SLOTRAPPORTAGES GGZ INSTELLINGEN

Projectgelden terugdringen Dwang en Drang 2011

Rapport met verslag van tussenrapportages terugdringen dwang en drang 2011, uitgevoerd door Linda van den Bos (Projectenwerk), in opdracht van en in samenwerking met Hamp Harmsen, projectleider Dwang en Drang, GGZ Nederland.

17 november 2012

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Inleiding		3
	1.1.	Respons	4
Hoofdstuk 2	Doelstellingen in GGZ instellingen		5
Hoofdstuk 3	Registratie van dwang en drang		
	3.1.	Argus, cliënten en afdelingen	8
	3.2.	Structurele terugkoppeling	9
	3.3.	Doelgroepen voor terugkoppeling	10
	3.4.	Frequentie van terugkoppeling	11
	3.5.	Koppeling Planning&Control cyclus	12
	3.6.	Effect van terugkoppeling	12
	3.7.	Zichtbaarheid van cijfers	13
	3.8.	Knelpunten bij registratie	14
Hoofdstuk 4	Ontwikkelingen en trends		
	4.1.	Gesepareerde cliënten	16
	4.2.	Aanwezigheid separeer- en afzonderingsruimtes	17
	4.3.	Trend dwangtoepassingen	19
Hoofdstuk 5	Succesfactoren en knelpunten		
	5.1.	Organisatie en structuur	22
	5.2.	Meten is weten	25
	5.3.	Cliënt en zorg centraal	27
	5.4.	Structurele evaluatie	31
	5.5.	Bouwkundige voorzieningen	33
	5.6.	randvoorwaarden	36
	5.7.	Overige succesfactoren en knelpunten	38
Hoofdstuk 6	Zijn de grenzen bereikt?		39
Hoofdstuk 7	Ontwikkeling en beweging		42
Bijlagen	1	Overzicht instellingen	44
	2	Rapportageformat slotrapportage 2011	45

HOOFDSTUK 1. INLEIDING

Voor het jaar 2011 hebben 56 instellingen die zorg bieden aan ernstig psychiatrisch patiënten, projectgelden ontvangen van het ministerie van VWS voor het terugdringen van dwang en drang. Hiervoor leggen de instelling twee maal per jaar inhoudelijke verantwoording af aan GGZ Nederland middels het inleveren van een tussen- of slotrapportage.

In dit verslag zijn hoofdlijnen van de slotrapportages 2011 van deze instellingen verwerkt. Het doel is om inzicht te verschaffen in de stand van zaken in GGZ-instellingen in Nederland met betrekking tot ontwikkelingen aangaande het verder terugdringen van dwangtoepassingen.

Met ingang van 2011 wordt aan instellingen een grotendeels gestandaardiseerd format met evaluatievragen (een combinatie van gesloten en open vragen) aangeboden. Voorgaande jaren werden open vragen op hoofdlijnen gesteld, die de invuller veel ruimte en vrijheid gaven om het antwoord te formuleren. Het resultaat was een grote diversiteit in omvang en inhoud. Met de introductie van het rapportageformat is het vergelijken met voorgaande jaren minder goed mogelijk. Wel kan goed vergeleken worden met de komende drie rapportages (slotrapportage 2011, tussenrapportage 2012 en slotrapportage 2012).

De rapportages die zijn aangeleverd zijn over het algemeen uitgebreid en volledig. Er is veel in beweging in de instellingen, er is al veel gerealiseerd en de ambities zijn hoog. Daarnaast worden ook knelpunten benoemd die voortgang belemmeren.

Een belangrijke graadmeter voor het monitoren van de voortgang in instellingen, als het gaat om reductie van dwang en drang, zijn de doelstellingen die zij zelf opgesteld hebben en de mate waarin deze behaald zijn. Voor het projectjaar 2011 hebben alle instellingen diverse doelstellingen opgesteld, die ook vaak de termijn van een jaar overschrijden. Projecten en hun voortgang zijn ook niet altijd even goed te koppelen aan bepaalde periode of strak binnen een jaar te plaatsen. Aandacht voor effect op de lange termijn is ook belangrijk. Meerdere instellingen merken op dat projectmatige activiteiten later dan 1-1-2011 gestart zijn, mede omdat de projectgelden pas later in het jaar zijn toegekend. De ingezette activiteiten lopen hierdoor ook langer door.

De meeste instellingen hebben een verruimd voortgangsbericht geschreven, waarin ook gekeken wordt naar behaalde resultaten in het verleden en reeds gerealiseerde zaken in het jaar 2012. Aangezien het in dit verslag gaat om de algemene en meest recente stand van zaken in de instellingen en de te herkennen trends, is bij de analyse van kwalitatieve gegevens geen rekening gehouden met eindtermijn van 31-12-2011. Kwantitatieve gegevens zijn wel per kalender jaar 2011 weergegeven.

De focus in 2011 lag op het implementeren van best practices en het borgen van dwangreductie in iedere instelling. In de tussen- en slotrapportages wordt aangegeven in hoeverre dit gerealiseerd is. Onderdeel van borgen is het registreren en terugkoppelen van Argus-gegevens.

En altijd van belang zijn de succesfactoren en knelpunten die door instellingen ervaren worden. Deze zijn geïnventariseerd en worden in dit verslag nader in beeld gebracht en uitgewerkt. Grote instellingen hebben vaak meerdere locaties, waarbij er (grote) verschillen tussen de diverse locaties waarneembaar zijn. 2 instellingen hebben een slotrapportages per

lokatie aangeleverd, waardoor er geen 'overallbeeld' van de gehele instelling werd geschetst. In dat geval zijn afzonderlijk verwerkt.

Dit rapport is verdeeld in een aantal hoofdstukken. In deze inleiding staan de responsgegevens vermeld, alsmede een aantal opmerkingen bij de gegevensverwerking. In hoofdstuk twee wordt weergegeven of de instellingen hun doelstellingen hebben behaald, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen hoofd- en subdoelstellingen. Hoofdstuk drie schetst een beeld van de wijze van registratie en terugkoppeling van gegevens van vrijheidsbeperkende interventies, gevolgd door kwantitatieve gegevens en cijfermatige trends in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden succesfactoren en knelpunten benoemd die van invloed zijn op het verminderen van dwang en drang. Het zevende hoofdstuk gaat over grenzen aan dwangreductie. Bij alle onderdelen is ook de betreffende vraagstelling opgenomen. En als laatste is een hoofdstuk met ontwikkelingen toegevoegd die een terugblik geeft op de opvallende zaken van de verantwoordingsrapportages van 2010 en 2011. De gegevens van de tussenrapportages zijn in dit verslag in het lichtgrijs vermeld (met de afkorting 'TR'). Het geheel is aangevuld met enkele bijlagen.

1.1. Respons

Er zijn 57 instellingen in Nederland die van het Ministerie van VWS (en uitgevoerd door GGZ Nederland) in 2011 projectgelden ontvangen hebben voor het terugdringen van dwang en drang in de psychiatrie. Van deze 57 instellingen heeft Medisch Spectrum Twente geen projectvoorstel ingediend; zij hadden slechts een summiere en specifieke vraag die gehonoreerd is. 55 instellingen hebben de tussenrapportage ingeleverd (96%). Van FPC de Kijvelanden en de PAAZ afdeling van Zaans Medisch Centrum is geen slotrapportage ontvangen; zij hadden wel een tussenrapportage ingeleverd. Medisch Spectrum Twente heeft wel een slotrapportage ingeleverd, maar hiervan worden in dit verslag alleen de gegevens meegenomen die van toepassing zijn op het projectonderdeel waarvoor subsidie is verkregen.

Van drie instellingen is de slotrapportage identiek aan de tussenrapportage (van 1 van deze instellingen was bekend dat de tussenrapportage tevens de slotrapportage was). Dit schept wel vraagtekens bij de door de instellingen genoemde kwantitatieve gegevens, die in de tussenrapportage over andere periode zijn uitgevraagd dan bij de slotrapportage.
En twee instellingen hebben het format van de tussenrapportage gebruikt, terwijl de slotrapportage op enkele punten was aangepast.
Verder valt op dat er inhoudelijk veel overlap zit tussen de tussenrapportages en slotrapportages. Dit is ook niet verwonderlijk, aangezien het voortgangsrapportages zijn van dezelfde projectactiviteiten.

De 54 instellingen geven aan het volgende aanbod te verzorgen:

Tabel 1. Aanbod instellingen

	n	%
Psychiatrie	32	59%
Forensische psychiatrie	17	31%
Kinder/jeugdpsychiatrie	24	44%
PAAZ	15	28%
PUK	4	7%

Een totaaloverzicht van de instellingen staat vermeld in bijlage 1.

HOOFDSTUK 2. DOELSTELLINGEN IN GGZ-INSTELLINGEN

Aan iedere instelling is gevraagd om de doelstellingen, zoals aangegeven in het projectplan behorend bij de aanvraag voor projectgelden 2011, te beschrijven en aan te geven in welke mate deze zijn behaald.

VRAAG	1	Wat is de hoofddoelstelling van het project in 2011? (overnemen uit projectplan)	
	2	Is deze hoofddoelstelling behaald?	[ ] Ja [ ] Nee. Welke onderdelen zijn wel behaald: Welke onderdelen zijn niet behaald:
	3	Wat zijn de subdoelstellingen van het project in 2011? (overnemen uit projectplan)	
	4	Zijn alle subdoelstellingen behaald? Geef per subdoelstelling aan of deze behaald is of niet en beschrijf de stand van zaken.	[ ] Ja [ ] Nee. Welke onderdelen zijn wel behaald: Welke onderdelen zijn niet behaald:

Er is duidelijk onderscheid gemaakt tussen de hoofddoelstelling (in de meeste gevallen een kwantitatieve doelstelling (reductie van dwang en drang in maat en getal)) en subdoelstellingen.

<u>Hoofddoelstelling</u>
Alle 54 instellingen hebben een hoofddoelstelling geformuleerd; 25 (46%) instellingen geven aan dat zij deze hoofddoelstelling reeds behaald hebben, dit is 20% meer dan bij de tussenrapportages, waar 14 instellingen (26%) aangaven de doelstelling al behaald te hebben.

Bij 29 (54%) instellingen is de hoofddoelstelling nog niet behaald. Meerdere instellingen geven aan dat de doelstellingen en projectactiviteiten langer doorlopen.

Op de vraag welke onderdelen wel en niet behaald zijn, heeft ongeveer de helft van de instellingen antwoord gegeven. Deze informatie draagt niet bij aan een ‘overall beeld’ en is daarom niet verder uitgewerkt.

Ruim tweederde van de instellingen (n=39, 72%) benoemt een hoofddoelstelling die gericht is op reductie van dwang en drang, waarvan 29 instellingen een meetbare hoofddoelstelling hebben geformuleerd, uitgedrukt in een percentage of getal.
Er zit veel variatie en deze meetbare hoofddoelstelling. De percentages variëren van 5-50% reductie en ook wordt er onderscheid gemaakt in de aard van de vrijheidsbeperkende interventie en de periode waarover de hoofddoelstelling bereikt dient te worden. Het merendeel is gericht op reductie van separatie (in aantal en/of duur, n=21), 12 instellingen geven een percentage aan, gericht op het verminderen van dwang en drang in het algemeen. Twee instellingen noemen specifiek een termijn waarop zij ‘separeervrij’ willen zijn.
10 instellingen benoemen als hoofddoelstelling het reduceren van dwang en drang, maar geven hierbij geen streefscores of percentages aan, waardoor de hoofddoelstelling niet meetbaar is.

