werd.

##### **Goede praktijkvoorbeelden**

- Verschillende instellingen schakelden een extra verpleegkundige in die als primaire taak had om een gesepareerde patiënt vrijwel continu contact en begeleiding te bieden.
- Enkele afdelingen stelden voor elke dienst een apart plan op, waarmee de patiënt vanaf de eerste separatie-interventie de boodschap kreeg dat het streven was om de separatie zo snel mogelijk te beëindigen, liefst nog diezelfde dag.
- Op één afdeling kon een patiënt zelfs midden in de nacht op diens verzoek in de separeer een ontbijtje krijgen.
- Een instelling ontwikkelde een app waarmee medewerkers een separatie makkelijker kunnen registreren op een tablet of smartphone. Samen met andere instellingen overweegt deze instelling om een extra module voor contactmomenten te gaan ontwikkelen.

#### 4.4.4 *Verbeteringen in toezicht*

Bij de eerste en tweede bezoekeronde voldeed tweederde van de plannen aan de norm rond toezicht, namelijk dat minimaal elk kwartier toezicht wordt uitgevoerd. Tijdens de derde ronde voldeed meer dan 80 procent van de plannen hier aan.

#### 4.5 Consultaties op alle aangewezen momenten onvoldoende aangevraagd

Bij separaties moeten instellingen op gezette tijden, afhankelijk van de duur van de separatie, een onafhankelijke consultatie aanvragen en laten uitvoeren.

Tabel 7

Aantal patiënten voor wie verplichte consultatie niet is aangevraagd

		1 <sup>e</sup> consultatie		2 <sup>e</sup> consultatie		3 <sup>e</sup> consultatie		4 <sup>e</sup> consultatie	
		aangewezen	niet aangevraagd	aangevraagd	niet aangevraagd	aangevraagd	niet aangevraagd	aangevraagd	niet aangevraagd
		n	n	n	n	n	n	n	n
<b>Alle instellingen</b>	Bezoek 1	110	46	46	26	23	18	9	6
<b>Instellingen die in ronde 1 niet aan normen voldeden</b>	Bezoek 1	44	19	24	14	10	6	4	2
	Bezoek 2	21	6	10	4	4	3	3	2
	Bezoek 3	16	5	9	4	4	2	3	2

Te vaak bleken consultaties die hadden moeten plaatsvinden, niet te zijn aangevraagd. In de eerste bezoekeronde was dit voor de eerste consultatie bij 46 van de 110 casus het geval. Tijdens vervolfbezoeken bij de instellingen die op dit punt een onvoldoende scoorden was slechts een lichte verbetering zichtbaar. Bij de 2<sup>e</sup> consultatie is ook nog verbetering te zien, maar niet bij de 3<sup>de</sup> en de 4<sup>de</sup> consultatie. Het gaat bij deze laatste twee wel om kleine aantallen.

Tijdens de bezoeken bleek dat in sommige instellingen ten onrechte het idee bestond dat consultatie alleen vereist is als de patiënt tegen zijn wil gesepareerd wordt. Ook gaf een aantal instellingen als verklaring dat registratiesystemen niet aangeven hoe lang een patiënt gesepareerd is.

De adviezen die voortvloeiden uit de consultaties die wél zijn verricht, zijn nagenoeg allemaal opgevolgd.

#### **Goede praktijkvoorbeelden**

- Enkele instellingen gingen voortvarend aan de slag met het implementeren van consultatie. Zo was in een instelling reeds in juli 2012 een consultatieteam operationeel voor de eerste en tweede consultatie, en dit team had in december van dat jaar de eigen werkwijze al geëvalueerd en aangepast.
- Sommige instellingen hanteerden al voor de inspectiebezoeken strengere normen dan in het toetsingskader. Zo moest in een instelling de eerste consultatie al na drie dagen plaatsvinden, en in een andere instelling ook na vier korte separatie-interventies binnen dertig dagen.
- Bij een instelling ging een signaal af als een patiënt in een week zestig uur gesepareerd was. De afdeling had dan nog 24 uur om een consultatie te regelen.
- Een aantal instellingen maakte onderling afspraken over de derde consultatie. Deze werd uitgevoerd door een vergelijkbaar behandelteam van een andere instelling.



## Summary

Segregation is an extreme measure which brings a significant risk of adverse physical or mental health effects for the patient concerned. Since 2002, psychiatric units have attempted to limit both the frequency and duration of patient segregation. In 2004, the sector's representative body *GGZ Nederland* (the Dutch Association of Mental Health and Addiction Care) announced the intention of achieving a ten per cent reduction in the use of such measures.<sup>1</sup> Between 2006 and 2012, the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) provided additional funding to support the pursuit of this aim.

The Health Care Inspectorate is responsible for the supervision of care provided to vulnerable groups and devotes particular attention to ensuring that patients in residential care are not subject to any unnecessary restriction of freedom. Since 2008 it has therefore been closely monitoring progress of efforts to reduce the use of segregation.

In late 2011, the Inspectorate reported that the field had thus far failed to achieve the desired reduction in the use of segregation, and that little or no further progress was being made. The Inspectorate therefore called upon the sector to develop norms and guidelines for effective prevention. The promised multidisciplinary guidelines on the use of restrictive measures failed to materialize, while the field norm for 'intensive care' achieved only draft status. The Inspectorate therefore announced the adoption of a new regulatory approach. Alongside the two existing requirements – that the use of isolation or restrictive measures should be avoided to the greatest extent possible and that all instances of their use should be recorded using the Argus data system – it introduced two further norms with which all psychiatric units must comply. First, segregation must never be in the nature of solitary confinement. Second, where a patient is segregated for more than one week, there must be contact and consultation with independent external experts at set intervals. In 2012, the Inspectorate produced a revised assessment framework in consultation with the field.