Daarnaast hebben 15 instellingen (28%) een hoofddoelstelling aangegeven waarin reductie van dwang en drang niet expliciet genoemd wordt, maar die meer algemeen of kwalitatief gericht is:

- Hoofddoelstelling gericht op implementatie en borging van beleid en interventies (n=11)
- Hoofddoelstelling gekoppeld aan IC of high-care functie (n=4)

De hoofddoelstellingen waren niet in alle gevallen even duidelijk en SMART omschreven. Ook werden meerdere hoofddoelstellingen genoemd of werd de hoofddoelstelling uitgesplitst in meerdere elementen (bijvoorbeeld zowel reductie van separatie in aantal en duur als implementatie van best practices).

Subdoelstellingen

Door alle 54 instellingen zijn aanvullende subdoelstellingen geformuleerd. In totaal zijn er 447 subdoelstellingen opgesteld. Dit zijn 16 doelstellingen meer dan bij de tussenrapportages, waar er in totaal 431 subdoelstellingen werden benoemd. Het verschil wordt verklaard door:

- 2 instellingen die een subdoelstelling minder hebben vermeld;
- 1 instelling die geheel andere doelstellingen heeft geformuleerd dan bij de tussenrapportage (en twee subdoelstellingen minder heeft aangegeven);
- 1 instelling die bij de tussenrapportage niet volgens het juiste format had gerapporteerd en geen subdoelstellingen had benoemd. Nu is dat wel gedaan en zijn er 11 subdoelstellingen benoemd;
- Van de twee instellingen die geen slotrapportage hebben ingediend (maar wel een tussenrapportage) vervallen de doelstellingen (n=10);
- 3 instellingen die gezamenlijk 5 subdoelstellingen meer hebben benoemd dan bij de tussenrapportage;
- 2 instellingen die geen tussenrapportage hadden ingeleverd, maar wel een slotrapportage (met gezamenlijk 14 subdoelstellingen).

Tweederde van deze doelstellingen (n=292, 65%) is inmiddels behaald (bij de tussenrapportages was de helft van de subdoelstellingen behaald).

Instellingen hebben tussen de 1 en 26 subdoelstellingen aangegeven (met een gemiddelde van 8 subdoelstellingen per instelling).

Vrijwel alle subdoelstellingen zijn kwalitatief van aard en moeilijk meetbaar. Bijvoorbeeld: “opstart van veiligheidsteams”, “zo kort mogelijk separeren” of “beïnvloeden van attitude door bejegening”, zijn doelstellingen die niet SMART geformuleerd zijn en dus niet meetbaar. In dat geval is in dit verslag uitgegaan van de beoordeling door de instelling zelf. Indien zij aangaven ‘doel behaald’, is dat zo verwerkt. Daar waar dit niet expliciet door de instelling werd aangegeven en niet uit de tekst afgeleid kon worden is ‘niet duidelijk’ aangegeven. Bij een deel van de subdoelstellingen gaven instellingen aan dat deze deels behaald was.

Tabel 2. behaalde subdoelstellingen, aantallen

	n	%	TR
Subdoelstelling behaald	292	65%	50%
Subdoelstelling deels behaald	45	10%	-
Subdoelstelling niet behaald	79	18%	32%
Niet duidelijk of niet bekend	31	7%	18%
Totaal	**447**	**100%**	**100%**

Naast inhoudelijke voortgang zijn er ook andere aspecten die van invloed zijn op het nog niet behalen van doelstellingen op dit moment. Zo geven meerdere instellingen aan dat de activiteiten later zijn gestart, omdat de projectgelden later zijn toegekend. Dit verklaart voor een deel waarom doelstellingen nog niet gehaald zijn. Een instelling geeft ook expliciet aan dat de doelstellingen geformuleerd zijn voor een langere periode. Beide aspecten kunnen ook gelden voor andere instellingen.

Vele instellingen hebben uitgebreid toelichting gegeven op de subdoelstellingen, de wijze waarop er mee wordt omgegaan en de stand van zaken met betrekking tot realisatie. Ten opzichte van voorgaande rapportages is er steeds meer verfijning in doelstellingen en activiteiten. Het is niet eenvoudig hier een goed geaggregeerd beeld van te schetsen. Voor dit verslag, wat algemeen van aard is, wordt dit niet verder uitgewerkt.

NB.
Bij de slotrapportage 2010 werden er in totaal 268 doelstellingen geformuleerd; in deze slotrapportage 2011 54+447= 501. Deze verdubbeling is vermoedelijk het effect van het gericht vragen naar alle doelstellingen (zoals opgenomen in het projectplan) door middel van het rapportageformat. "Alles wat je aandacht geeft groeit".

HOOFDSTUK 3. REGISTRATIE VAN DWANG EN DRANG

Cijfers vormen een belangrijke informatiebron om niet alleen de aard en het aantal dwangtoepassingen in beeld te brengen, maar ook om verbeteracties in gang te zetten en beleid te ontwikkelen. Met de Argus dataset worden vrijheidsbeperkende interventies per instelling geregistreerd. Een voorwaarde voor het verkrijgen van projectgelden in 2011 was het werken met de Argus dataset.
In dit hoofdstuk zijn de gegevens van **55** in plaats van 54 instellingen meegenomen. De reden hiervoor is dat Medisch Spectrum Twente alleen projectgelden heeft ontvangen voor implementatie van Argusregistratie en hierover gerapporteerd heeft.

3.1. Argus, cliënten en afdelingen

VRAAG	5	Wordt er in uw instelling gebruik gemaakt van ARGUS voor registratie van dwang en drang?	[ ] JA [ ] NEE → op welke andere wijze vindt registratie plaats? [ ] ander systeem, namelijk: [ ] registratie is in ontwikkeling [ ] er vindt geen registratie plaats
	6	Van welke cliëntenpopulatie worden gegevens geregistreerd?	[ ] Alle cliënten waarbij vrijheidsbeperking is toegepast [ ] Geselecteerde groep, namelijk: [ ] Niet van toepassing
	7	Richt het project zich op alle afdelingen waar dwangmiddelen worden toegepast?	[ ] Ja [ ] Nee Op welke afdelingen is dit wel aan de orde?: Op welke afdelingen is dit niet aan de orde?:

54 van de 55 instellingen (98%) gebruiken de Argus dataset voor registratie van dwangtoepassingen. In overleg met GGZ Nederland gebruikt 1 instelling het MITS-registratiesysteem (Monitor Informatiesysteem Ter beschikking Stelling) en bij 1 instelling is de Argus-registratie in ontwikkeling.

4 instellingen hebben specifiek aangegeven dat de Argus dataset onvoldoende geschikt voor registratie van vrijheidsbeperkende interventies bij de doelgroep jeugd, waarbij 1 instelling aangeeft dat zij voor deze doelgroep een aparte registratie bijhouden.

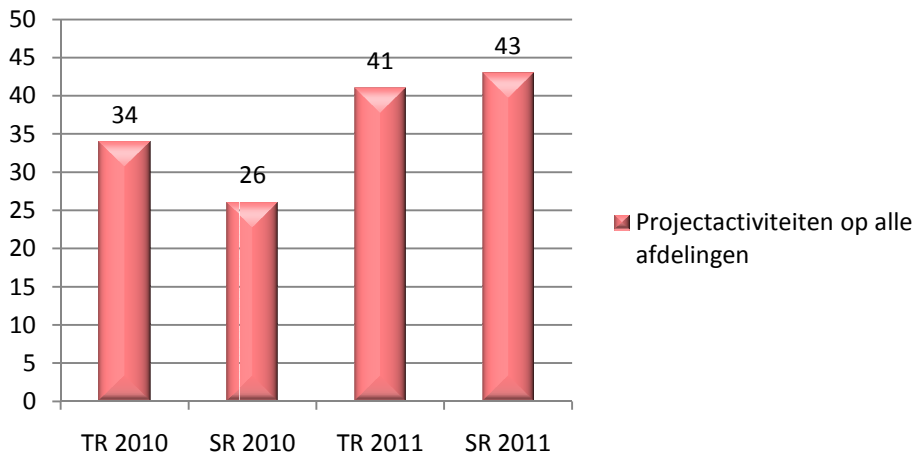
Ook is gevraagd van welke cliëntenpopulatie de gegevens geregistreerd worden. Hierbij geven 52 (95%) instellingen aan dat gegevens van alle cliënten waarbij vrijheidsbeperking wordt toegepast geregistreerd worden. Een drietal instellingen doet dit voor een specifieke afdeling of geselecteerde groep cliënten.

Van belang om te weten is of de activiteiten van instellingen zich richten op alle afdelingen of dat er sprake is van geselecteerde afdelingen (projectafdelingen). 43 (78%) instellingen geven aan dat alle afdelingen betrokken zijn bij de activiteiten, terwijl 12 (22%) instellingen specifieke afdelingen benoemen. Denk hierbij aan gesloten afdeling, IC-afdeling of klinische/opname-afdeling. Deze groep is mogelijk vertekend, omdat een 4-tal PAAZ afdelingen aangeven dat zij als enige afdeling van het ziekenhuis waartoe zij behoren, activiteiten ontplooien gericht op het verminderen van dwang en drang. Het lijkt logisch dat dit geldt voor alle 17 PAAZ-afdelingen, alleen hebben de overige 13 dit niet specifiek benoemd.

Er is een lichte stijging te zien ten opzichte van 2010. Het lijkt er op dat in 2011 meer instellingen projectactiviteiten op alle afdelingen ontplooien in plaats van op een aantal

‘projectafdelingen’. Gaven de helft van de instellingen bij de slotrapportage 2010 aan dat de activiteiten zich richten op alle afdelingen, bij deze slotrapportage 2011 is dat ruim driekwart. Dit beeld is mogelijk vertekend door het gerichter vragen in 2011 middels het rapportageformat.

Figuur 1. Projectactiviteiten op alle afdelingen in 2010 en 2011



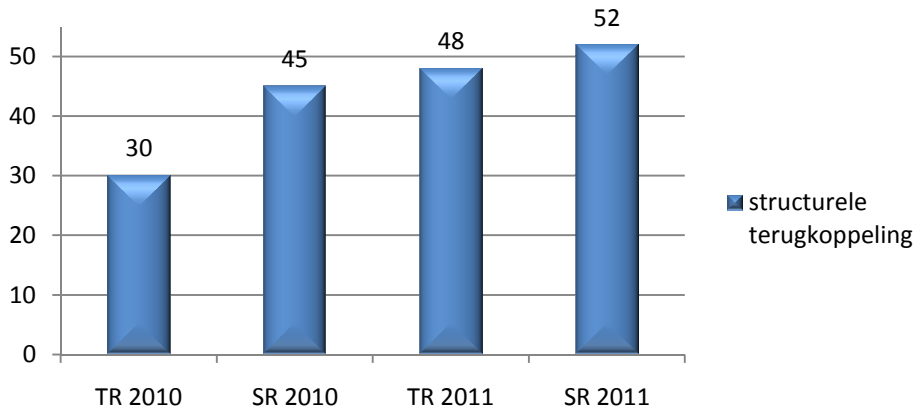
3.2. Structurele terugkoppeling

VRAAG	8 Vindt er in uw instelling structurele terugkoppeling van gegevens plaats?	[ ] Ja [ ] Nee, waarom niet: [ ] Er wordt incidenteel teruggekoppeld

Van de 55 instellingen verzorgen er 52 een periodieke terugkoppeling (95%). Dit is een lichte stijging ten opzichte van de tussenrapportages 2011, waarbij 48 instellingen (89%) een structurele terugkoppeling verzorgden. Bij 3 instellingen is er sprake van EEENincidentele terugkoppeling.

Ten opzichten van de rapportages van 2010 is er sprake van een toename van het aantal instellingen wat een structurele terugkoppeling verzorgt (bij de tussenrapportages 2010 werd dit door 30 instellingen aangegeven en bij de slotrapportages door 45 instellingen).

Figuur 2. Structurele terugkoppeling in 2010 en 2011



3.3. Doelgroepen voor terugkoppeling

Bij alle 55 instellingen, ongeacht structurele (52) of incidentele (3) terugkoppeling, is gekeken voor welke doelgroepen een terugkoppeling wordt verzorgd.

VRAAG	9 Aan welke doelgroep en met welke frequentie vindt terugkoppeling plaats?

Doelgroep:	Jaar	Half jaar	Kwartaal	2 maand	Maand	Week	anders
Raad van Bestuur							
Directie							
Geneesheer directeur							
Projectorganisatie							
Stafafdeling:							
Cliëntenraad							
Familieraad							
M&M-commissie							
Psychiaters							
Artsen							
Management							
Teamleiders							
Aandachtsfunctionaris							
Medewerkers op afdeling							
Overig:							

Bij alle afzonderlijke doelgroepen is een lichte stijging waarneembaar bij de structurele terugkoppeling (ten opzichte van voorgaande rapportages). Duidelijk is dat er een brede terugkoppeling wordt verzorgd aan betrokken doelgroepen (tabel 3).

Tabel 3. Doelgroepen (n=55)*

	n	%
Raad van Bestuur	50	91%
Directie	43	78%
Geneesheer-directeur	50	91%
Projectorganisatie	48	87%
Stafafdeling	32	58%
Cliëntenraad	41	75%
Familieraad	21	38%
M of M commissie	40	73%
Psychiaters	52	95%
Artsen	47	85%
Management	54	98%
Teamleiders	45	82%
Aandachtsfunctionaris	44	80%
Medewerkers op de afdeling	49	89%
Overig (zorgkantoor, IGZ, RvT, Stuurgroep, jongerenraad, commissie)	8	15%

*meerdere antwoorden mogelijk

3.4. Frequentie van terugkoppeling

Er is een grote diversiteit in frequentie van terugkoppeling van cijfermatige gegevens bij de 55 instellingen. De meeste instellingen verzorgen op meerdere momenten een terugkoppeling, veelal afhankelijk van de doelgroep. Uit de verslagen blijkt ook dat dit op maat binnen de instelling wordt ingeregeld en waar mogelijk gekoppeld aan bestaande rapportages en overlegstructuren.

Tabel 4. Frequentie (n=55)*

	n	%
Jaarlijks	25	45%
Per half jaar	28	51%
Per kwartaal	39	71%
Per twee maanden	8	15%
Per maand	29	53%
Per week	20	36%
Anders	16	29%

*meerdere antwoorden mogelijk

Van de 16 instellingen die aangeven dat zij een andere terugkoppelingsfrequentie hanteren, geven er 5 specifiek aan dat gegevens dagelijks ('on demand') uit de systemen gegenereerd kunnen worden.

De kruistabel die gemaakt kan worden als van alle instellingen de doelgroep en frequentie van terugkoppeling met elkaar in verband wordt gebracht, ziet er als volgt uit:

Tabel 5. Totaaloverzicht doelgroep en frequentie (n=55)*

	Jaar	Halfjaar	Kwartaal	2 maand	Maand	Week	anders
Raad van Bestuur,	16	12	21	1	6	1	6
Directie	9	9	20	1	9	2	7
Geneesheer-directeur	8	11	19	2	13	5	11
Projectorganisatie	2	7	20	1	14	6	6
Stafafdeling	4	4	18	-	11	-	6
Cliëntenraad	12	13	12	1	1	-	5
Familieraad	6	6	5	-	1	-	4
M of M commissie	5	8	17	4	12	2	7
Psychiaters	4	8	20	3	12	9	7
Artsen	4	7	19	3	11	7	6
Management	5	10	24	3	14	6	9
Teamleiders	1	5	18	1	9	9	6
Aandachtsfunctionaris	2	5	13	1	11	11	8
Medewerkers op de afdeling	5	14	20	3	12	6	11
Overig	3	3	-	-	1	-	3

Deze tabel geeft veel hogere aantallen aan dan de tabellen 5 en 6, omdat instellingen op meerdere momenten aan meerdere doelgroepen rapporteren. De intensiteit van terugkoppelen wordt duidelijk in deze matrix.

Alhoewel de aantallen en verschillen klein zijn, vinden de meeste terugkoppelingen per kwartaal plaats. Wat opvalt, in vergelijking met de tussenrapportages 2011, is dat de intensiteit van terugkoppelen op alle momenten en aan alle doelgroepen licht is toegenomen. Een ander opvallend punt is de toename in de kolom 'anders'. Dit wordt mogelijk verklaard door toenemende mogelijkheden om 'on demand' gegevens uit systemen te halen. Er is dan geen sprake van een terugkoppeling die door een centraal persoon of orgaan gestuurd wordt, maar de eigen verantwoordelijkheid van betrokkenen om, op het moment dat zij willen of is afgesproken, zelf de gegevens uit de systemen opvragen.

3.5. Koppeling Planning & Control cyclus

VRAAG	10 Is er sprake van een koppeling van gegevens van dwangtoepassingen aan de P&C-cyclus van uw organisatie?	[ ] Ja, op welke wijze: [ ] Nee, waarom niet:

Structurele terugkoppeling van gegevens van vrijheidsbeperkende interventies is geen op zichzelf staand iets. Als dit verankerd is aan de Planning&Control cyclus van de organisatie is er sprake van borging. 44 (80%) instellingen geven aan dat er sprake is van een koppeling aan de P&C-cyclus van de organisatie, bij 11 (20%) instellingen is dat (nog) niet het geval. Op de vraag naar de wijze waarop de koppeling met de P&C-cyclus is georganiseerd, is heel wisselend antwoord gegeven:

Tabel 6. Wijze van koppeling aan P&C-cyclus (n=44)*

	n
In jaarplannen, halfjaarlijkse of kwartaalgesprekken en de daaruit volgende verbeterplannen	25
Verspreiding van rapporten met Argus cijfers, terugkoppeling	12
Opname in kwaliteitssysteem (NIAZ, HKZ, audits, PDCA-cyclus)	6
Opname in werkoverleg	6
Via commissie MofM, VMS	5
Onderdeel van stuurinformatie, opname in dashboard	3
Opname in Balanced Score Card	2
Opname in set prestatie- indicatoren IGZ	2
Bespreekpunt in overleg met verzekeraar	1
Opname in functioneringsgesprekken	1

*meerdere antwoorden mogelijk

Van de 11 instellingen die aangaven dat er nog geen sprake was van een koppeling van aan de Planning en Controlcyclus zijn 7 een PAAZ-afdeling. Zij geven aan verbonden te zijn aan de P&C-cyclus van het ziekenhuis.

3.6. Effect van terugkoppeling

VRAAG	11 Kunt u iets zeggen over het effect van terugkoppelen van deze gegevens?	

Men is in de instellingen wel overtuigd van het (positieve) effect van het terugkoppelen van gegevens. Deze vraag is door 53 van de 55 (96%) instellingen beantwoord. Er is 83 keer (door 50 instellingen) een positief effect genoemd en 5 keer (door 3 instellingen) zijn andere geluiden weergegeven.

Tabel 7. Effect van terugkoppelen van (Argus-)gegevens (n=53)*

	n	TR
Bewustwording, aandacht, het 'blijft leven', inzicht	43	33
Op basis van cijfers wordt gestuurd en worden verbeterplannen gemaakt	27	27
Positief effect op medewerkers: enthousiasme, motivatie	12	9
Er wordt beter geregistreerd	1	1
Het is nog te vroeg hier iets over te zeggen	2	3
Aantallen zijn te klein	1	1
Registratiedruk	1	1
Interpretatie Argus lastig	1	1
Moet nog meer aandacht krijgen	0	1
Er vindt nog geen sturing plaats	0	1

*meerdere antwoorden mogelijk

3.7. Zichtbaarheid van cijfers

Het zichtbaar tonen van de cijfers van dwang en drang binnen de instelling kan bijdragen aan bewustwording en aandacht.

VRAAG	12 Worden de cijfers van het aantal en de aard van dwangtoepassingen binnen uw organisatie zichtbaar gemaakt? (bijv. intranet)	[ ] Ja, op welke wijze: [ ] Nee, waarom niet:

Deze vraag was bedoeld om inzage te krijgen in de wijze waarop cijfers binnen de instelling openlijk worden gepresenteerd. De antwoorden zijn echter breder geformuleerd en weergegeven in tabel 8. De vraag is door alle 55 instellingen beantwoord, waarvan er 5 aangaven dat de cijfers van dwangtoepassingen (nog) niet zichtbaar worden gemaakt. Bij 5 instellingen was het antwoord onduidelijk.

Tabel 8. Wijze waarop cijfers zichtbaar worden gemaakt (n=45)*

	n	TR
Cijfers en grafieken in een verslag, bespreking hiervan in diverse overleggen	30	27
Terugkoppeling in kwartaalrapporten, jaardocumenten, managementinformatie	12	13
Publicatie op Intranet	11	6
Ophangen op centrale plaats (bv verpleegpost)	2	2
Presentatie gegeven	5	3
Openlijk vindbaar voor betrokkenen in de systemen (op de server, in bestanden in pc)	6	3
Via een MofM-melding of –commissie	3	2
In personeelsblad	2	1

*meerdere antwoorden mogelijk

De redenen die werden genoemd om de cijfers niet zichtbaar te maken:
- “het heeft amper enig belang” (een PAAZ-afdeling);
- Het is verder niet relevant voor het ziekenhuis (twee PAAZ-afdelingen);
- Prioriteit ligt eerst bij terugkoppeling naar direct betrokkenen en management;
- In 2011 nog niet gerealiseerd; vanaf 2012 wel.

3.8. Knelpunten bij registratie

VRAAG	13 Welke knelpunten ervaart u bij registratie van dwangtoepassingen?	

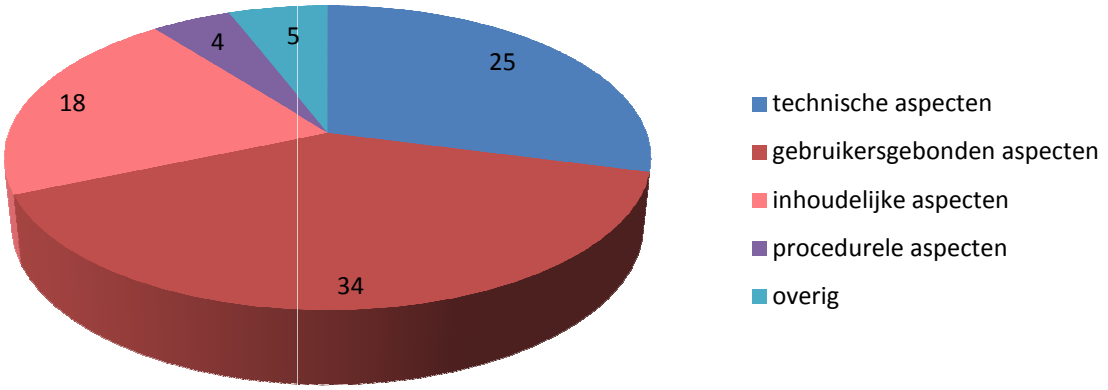
Registratie verloopt niet altijd vlekkeloos. Zeker niet in een startfase of bij overstap naar andere systemen. Aan de 55 instellingen is gevraagd welke knelpunten zij ervaren bij de registratie van dwangtoepassingen. 47 instellingen (85%) gaven knelpunten aan en 8 (15%) instellingen gaven aan dat zij geen knelpunten ervaren. Er wordt een veelheid aan knelpunten weergegeven (tabel 9).