Using this assessment framework, the Inspectorate has since investigated compliance with all four norms. During 2013, 2014 and the first quarter of 2015, Inspectors visited 66 locations, some on more than one occasion. On each visit, inspectors selected a number of cases based on the Argus registration information, focusing on patients who been subject to segregation for longer periods or with significant frequency. Interviews with staff and, where possible, with the patients concerned were conducted.

The results of the investigation indicate that all locations visited had implemented the four norms intended to reduce the use of segregation. However, approximately one third did so only further to ongoing pressure from the Inspectorate. Four locations were each subject to four separate visits, while two were visited on no fewer than five occasions. By early 2015, all locations had implemented the Argus data system in a satisfactory manner, and an increase in the use of 'early warning' plans to anticipate and avert problem situations could be noted. Patients placed in segregation had more frequent contact with staff and other professionals than had previously been the case, although the implementation of the requirement for independent consultation at set intervals had proven problematic.

The Inspectorate instructed locations which did not comply with the four norms on an ongoing and voluntary basis to implement immediate improvement measures. In

two cases, the Inspectorate advised the Minister of Health and Welfare to impose financial penalties for any further failure to use the Argus registration system as intended. One unit (a department within a larger institution) has been placed under special measures and will be subject to a regime of enhanced supervision.

To encourage a further reduction in the use of segregation and other restrictive measures, the Inspectorate is to hold two invitational conferences in 2015. Representatives of *GGZ Nederland*, the relevant professional federations, the Centre for Consultation and Expertise (CCE), de *Stichting Patiënten Vertrouwens Persoon* (Patient Advocacy Foundation; PVP) and the *Landelijk Platform GGZ* (National Platform for Clients of Mental Health Services; LPGGZ) will be asked to contribute to a new assessment framework, the draft version of which was presented to the field parties in early 2014, to arrive at a method which enjoys broad support. It will be for psychiatric units themselves to implement the new norms and to evaluate their own progress in doing so. It is hoped that this approach will encourage the exchange of knowledge and experience, thus accelerating the process. All organizations will have access to the results of the evaluations, allowing them to manage and adapt their own implementation process accordingly.

## Literatuurlijst

- 1 GGZ Nederland. De krachten gebundeld: ambities van de GGZ. 2004.
- 2 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg. Den Haag, 2008.
- 3 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten. Utrecht, 2011.
- 4 Janssen WA, Noorthoorn EO, Vries WJ de. Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 2009, 64 (6). p.457-469.
- 5 Janssen WA et al. Zes jaar Argus. Vrijheidsbeperkende interventies in de GGz in 2012 en ontwikkelingen ten opzichte van andere jaren. 2014.



## Bijlage 1      Overzicht aantal bezoeken per GGZ-instelling (N=66)

<b>Instelling</b>	<b>Aantal bezoeken</b>
Academisch Ziekenhuis Maastricht (MUMC)	2
Accare	1
Admiraal de Ruyter	3
Altrecht	3
AMC	1
Amphia Ziekenhuis	3
Arkin	1
Atrium	2
Bouman GGZ	1
Canisius Wilhelmina	3
Catharina Ziekenhuis	1
Curium	1
De Bascule	4
De Jutters	2
Delta Psychiatrisch Centrum	2
Dimence	1
Emergis	1
Erasmus MC	1
GGNet	1
GGZ Breburg Groep	3
GGZ Centraal	1
GGZ Delfland	1
Parnassia Groep (GGZ Dijk en Duin)	5
GGZ Drenthe	4
GGZ Eindhoven en De Kempen	3
GGZ Friesland	1
GGZ inGeest	1
GGZ Noord-Holland-Noord	3
GGZ Oost Brabant	2

<b>Instelling</b>	<b>Aantal bezoeken</b>
GGZ Westelijk Noord Brabant	1
Isala Klinieken	1
Karakter	1
Laurentius	1
Lentis	4
Lievensberg Ziekenhuis	1
Maxima Medisch Centrum	2
MC Zuiderzee	2
Mediant	4
Medisch Spectrum Twente	1
Mondriaan Zorggroep	1
Mutsaersstichting	1
Orbis MC	1
Parnassia Groep (Haaglanden)	5
Pro Persona	1
RCGGZ Weert (VvG)	2
Reinier van Arkel	2
Rijnstate	1
Rivierduinen	2
Ropcke Zweers Ziekenhuis	1
Sinai Centrum	1
Sint Annaziekenhuis	1
Sint Antonius Ziekenhuis	2
Sint Elisabeth Ziekenhuis	3
Sint Lucas Andreas	1
SymforaMeander	1
Tergooiziekenhuizen	2
Triversum	1
Tweesteden Ziekenhuis	3
UMC St. Radboud	1
UMCG	1
UMCU	1
Vincent van Gogh	3

<b>Instelling</b>	<b>Aantal bezoeken</b>
Waterland Ziekenhuis	1
Yulius	1
Zaans Medisch Centrum	1
Ziekenhuisgroep Twente	1