Tabel 9. Knelpunten bij registratie (n=48)*

	n	TR		n	TR
Registratie in verschillende systemen	7	8	Technische aspecten	25	24
Overstap naar nieuw systeem, kinderziektes	2	2			
Handmatige registratie, op papier, eigen excel	5	6			
Overige softwareproblemen (gebruiksonvriendelijkheid)	11	8			
Registratietrouw, onvolledige registratie	15	14	Gebruikersgebonden aspecten	34	26
Tijdsintensief, hoge werkdruk, administratielast	10	8			
Onvoldoende kennis en kunde (registratiehandleiding, juridische kennis)	8	4			
weerstand	1				
Definities niet altijd duidelijk	7	8	Inhoudelijke aspecten	18	20
Problemen met vergelijkbaarheid van items (episodes/dagen, uren/dagen) en interpretatie	6	5			
Ontbreken van goede registratie van dwangtoepassingen bij kinderen tot 12 jaar	4	4			
Specifieke knelpunten en onduidelijkheden rondom het registreren van afzonderlijke items	1	3			
Knelpunten ten aanzien van procedure: invoer, verwerken en output	4	5	Procedurele aspecten	4	5
Kartrekkers nodig	1	1	Overige	2	2
personeelsverloop	1	1			
Twijfel aan betrouwbaarheid van gegevens	3	4		3	4

*meerdere antwoorden mogelijk

Figuur 3. Knelpunten bij registratie in hoofdgroepen



Een van de knelpunten is dat medewerkers registreren in verschillende systemen en dat er niet altijd sprake is van een koppeling. Om een voorbeeld te geven: cliëntgegevens worden geregistreerd in het EPD, er is een aparte incidentregistratie en Argusgegevens worden in weer een ander systeem geregistreerd. Ook het overstappen naar een nieuw systeem of handmatige registratie, brengen knelpunten met zich mee.
Goede registratie is daarnaast ook volledig afhankelijk van een goede en volledige invoer bij de bron: bij de gebruiker van de systemen.

De knelpunten kunnen grofweg verdeeld worden over 4 categorieën (zie tabel 9 en figuur 3), die onderling met elkaar samenhangen, maar waarbij alle knelpunten leiden tot eenzelfde zorgpunt, namelijk twijfels aan de betrouwbaarheid van de gegevens.

Los van deze specifieke knelpunten geven instellingen aan dat het vergelijken van Argus gegevens over meerdere jaren niet goed mogelijk is, omdat er vele aanpassingen zijn gedaan om de registratie en systematiek te verbeteren. Zo zijn bijvoorbeeld meerdere afdelingen gedurende de tijd gaan registreren en wordt personeel geïnstrueerd ten aanzien van een juiste wijze van registratie. Beide aspecten (kunnen) leiden tot meer registratie, terwijl dit juist niet hoeft te betekenen dat er ook daadwerkelijk meer dwang en drang is toegepast. Bij de landelijke Argus benchmark wordt voor dit aspect gecorrigeerd door rekening te houden met die bedden waar Argus naar de optiek van de projectleiders goed is geïmplementeerd.
Wat wel duidelijk wordt, is dat er al met al vele stappen in de goede richting zijn gezet om de processen rondom registratie te verbeteren.

HOOFDSTUK 4. ONTWIKKELINGEN EN TRENDS

In dit hoofdstuk worden de cijfermatige gegevens weergegeven zoals door de instellingen zijn aangeleverd. Het gaat hier om gegevens van:

- Aantallen gesepareerde cliënten;
- Aantallen separeer- en afzonderingsruimtes;
- Aantallen vrijheidsbeperkende interventies.

Deze gegevens werden gevraagd over de jaren 2010 en 2011.

Alle instellingen hebben deze vraag beantwoord. Voor 1 instelling geldt dat zij geen separeers hebben. Verder geeft een fusie-instelling aan (zij hebben de stand van zaken voor iedere locatie afzonderlijk gerapporteerd) dat de Arguscijfers op instellingsniveau worden weergegeven. In dit hoofdstuk wordt deze instelling als 1 instelling meegeteld. Alle in dit hoofdstuk vermeldde gegevens zijn gebaseerd op informatie uit 53 instellingen.

4.1. Gesepareerde cliënten

Aan alle instellingen is gevraagd om het aantal cliënten te vermelden, dat in 2011 gesepareerd is op afdelingen waar het project aan de orde was.

VRAAG		
	14 Geef het aantal cliënten in 2011 aan dat is gesepareerd binnen de afdelingen waar het project aan de orde was	
	15 Geef de duur van de separatie van deze cliënten (vraag 14) aan.	

Duur	Aantal
Minder dan 1 week	
Tussen 1 en 2 weken	
Tussen 2 weken en een maand	
Tussen 1 maand en 3 maanden	
Meer dan 3 maanden	
Totaal	

4 van de 53 instellingen hebben deze vraag niet ingevuld. 1 instelling geeft aan dat zij vanaf 1 april deze gegevens beschikbaar hebben. Als we deze gegevens meenemen dan geven 49 instellingen aan dat zij gezamenlijk 4779 cliënten gesepareerd hebben in 2011. Dit aantal is echter niet volledig betrouwbaar, aangezien het niet duidelijk of het gaat om het totaal aantal cliënten wat gesepareerd is of het totaal aantal unieke cliënten. In de vraagstelling is dit onderscheid niet gemaakt.

Nieuw in de slotrapportage 2011 was de vraag naar de duur van de separaties van deze cliënten (vraag 15). Deze vraag is door de instellingen op meerdere manieren beantwoord.

- 1 instelling heeft gerapporteerd over andere termijnen dan werd gevraagd;
- 1 instelling geeft het antwoord in een totaal aantal uren aan(en niet het aantal separaties);
- 3 instellingen hebben geen onderscheid gemaakt tussen het aantal unieke cliënten (vraag 14) en het aantal separaties (vraag 15). Immers, een cliënt kan meerdere separaties ondergaan. En in de aangeleverde cijfers valt op dat 12 instellingen bij vraag 14 en 15 hetzelfde antwoord hebben gegeven. Dit kan er op duiden dat zij geen onderscheid hebben gemaakt tussen ‘aantal cliënten’ en ‘aantal separaties’;

- 3 instellingen hebben de vraag niet beantwoord.

De opgegeven aantallen separaties, uitgesplitst naar duur van separatie, zijn van 45 instellingen weergegeven in tabel 10.

Tabel 10. Aantal separaties uitgesplitst naar duur (n=45)

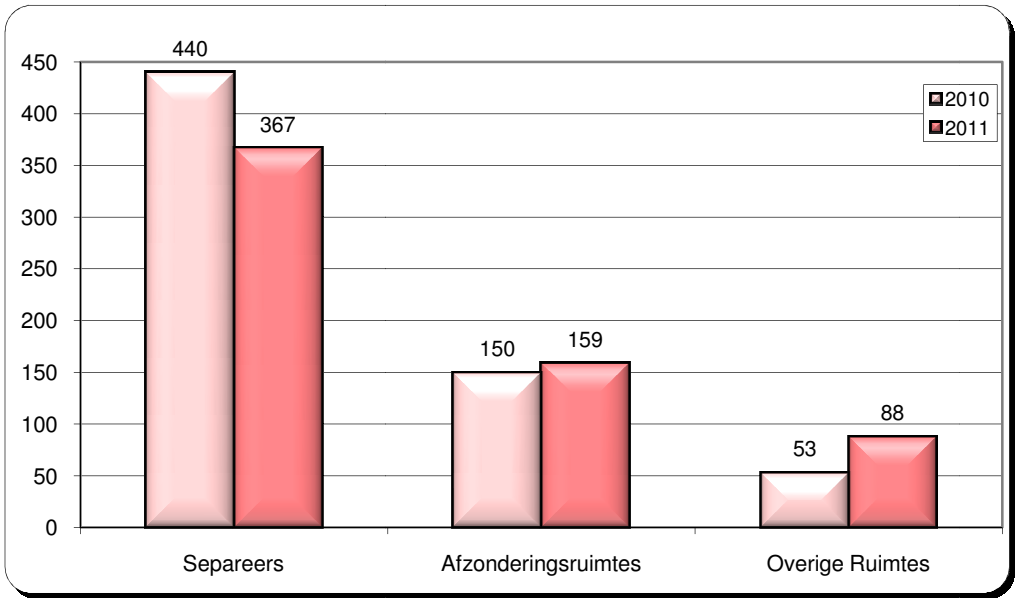
Duur	n
Minder dan 1 week	5695
Tussen 1 en 2 weken	361
Tussen 2 weken en een maand	202
Tussen 1 maand en 3 maanden	72
Meer dan 3 maanden	17

4.2. Aanwezigheid separeer- en afzonderingsruimtes

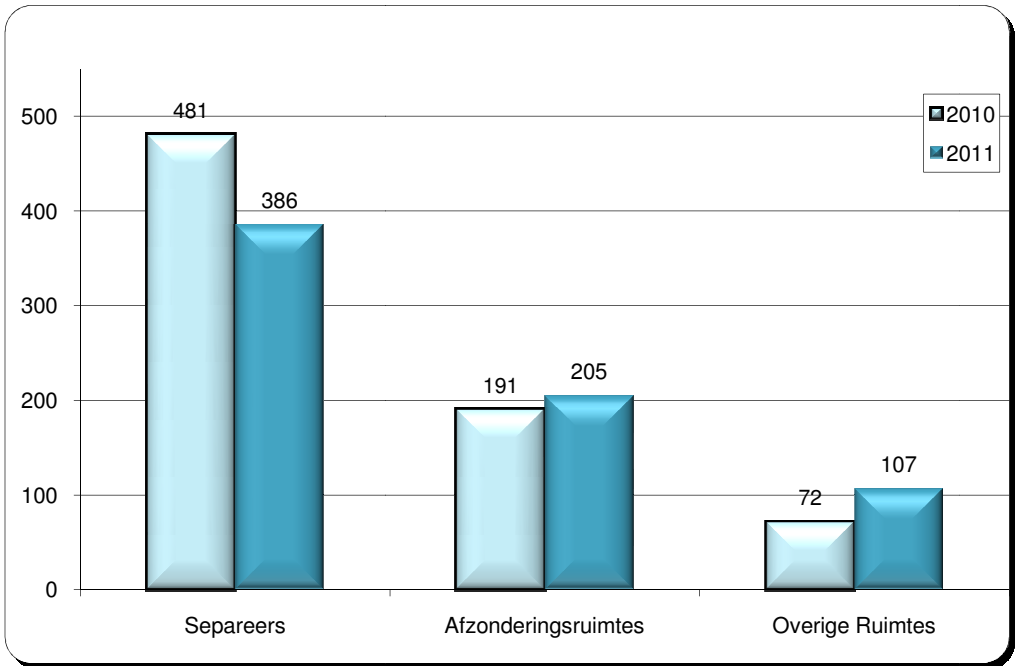
Om in kaart te brengen of er wijzigingen plaats vinden in de aantallen separeerruimtes en ruimtes voor afzondering en zo ja welke, is aan alle instellingen gevraagd om aan te geven:
- Het aantal separeerruimtes in 2010 en 2011;
- Het aantal afzonderingsruimtes in 2010 en 2011;
- Het aantal andere mogelijkheden/ruimtes voor afzondering in 2010 en 2011.

Hierbij werd door 8 instellingen onderscheid gemaakt tussen projectafdelingen en de gehele instelling.
Door 4 andere instellingen werd slechts de helft van de vraag beantwoord: de aantallen van de projectafdelingen werden doorgegeven of de aantallen van de gehele instelling. 2 instellingen hebben in plaats van een getal 'ja' ingevuld en 2 instellingen hebben geen de vraag niet beantwoord. Van 45 instellingen zijn de gegevens compleet (85% (tussenrapportage 79%).
In onderstaande 2 grafieken zijn alle aangeleverde en bruikbare gegevens verwerkt.

Figuur 4. Ruimtes voor separatie & afzondering – projectafdelingen (n=49)



Figuur 5. Ruimtes voor separatie &* afzondering – gehele instelling (n=49)



49 instellingen gaven aan dat er in 2010 gezamenlijk 481 separeerruimtes in de gehele instelling waren en 386 in 2011 (tweede grafiek). Dit is een daling van 20% (in de tussenrapportages werd een daling van 7,4% geconstateerd). 22 instellingen hebben in 2011 minder separeerruimtes dan in 2010. Geen enkele instelling meldt een stijging van het aantal separeerruimtes.

Het aantal afzonderingsruimtes en overige ruimtes voor afzonderen op instellingsniveau is daarentegen gestegen met respectievelijk 7% en 49%. Uit de aangeleverde gegevens is niet af te leiden of er een verschuiving heeft plaatsgevonden en separeers zijn omgebouwd tot ruimtes voor afzondering.
Wel opvallend is het grote verschil met de tussenrapportages waarbij een stijging van 30% bij het aantal afzonderingsruimtes werd geconstateerd. Dit verschil heeft voor een deel te maken met het completer aanleveren van gegevens.

4.3. Trend dwangtoepassingen 2010-2011

Aan de instellingen is gevraagd de volgende gegevens aan te leveren (zie voor de volledige vragenlijst bijlage 2):

VRAAG	17	Geef het aantal vrijheidsbeperkende interventies aan voor de afdelingen waar het project aan de orde was en voor de gehele instelling in 2010 en 2011. Geef aan of er sprake is van een toe- of afname.
	18	Geef een toelichting op en verklaring voor de veranderingen (toe- of afname) in 2011 ten opzichte van 2010.

Project:		2010	2011	Afname/toename %
Separaties	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Afzonderingen	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Fixaties	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Dwangmedicatie	Aantal			
Vocht & voeding	Aantal			

Gehele instelling:		2010	2011	Afname/toename %
Separaties	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Afzonderingen	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Fixaties	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Dwangmedicatie	Aantal			
Vocht & voeding	Aantal			

Per item is de respons wisselend (zie tabel 11). Ook zijn er een aantal aspecten die van invloed zijn op de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de gegevens:

- Bij de aantallen separaties en afzonderingen heeft 1 instelling het aantal episodes vermeld;
- Bij de duur van separaties en afzonderingen heeft 1 instelling de gemiddelde duur weergegeven in plaats van de totale duur in uren;
- 1 instelling heeft de cijfers van 2011 zelf geëxtrapoleerd naar een heel jaar;

Daarnaast hebben instellingen zelf kanttekeningen geplaatst bij de betrouwbaarheid van de gegevens. De aantallen zelf zijn in dit verslag ook minder van belang, betrouwbare cijfers worden immers gegenereerd door het Argus casusregister. Wel van belang zijn de trends op het gebied van aantallen vrijheidsbeperkende interventies die door de instellingen worden geregistreerd en ervaren.

Tabel 11. Trends

	Respons (n)	Trend	n	%	TR
Aantal gestarte separaties	48 (91% van totaal) (TR 85%)	Daling	26	49%	31%
		Stijging	20	38%	52%
		Gelijk	0	0%	0%
		0 of n.v.t.	2	4%	2%
		Niet bekend	5	9%	15%
Duur separaties in uren	46 (87% van totaal) (TR74%)	Daling	29	55%	41%
		Stijging	15	28%	33%
		Gelijk	0	0%	0%
		0 of n.v.t.	2	4%	0%
		Niet bekend	7	13%	26%
Aantal gestarte afzonderingen	42 (79% van totaal) (TR 80%)	Daling	14	26%	26%
		Stijging	12	23%	28%
		Gelijk	2	4%	2%
		0 of n.v.t.	14	26%	24%
		Niet bekend	11	21%	20%
Duur afzonderingen in uren	37 (70% van totaal) (TR 65%)	Daling	16	30%	26%
		Stijging	10	19%	22%
		Gelijk	0	0%	0%
		0 of n.v.t.	11	21%	17%
		Niet bekend	16	30%	35%
Aantal gestarte fixaties	42 (79% van totaal) (TR 78%)	Daling	13	25%	20%
		Stijging	14	26%	26%
		Gelijk	3	6%	9%
		0 of n.v.t.	12	23%	22%
		Niet bekend	11	21%	22%
Duur fixaties in uren	34 (64% van totaal) (TR 57%)	Daling	12	23%	22%
		Stijging	12	23%	24%
		Gelijk	1	2%	0%
		0 of n.v.t.	9	17%	11%
		Niet bekend	19	36%	43%
Dwangmedicatie	41 (77% van totaal) (TR 74%)	Daling	19	36%	35%
		Stijging	13	25%	26%
		Gelijk	4	8%	2%
		0 of n.v.t.	5	9%	11%
		Niet bekend	12	23%	26%
Vocht en voeding	35 (66% van totaal) (TR 57%)	Daling	4	8%	7%
		Stijging	8	15%	15%
		Gelijk	1	2%	0%
		0 of n.v.t.	22	42%	35%
		Niet bekend	18	34%	43%

De aantallen vermeld in kolom ‘n’ zijn de instellingen die zowel van 2010 als 2011 gegevens hebben aangeleverd. Daarnaast zijn er een aantal instellingen (opgenomen onder ‘niet bekend’) die wel gegevens van 2011 hebben aangeleverd, maar niet van 2010. Deze gegevens zijn verder niet verwerkt, omdat hiermee geen trend aangegeven kan worden.

Ten opzichte van de tussenrapportages (waarbij de gegevens van de eerste 9 maanden van 2011 werden geëxtrapoleerd) geven meer instellingen aan dat zij een dalende lijn zien bij het aantal en de duur van separaties. Bij de tussenrapportages gaf 31% van de instellingen een dalende lijn van het aantal separaties aan; bij de slotrapportage is dat 49%. Bij de slotrapportage geeft ook 55% van de instellingen aan dat de duur van separaties is verminderd, ten opzichte van 41% bij de tussenrapportages. In lichtere mate is dit ook te zien bij de overige vrijheidsbeperkende interventies.

Deze stijging wordt voor een deel verklaard, doordat instellingen meer en beter gegevens hebben aangeleverd.

Alle instellingen hebben een toelichting bij de cijfers geschreven en een verklaring aangeleverd voor de veranderingen in 2011 ten opzichte van 2010. Hier is een veelheid en diversiteit van elementen genoemd, die bij kunnen dragen aan een verklaring voor een toe- of afname van dwang en drang:

Toename dwang en drang door:

- cliëntfactoren: uitschieters, separeerintensieve cliënten, grote diversiteit cliënten (23) (TR 21)
- registratie-effect: start registratie, registratietoename, toename van aantal registrerende afdelingen, foutieve registratie, betere registratie (25) (TR 9)
- nieuwe afdeling zorgt voor toename van cliënten (1) (TR 4)
- gastplaatsingen van andere instellingen (3) (TR 4)
- verbouwing/verhuizing (met bijbehorende onrust) binnen de instelling (4) (TR 3)
- door het sluiten van bedden of separeers bij collega-instelling, vindt verschuiving plaats (1) (TR 2)
- reorganisatie (inhoudelijk, organisatorisch, bestuurlijk) (1) (TR 2)
- toename dwangmedicatie door beleidskeuze (1) (TR 1)
- ontbreken van alternatieve ruimtes, zoals een comfortroom of afzonderingsruimte (1) (TR 1)
- stijging fixatie door veranderd beleid verpleeghuizen (1) (TR 1)
- stijging fixatie vanuit veiligheidsoverwegingen (1)
- meer fixatie (holding) als alternatief voor separatie (1)
- toename agressie (1)
- personeel heeft gehandeld uit angst (1)

Daling van dwang en drang door:

- Inzet van diverse interventies en alternatieven (18) (TR 7)
- Cultuurverandering, bewustwording (6) (TR 5)
- Sluiting van separeer- en afzonderingsruimtes, waardoor inzet van alternatieven noodzakelijk wordt (1) (TR 1)
- Cliëntfactoren: minder problematische casuïstiek (1) (TR 1)
- Beleid gericht op verminderen van tijdsduur dwang en drang (1) (TR 1)
- Duidelijke definities voor registratie (2)
- Verhuizing van cliënt (naar appartement of andere instelling) (2)
- Inzet consultatieteam (1)

Overige opmerkingen:

- Cijfers zijn mogelijk niet betrouwbaar, niet vergelijkbaar (13) (TR 11)
- Dwang en drang komt nauwelijks voor, kleine aantallen (2) (TR 3)
- Aantal cliënten en situaties niet meenomen in registratie (1) (TR 2)
- Periodieke terugkoppeling is goede feedback voor bijstelling van beleid (2) (TR 2)
- IC-afdeling moet uitkomst bieden om dwang en drang verder terug te dringen (1) (TR 1)
- Onderling vergelijken met andere KJP-instellingen kan nog niet (1) (TR 1)
- Fusie geeft vertekend beeld van de cijfers (1)

HOOFDSTUK 5. SUCCESFACTOREN EN KNELPUNTEN

Aan alle instellingen is gevraagd om succesfactoren en knelpunten aan te geven die worden ervaren bij de onderdelen:

1. Organisatie en structuur
2. Meten is weten
3. Cliënt en zorg centraal
4. Structurele evaluatie
5. Bouwkundige voorzieningen
6. Randvoorwaarden
7. Overige succesfactoren en knelpunten

De gegeven antwoorden zijn zeer wisselend qua omvang, variërend van een enkele succesfactor tot een uitputtende lijst. Opvallend is dat er altijd ongeveer twee keer zoveel succesfactoren als knelpunten per onderdeel worden genoemd.

Er zijn altijd meerdere factoren die gezamenlijk de mate van succes bepalen. Er is niet één expliciete succesfactor aanwijsbaar voor het reduceren van dwang en drang. Wel zijn er zowel bij de succesfactoren als bij de knelpunten vele overeenkomsten binnen instellingen te benoemen. Deze zijn in de volgende paragrafen weergegeven.

In de tabellen die zijn opgenomen staan alle genoemde factoren vermeld. Het komt echter voor dat een instelling meerdere succesfactoren heeft benoemd, daarom is in de toelichting opgenomen voor welk deel van de instellingen de succesfactoren en knelpunten van toepassing zijn.

5.1. Organisatie en structuur

VRAAG	19 Welke succesfactoren hebben in uw organisatie bijgedragen aan reductie van dwang en drang op het gebied van **Organisatie en Structuur**? (voorbeelden zijn: combinatie topdown en bottom-up, aanwezigheid kartrekker(s), borging in lijnorganisatie, betrokkenheid binnen organisatie, visie en doelstellingen, leiderschap, overlegstructuur, projectorganisatie, enz.) En welke knelpunten werken hierbij belemmerend? (voorbeelden zijn: organisatorische problemen, onvoldoende borging/verankering, onvoldoende betrokkenheid, onvoldoende visie/doelen, personele knelpunten, enz.)	Succesfactoren: Knelpunten:

Duidelijk is dat inbedding van de aandacht voor en activiteiten in het kader van het terugdringen van dwang en drang in de organisatiestructuur noodzakelijk en effectief is. Alle

instellingen (n=54, 100%) hebben hierbij succesfactoren (n=263) (TR n=245) en knelpunten (n=172) (TR n=161) genoemd.

Succesfactoren

Organisatiestructuur
Bij het verwerken van de succesfactoren op het gebied van de organisatiestructuur van de instelling valt op dat de ene instelling kiest voor een projectmatige aanpak en deze als succesfactor bestempeld (n=17 instellingen), terwijl andere instellingen aangeven dat de kracht zit in het borgen van reductie van dwang en drang in de lijnorganisatie (n=23 instellingen). Slechts 5 instellingen benoemen een combinatie van beide.
Het onderbrengen van dwang en drang in een vaste overlegstructuur wordt ook door veel instellingen genoemd als positieve factor (n=28). Dit kan gekoppeld zijn aan een bestaand overleg (MD-overleg, casuïstiekbespreking) of een nieuw overleg wat speciaal voor dit onderwerp (blijvend) geïnstalleerd is (stuurgroep, werkgroep).
Bijna de helft van de instellingen geeft aan dat het belangrijk is om beleid, visie en doelstellingen te hebben, die (uit)gedragen worden door de organisatie (n=26).

Samenwerking als stuwende kracht.
9 instellingen geven aan dat een combinatie van topdown en bottom-up aanpak succesvol is bij het verminderen van dwang en drang. Ook goede samenwerking en afstemming tussen betrokken personen binnen een organisatie (vaak de psychiater, aandachtsfunctionaris en leidinggevende) wordt als succesfactor genoemd (n=8).

De kracht van sleutelfiguren en hun betrokkenheid
Het zijn de mensen die het doen. 27 Instellingen benoemen het hebben van kartrekkers (hieronder vallen ook de aandachtsfunctionarissen (door 12 instellingen genoemd)) als succesfactor en geven daarbij aan dat de betrokkenheid, motivatie en enthousiasme van sleutelfiguren en teams cruciaal is (van directeur, medewerkers op de afdeling, psychiaters, leidinggevenden tot cliëntenraad en familieraad; n=51). Gaven bij de tussenrapportage 34 instellingen aan dat dit een succesfactor was, bij deze slotrapportage geven 51 instellingen dit aan (94%). De aanwezigheid en (spil)functie van een projectleider (die tevens een kartrekker kan zijn, wordt door 9 instellingen als succesvol benoemd.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de genoemde elementen die op het gebied van organisatie en structuur kunnen bijdragen aan het reduceren van dwangtoepassingen.

Tabel 12. Succesfactoren organisatie en structuur (n=54)*

	n		
Projectmatige aanpak, projectorganisatie (TR 17)	17	Organisatie	113 TR 114
Borging in de lijnorganisatie, lijn is verantwoordelijk (TR 24)	24		
Aanwezigheid projectleider (TR 10)	9		
Overlegstructuur (TR 29)	28		
Korte lijnen (TR 4)	2		
Beleid, visie, doelstellingen (koppeling aan functioneringsgesprek: 2) (TR 25)	26		
Leiderschap (TR 3)	4		
Communicatie, successen vieren en delen (TR 2)	3		
Combinatie van topdown en bottom-up (TR 9)	9	Mens	95 TR 80
Samenwerking (TR 7)	8		
Kartrekkers (TR 28)	27		
Betrokkenheid, motivatie, enthousiasme van sleutelfiguren (TR 36)	51		
De kracht van cijfers, registeren en terugkoppelen (TR 14)	14	Kennis	32 TR 27
(structurele) scholing, kennis delen, deelname lerend netwerk (TR 13)	18		
Implementeren best practices, alternatieven, zorgprogramma's (TR 15)	16	Overig	23 TR 24
Faciliteiten, middelen, geld (subsidie) (TR 9)	7		

*meerdere antwoorden mogelijk

Knelpunten

Van de 54 instellingen, hebben er 53 knelpunten benoemd, 1 instelling geeft aan dat er geen knelpunten zijn.

De genoemde knelpunten zijn voornamelijk gerelateerd aan organisatorische zaken. Opvallend, maar verklaarbaar, is dat 16 instellingen (30%) (TR 24%) aangeven dat de landelijke bezuinigingsronde een knelpunt is, wat effect heeft op alles wat speelt in de organisatie. Ook reorganisatie (al dan niet als gevolg van bezuinigingen) is een knelpunt. Organisatieveranderingen (vaak ingegeven door bezuinigingen) maken borging van nieuwe methodieken en werkwijzen moeilijk. Personeel (en dus kennis) wordt herplaatst. Motivatie tot blijvende verandering neemt af bij onrust onder medewerkers. Borgingsprocessen zijn juist gebaat bij een langere periode van relatieve stabiliteit.

De helft van de instellingen (bij de tussenrapportages was dit een derde van de instellingen) geeft aan dat het implementeren en borgen van nieuwe werkwijzen en de daarbij behorende focus, aandacht en bewustzijn, een lastig punt is.

Naast organisatorische knelpunten, geven 34 (TR 30) instellingen (63%) samen 64 (TR 49) knelpunten aan op medewerkervlak. Continuïteit van personeel, onvoldoende betrokkenheid en verantwoordelijkheid worden het meest genoemd.

Tabel 13. Knelpunten organisatie en structuur (n=51)*

	n		
Knelpunten t.a.v. implementatie, borging en blijvende aandacht (TR 21)	27	Organisatie	89 TR 73
Bezuinigingen (TR 12)	16		
Reorganisatie (TR 12)	11		
Project- en procesgerelateerde knelpunten (vertraging, startproblemen, te veel tegelijk, omvangrijk) (TR 10)	13		
Knelpunten t.a.v. overlegstructuur (TR 7)	9		
Praktische knelpunten (bouwkundig, facilitering) (TR 5)	5		
Administratiedruk (TR 3)	3		
Leiderschap (TR 2)	3		
Communicatie (TR 1)	2		
Personele problemen (wisseling, onderbezetting) (TR 24)	29	Mens	64 TR 49
Overige medewerkergebonden knelpunten (betrokkenheid, samenwerking, verantwoording nemen, parttimers) (TR 22)	31		
Werkdruk (TR 2)	4		
Registratie en ICT-gerelateerde knelpunten (Argus, koppeling systemen) (TR 9)	10	Kennis	15 TR 14
Onvoldoende scholing, weinig kennis (doordat er weinig DD plaatsvindt (TR 5)	5		
Cliëntgerelateerde knelpunten (moeilijke cliënten, specifieke doelgroep) (TR 2)	2	Overig	4 TR 7
Samenwerking politie (TR 4)	1		
Toename van agressie en gevoel van onveiligheid (TR 1)	1		

*meerdere antwoorden mogelijk

5.2. Meten is weten

Een belangrijke factor voor het welslagen van het terugdringen van dwang en drang is datagestuurd werken, het gebruik maken van cijfers. Hierdoor kan inzicht worden verkregen in de mate van dwang en drang, waardoor een leereffect en mogelijkheid tot (bij)sturing ontstaat.

VRAAG	20 Welke **meetinstrumenten** worden in uw organisatie succesvol ingezet ter vermindering van dwang en drang?	Meetinstrumenten [ ] ARGUS [ ] MITS [ ] SOAS-R [ ] Overig:
	En welke knelpunten zijn hierbij te benoemen? (denk hierbij aan onregelmatige of niet actuele registratie)	Knelpunten:

Aan de instellingen is gevraagd welke meetinstrumenten succesvol zijn ingezet om dwang en drang te verminderen. 51 (96%) instellingen geven aan dat de Argusdataset als succesvol wordt ervaren om vrijheidsbeperkende interventies in kaart te brengen, 2 (4%) instellingen gebruiken MITS en 2 (4%) instellingen hebben geen antwoord gegeven op de vraag, maar wel vermeld dat zij een eigen excelregistratie bijhouden. Een kwart van de instellingen (n=13) geeft aan dat SOAS-R een bijdrage levert aan het verminderen van dwang en drang. Daarnaast geeft bijna de helft van de instellingen aan (n=24) dat zij (ook) andere meetinstrumenten gebruiken:

Tabel 14. Overige succesvol ingezette meetinstrumenten

	Aantal malen genoemd
Instrumenten: risicotaxatie-instrumenten, (onderdelen van de) crisismonitor (BVC, Kennedy, BPRS, SDAS), crisiskaart	13
Methoden: risico-inventarisatie, signaleringsplannen, vroegsignalering, PANNS	6
Registratie van incidenten (VIM, M&M, eigen MIZ, eigen Excel, checklist agressie	7
Overige instrumenten (PCLR, RIMAP, HKT, CMAI, HADS, DOS, asdaQ, HDRS, CGI, ROM)	6
Totaal instellingen	**27**

*meerdere antwoorden/meetinstrumenten per instelling mogelijk

Knelpunten
4 instellingen (7%) geven specifiek aan dat zij geen knelpunten kunnen benoemen ten aanzien van het gebruik van meetinstrumenten. Door 47 (87%) instellingen werden gezamenlijk 95 (TR 83) knelpunten benoemd en 3 instellingen (6%) hebben de vraag niet beantwoord.

De knelpunten bevinden zich voornamelijk op het vlak van de gebruiker, gevolgd door technische knelpunten en inhoudelijke knelpunten. De genoemde knelpunten komen overeen met de knelpunten die genoemd zijn bij registratie van dwangtoepassingen (tabel 9).

Tabel 15. Knelpunten bij in zet meetinstrumenten (n=44)*

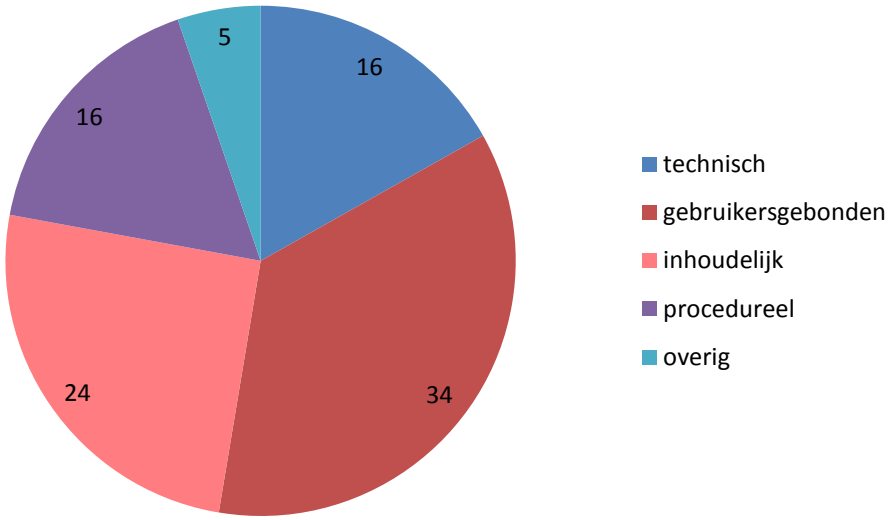
	n		
Ingewikkelde software, trage systemen, geen koppeling (TR 15)	13	Technische aspecten	16 TR 20
Ontbreken van digitaal systeem, handmatige registratie (TR 5)	3		
Registratietrouw, onvolledige registratie (TR 18)	21	Gebruikersgebonden aspecten	38 TR 28
Tijdsintensief, hoge werkdruk, administratielast (TR 4)	7		
Overige gebruikersgebonden aspecten (TR 6)	6		
Onvoldoende kennis, behoefte aan scholing	4		
Problemen met vergelijkbaarheid en interpretatie (TR 7)	8	Inhoudelijke aspecten	24 TR 20
Inhoudelijke knelpunten meetinstrumenten (TR 6)	7		
Fouten uit systemen halen, controle van data (TR 4)	4		
Ontbreken van goede registratie van dwangtoepassingen bij kinderen tot 12 jaar (TR 3)	5		
Knelpunten ten aanzien van procedure: invoer, verwerken en output (TR 7)	13	Procedurele aspecten	16 TR 13
Knelpunten m.b.t. terugkoppeling naar betrokkenen (TR 6)	3		
Twijfel aan betrouwbaarheid van gegevens (TR 2)	1	Overige	1 TR 2

*meerdere antwoorden mogelijk

Ten opzichte van de tussenrapportage is er een afname te zien bij de technische aspecten, maar een toename bij de overige aspecten.

Vrijwel alle knelpunten hebben invloed op de betrouwbaarheid van gegevens. Het is niet duidelijk in welke omvang dit het geval is.

Figuur 6. Knelpunten meetinstrumenten



5.3. Cliënt en zorg centraal

De afgelopen jaren zijn er vele interventies, best practices en alternatieven in de directe patiëntenzorg ingezet, om het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies te verminderen.

VRAAG	21 Welke succesfactoren hebben in uw organisatie bijgedragen aan reductie van dwang en drang op het gebied van **cliëntgerichte zorg**? (voorbeelden zijn: gastvrije zorg, engagement, best practices (welke?), ervaringsdeskundigen, familieparticipatie, rooming in, dagprogramma cliënten, alternatieven voor separatie, scholing en training personeel, enz.) En welke knelpunten zijn hierbij te benoemen?	Succesfactoren: Knelpunten:

Maar liefst 339 (TR 305) succesfactoren zijn door de 54 instellingen benoemd, aangevuld met 104 (TR 83) knelpunten door 49 instellingen (91%); 5 instellingen hebben geen knelpunten benoemd.

Ter vergelijking: bij de slotrapportages 2010 werden 62 geborgde succesfactoren aangegeven en 3 knelpunten; een forse ‘stijging’ van het aantal genoemde elementen in de rapportages van 2011.

Tabel 16. Succesfactoren cliëntgerichte interventies

	Aantal malen genoemd
Structurele scholing (TR 40)	45
Betrekken familie en naasten, rooming in (TR 35)	39
intensivering of aanpassing dagbesteding (TR 30)	33
Gastvrije zorg (TR 31)	32
Ruimtelijke en facilitaire aanpassingen (zie ook 5.5) (TR 25)	27
Inzet ervaringsdeskundige(n) (TR 22)	23
Beleid bij binnenkomst, eerste vijf minuten (TR 19)	20
Procesgerichte verbeteringen (1) - Eerst kijken naar alternatieven (11) (TR 7) - besluitvorming tot separeren/DD (3) - toolkit als hulpmiddel (1) - versnellen behandelopties (1) - stappenplan, richtlijnen (3)	20
Het inzetten van meetinstrumenten, vroegsignalering, audits, meting door cliëntenraad (TR 17)	18
Personee/teamgebonden items (Inzet ATAS (2), vrijwilligers (2), bewust team (3) (TR 1), overleg (2) (TR 1), coaching (1), communicatie (2) (TR 1), uitwisseling verpleegkundigen (1), werken met EVV-ers (2)	15
Intensieve cliëntbegeleiding (1-op-1, meer verpleegkundigen op groep, high care) (TR 15)	14
Evaluatie van dwang en drang (zie ook 5.4) (TR 8)	9
Algemene visie en werkwijzen ten aanzien van cliëntgerichte zorg (herstelondersteunende zorg, de-escalerend werken, alternatieven) (TR 8)	7
Samenwerking (ambulant-klinisch, verwijzers) (TR 6)	7
Participatie cliënt/cliëntenraad (TR 5)	5
Gesprekstechnieken (TR 3)	4
Bezoek van anderen (IGZ, bestuur, mystery guest) (TR 3)	3
Symposium, kennisdag, kennis personeel (TR 3)	3
Consultatieteam (TR 2)	2
Diversen (dieren, fixatieproject, aanpassing werktijden, vrije bezoektijden, innovatie, casereport Bopz, folder cliënt, medicatiebeleid, welkomstpakket) (TR 8)	13
Totaal instellingen	**54**

*meerdere antwoorden mogelijk

Ruim 83% van de instellingen (n=45) benoemd structurele scholing van personeel als succesfactor. De scholing is gevarieerd van inhoud, passend bij de aanpak in de instellingen; veelal is ‘gastvrijheid’ het uitgangspunt.

Door middel van gastvrije zorg wordt een klimaat gecreëerd waarin cliënten en medewerkers zich op een prettige en professionele manier bejegend voelen. 32 instellingen (59%) (TR 56%) geven aan dat deze werkwijze bijdraagt aan het verminderen van dwang en drang.

Het betrekken van familie en naasten bij de behandeling wordt door meer dan de helft van de instellingen (53%) (TR 49%) als succesfactor aangemerkt. Hier wordt op verschillende manieren invulling aan gegeven. Denk hierbij, naast betrokkenheid bij de ‘eigen’ cliënt en rooming in, aan participatie in werkgroepen en deelname aan de familieraad.

Het dagprogramma van cliënten, waarbij een goede en zinvolle dagbesteding cruciaal is, is een belangrijke succesfactor. Er zijn 23 instellingen (43%) (TR 40%) die dit genoemd hebben. Er is veel variatie in de inhoud van de dagbesteding: sport (fitness, runningtherapie), muziek, spel en mindfullness zijn de specifieke elementen die door instellingen zijn aangegeven.

Ook wordt aangegeven dat praktische aanpassingen op de afdeling (gebruik rustruimtes, comfortroom, bedgordijn, internet en sfeer op de afdeling) bijdragen aan het verminderen van dwang en drang. De uitwerking van de succesfactoren en knelpunten ten aanzien van gebouw en ruimte staan beschreven in paragraaf 5.5.

De inzet van ervaringsdeskundigen is bij 23 instellingen (43%) (TR 42%) van wezenlijk belang. Zij vervullen een rol bij het maken van contact met de cliënt, het begrijpen van de cliënt en daardoor de cliënt beter kunnen 'vertalen' richting hulpverleners en behandeling.

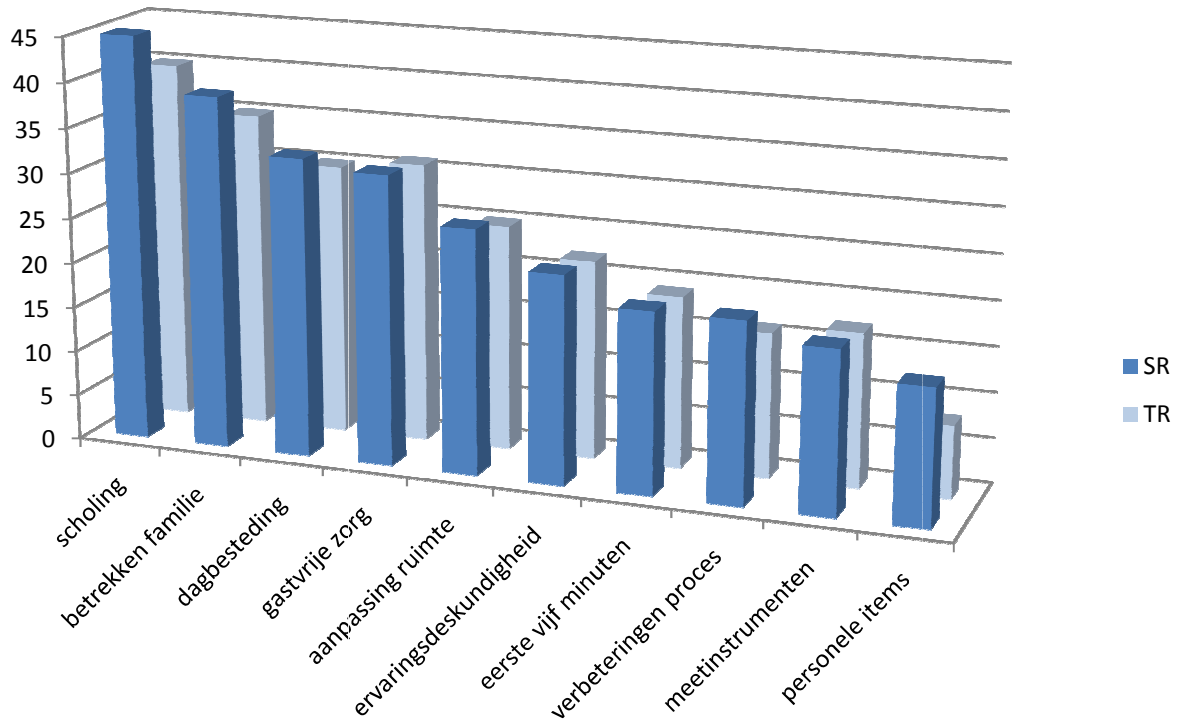
Het eerste contact tussen cliënt en hulpverlener wordt door 20 instellingen (37%) (TR 36%) als succesfactor aangemerkt en veelal uitgewerkt in de vorm van de best practice 'de eerste vijf minuten'.

Tabel 16 geeft een nadere uitwerking van de genoemde succesfactoren.

Er worden ook diverse specifieke cliëntgerichte interventies genoemd, zoals:
- het maken van een concreet stappenplan met een cliënt om in het eigen bed te slapen in plaats van (vrijwillig) in de separeer. Regelmatig zit er dan een verpleegkundige naast het bed van de cliënt;
- mogelijkheid van dieren op de afdeling.

Een instelling merkt op dat de gekozen middelen wel moeten passen bij de betreffende organisatie-configuratie. Met andere woorden: succesfactoren kunnen op de ene plek prima werken, maar op de andere jammerlijk falen. Een andere instelling gaf aan dat juist de mix van interventies de mate van succes bepaalt.

Figuur 7. Top 10 succesfactoren cliënt en zorg centraal



Knelpunten
Naast succesfactoren ten aanzien van cliëntgerichte zorg, zijn ook hier knelpunten aangegeven.

Een belangrijk deel van de knelpunten is gerelateerd aan de medewerkers in de organisatie. Wisseling en doorstroom van personeel wordt als knelpunt benoemd. Hierdoor verlegt het (vaste) personeel ook zijn grenzen, waardoor scherpte verminderd. En veelal is er sprake van kennisverlies. Personeelsgerelateerde knelpunten worden door 24 instellingen herkend (dit is de helft van het aantal instellingen wat antwoord heeft gegeven op deze vraag).

Naast personele knelpunten zijn er ook organisatorische knelpunten (n=25) zoals reorganisatie, financiële knelpunten en knelpunten ten aanzien van borging en besluitvorming. Deze knelpunten worden door 20 instellingen benoemd.

9 instellingen benoemen inhoudelijke knelpunten, die voornamelijk gericht zijn op complexe casuïstiek van cliënten en maatwerk in behandeling en dagbesteding.

Tabel 17 geeft een volledige opsomming van de genoemde knelpunten.

Tabel 17. Knelpunten cliëntgerichte interventies

	Aantal malen genoemd
Onvoldoende continuïteit (11) (TR 8) en kennis/ervaring (3) (TR 3) van personeel	14
Knelpunten ten aanzien van weerstand tegen veranderingen, draagvlak en motivatie, aandacht en tijd (TR 10)	16
Bouwkundige knelpunten, ontbreken van alternatieve ruimtes (zie ook 5.5) (TR 9)	8
Financiële knelpunten, bezuinigingen (TR 6)	8
Knelpunten ten aanzien van dagbesteding en het betrekken van cliënten (TR 5)	7
Afwezigheid en onvoldoende betrokkenheid van cruciale personen/teams (TR 5)	6
Knelpunten ten aanzien van ervaringsdeskundigheid (TR 4)	6
Hoge werkdruk, grote span of control (TR 4)	6
Onvoldoende familieparticipatie, knelpunten m.b.t. familieparticipatie (TR 3)	6
Reorganisatie (TR 5)	4
Complexe cliëntsituaties (TR 4)	4
Knelpunten ten aanzien van meetinstrumenten en evaluatie (zie ook 5.4) (TR 4)	4
Onvoldoende borging (TR 4)	4
Knelpunten ten aanzien van besluitvorming en procedures (TR 2)	3
Verschillen per afdeling/team (TR 2)	2
Knelpunten ten aanzien van rooming in	2
Getraumatiseerde medewerkers	1
Match tussen vraag en aanbod van scholing	1
Onvoldoende aansluiting crisisdienst bij de 1e 5 minuten	1
Onvoldoende sturing op interventies	1
Totaal instellingen	**49**

*meerdere antwoorden mogelijk

5.4. Structurele evaluatie

Evaluatie van incidenten en dwangtoepassingen draagt bij aan het leerproces van zowel cliënt als medewerker om dergelijke toepassingen in de toekomst te voorkomen. Voor beiden is het een belangrijk afrondend moment en mogelijkheid om zaken in de toekomst anders te doen.

Bij de tussenrapportage was de vraag te algemeen geformuleerd en gericht op structurele evaluatie van incidenten, terwijl eigenlijk alleen inzage gewenst was in evaluatie van vrijheidsbeperkende interventies. Deze vraag was door ongeveer de helft van de instellingen ingevuld en leverde onvoldoende bruikbare antwoorden op. In het format van de slotrapportage is de vraag daarom aangepast en als volgt geformuleerd:

VRAAG	22	Op welke wijze en met wie vindt **structurele evaluatie** van dwangtoepassingen binnen uw instelling plaats? (voorbeelden zijn: incidentbespreking (frequentie?), intervisiebijeenkomsten, moreel beraad, kwaliteitsaudits)	

Alle 54 instellingen hebben (in tegenstelling tot de tussenrapportages) aangegeven op welke wijze evaluatie van dwangtoepassingen plaats vindt.

Daarbij heeft 70% van de instellingen (n=38) ook aangegeven wie aanwezig is bij de evaluatiemomenten. Een instelling geeft aan dat zij er mee bezig zijn. De overige 15 instellingen (28%) hebben geen antwoord gegeven op dit deel van de vraag.

De wijze van structureel evalueren van incidenten

Er zijn vele manieren om incidenten na te bespreken. Het vaakst werd de incidentnabespreking genoemd (37 keer), gevolgd door casuïstiekbespreking of cliëntbespreking (17 keer). Het is niet altijd duidelijk op welke termijn een dergelijk overleg plaatsvindt; het kan ook zo zijn dat het hier gaat om eenzelfde overleg.

Bespreking van incidenten op meer geaggregeerd niveau in ‘hogere lagen’ van de organisatie wordt 12 keer specifiek genoemd.

Daarnaast worden enkele andere/specifieke overlegvormen genoemd om incidenten na te bespreken (zie tabel 17).

Incidenten worden in veel gevallen gemeld bij een daartoe geïnstalleerde commissie. Er zijn meerdere namen in omloop voor een dergelijke commissie (VIM, MIM, IMS, DIM, DIA……). Daarnaast worden vrijheidsbeperkende interventies gemeld bij een M-of-M-commissie. Het kan ook zijn dat er geen onderscheid is tussen deze twee commissies of dat deze zijn samengevoegd. Dit was niet altijd uit de tekst waarneembaar. De in tabel 18 vermelde scores zijn afzonderlijk genoemde items, in de praktijk kan dit anders georganiseerd zijn. Incidenten worden niet alleen gemeld, maar ook verwerkt in rapportages en besproken met betrokkenen in instellingen.

Intervisie, moreel beraad en reconstructie zijn specifieke methoden die gehanteerd kunnen worden om situaties en incidenten te evalueren.

Tabel 18. Wijze van structurele evaluatie van incidenten

	Aantal malen genoemd
Incidentnabespreking na iedere incident/vrijheidsbeperkende interventie (TR 37)	37
Intervisie (TR 24)	29
Melding bij daartoe aangewezen commissie (+ systeem) voor het melden van incidenten (VIM, MIP, DIM, incidentcommissie) (TR 20)	24
Casuïstiekbespreking, cliëntbespreking (TR 12)	17
Moreel beraad (TR 8)	13
Opgenomen in kwartaalrapportages management, verslag naar directie, bespreking op managementniveau (TR 13)	12
Evaluatie door middel van (interne) audits (TR 11)	12
Bespreking in team/afdelingsoverleg (TR 6)	11
Melding (en aktie) bij de M-of-M-commissie (DD-commissie) (TR 8)	10
Ochtendrapport, dagelijks planbordoverleg (TR 3)	4
Consultatie (TR 1)	3
Specifiek separatieoverleg (TZAS) (TR 3)	3
Psychiateroverleg, overleg medische discipline (TR 2)	2
Reconstructie (TR 1)	1
Veiligheidsvisitatie (TR 1)	1
Door een team van ervaringsdeskundigen (TR 1)	1
Opvang bij zware incidenten	1
Structurele incidentevaluatie gekoppeld aan implementatie crisismonitor (TR 1)	1
Evaluatieformulier	1
SIRE methodiek	1
Evaluatie in driehoeksoverleg	1
Bespreking in cliëntenraad	1
Totaal instellingen	**54**

*meerdere antwoorden mogelijk

Welke personen zijn betrokken bij evaluatie van incidenten?

Van de 38 instellingen die dit deel van de vraag beantwoord hebben, geven er 27 (71%) aan dat incidenten en/of vrijheidsbeperkende interventies besproken worden met het team. 18 instellingen (47%) geven expliciet aan dat de cliënt hierbij betrokken wordt (bij de tussenrapportage waren dit nog 11 instellingen). Door 4 instellingen wordt aangegeven dat leidinggevenden ook betrokken worden. Verder worden diverse specifieke personen genoemd die een rol spelen bij nabespreking van incidenten.

Tabel 19. Aanwezigen bij evaluatie van incidenten

	Aantal malen genoemd
(verpleegkundig) team, afdeling (TR 20)	27
Patiënt, cliënt (TR 11)	18
Multidisciplinair team (TR 3)	6
Betrokken medewerkers (TR 3)	5
Management (TR 5)	4
Specifieke personen (TR 12): - Psychiater (3) - Arts (2) - Aandachtsfunctionaris (2) - Jurist (1) - Hoofd sociotherapeutisch milieu/sociotherapeut (2) - Hoofdbehandelaar (1) - Familie (2) - Bestuur, directie (3) - Geneesheer-directeur (3) - Stuurgroep, projectgroep, projectleider (3) - DIM-functionaris (1)	23
Totaal instellingen	**38**

*meerdere antwoorden mogelijk

5.5. Bouwkundige voorzieningen

Aan alle instellingen is ook gevraagd welke bouwkundige voorzieningen en ruimtes bijdragen aan het reduceren van dwang en drang. Er zijn immers in veel instellingen aanpassingen gedaan in de fysieke omgeving van de cliënt met als doel het creëren van een prettige, rustgevende omgeving ter voorkoming van agressie en escalatie.

VRAAG	23 Welke **bouwkundige voorzieningen** en **ruimtes** dragen binnen uw instelling bij aan reductie van dwang en drang? (voorbeelden zijn: comfortrooms, tuin en buitenomgeving, patio, appartement, kamer met cameratoezicht, beleving op het gebied van beeld, geluid en geur, enz.) Welke knelpunten zijn hierbij te benoemen?	Bouwkundige voorziening als succesfactoren: Knelpunten:

Door 50 instellingen (93%) zijn een groot aantal **succesfactoren** benoemd (n=203) (TR n=187) op het gebied van gebouw en ruimte die bijdragen aan het verminderen van dwang en drang. 2 instellingen geven specifiek aan dat er geen succesfactoren zijn. Een andere instelling geeft aan dat dit vanaf 2012 gaat gebeuren (en heeft de vraag verder niet ingevuld) en 1 instelling benoemt dat ze hier nog te weinig mee doen. Naast de 'plussen' zijn er ook altijd de 'minnen'; 45 instellingen (83%) geven op dit vlak 94 (TR 79) knelpunten aan. 4 instellingen geven specifiek aan dat er geen knelpunten zijn ten aanzien van gebouw en ruimtes.
5 instellingen hebben deze vraag niet beantwoord.

Tabel 20. Bouwkundige voorziening als succesfactor

	Aantal malen genoemd
Comfortroom (TR 32)	35
Buitenvoorziening (tuin, patio, binnentuin, tuinkamer) (TR 27)	29
Bouwkundige aanpassingen (splitsen afdeling, open balie, ruime afdeling, aparte woonunit, raam in deur, muur geplaatst, gesloten appartementen, samenwerking in paviljoen) (TR 16)	19
Andere specifieke ruimte (rust/relaxruimte, chillruimte, herstelruimte, verpooskamer, Stripkamer, veilige kamer, prikkelarme ruimte/slaapkamer) (TR 16)	17
Ruimte voor dagbesteding, sport, spel (TR 13)	14
Aanpassing aan interieur en sfeer, healing environment (TR 11)	12
Eenpersoonskamers (al dan niet met eigen sanitair) (TR 10)	12
Cameratoezicht (TR 9)	11
IC-unit, High-care-unit (TR 8)	8
Gebruik van zintuiglijke prikkeling (geur, kleur, geluid) (TR 9)	6
Huiskamer, conversatieruimte, ontmoetingsruimte, werkplek in huiskamer, eetkamer (TR 7)	6
Een goed geoutilleerde separeer (TR 6)	6
Familiekamer, gebruik specifieke ruimte voor bezoek, voorzieningen voor familie (TR 6)	5
Afzonderingskamer (TR 4)	5
Het sluiten van separeerruimtes (3) en afzonderingsruimtes (1) (TR 2)	4
Comfortzone, ruimte voor 1-op-1 begeleiding (TR 3)	4
Cliëntspecifieke aanpassingen (emotiebandjes, extra lage bedden, sensory care stoel (TR 3)	3
Rookruimte (TR 2)	2
Desepareerruimte, open deur voorruimte (TR 2)	2
Opnamekamer (TR 1)	1
Afdelingsdeur zoveel mogelijk open	1
Wandschildering in separeerruimte	1
Totaal instellingen	**50**

*meerdere antwoorden mogelijk

Ruim de helft van de instellingen benoemt de buitenvoorziening als succesfactor. Ook diverse bouwkundige aanpassingen (zie tabel 20) zijn succesvol gebleken.

Er worden vele ruimtes genoemd die preventief een rol kunnen spelen bij het verminderen van dwang en drang. Voor deze ruimtes worden diverse benamingen gebruikt, waardoor het niet altijd duidelijk is of de functie ook gelijk is. Daarom zijn alle genoemde termen voor andere ruimtes dan de comfortroom apart benoemd en geclusterd in tabel 19. De comfortroom wordt het vaakst genoemd (n=35, 70%), maar mogelijk hebben de andere specifieke ruimtes (n=17) dezelfde functie.
Voor intensieve zorg worden diverse ruimtelijke voorzieningen genoemd, variërend van (zachte) separeer, afzonderingsruimte, IC/HC-ruimte tot comfortzones.

12 instellingen geven aan dat zij de afdeling hebben opgefrist, waardoor een aangenamere sfeer werd gecreëerd. Ook kunnen ruimtes nader geoutilleerd worden door gebruik te maken van specifieke verlichting, aromatherapie en kleurgebruik met als doel een rustgevende omgeving te bieden (6 keer genoemd).

Verder scoren het hebben van eenpersoonskamers (n=12, 24%) en speciale voorzieningen voor sport en spel (n=14, 28%) redelijk hoog bij de succesfactoren. Hierbij worden concrete materialen genoemd om spanning te verminderen of te ontladen, zoals een boksbal, tafeltennistafel, WII, (spel)computers en overige spelmaterialen.
11 instellingen (22%) geven aan dat cameratoezicht (in diverse ruimtes) bijdraagt aan het verminderen van dwang en drang.

Naast succesfactoren zijn er ook **belemmerende factoren** met betrekking tot bouwkundige voorzieningen. Vaak staan deze haaks op de succesfactoren (bijvoorbeeld: het hebben van een tuin is een succesfactor, het ontbreken van een tuin door lokalisatie van de afdeling op de 9e verdieping is een knelpunt).

Tabel 21. Knelpunten ten aanzien van bouwkundige voorzieningen

	Aantal malen genoemd
Gebouw onvoldoende geschikt, oud, ruimtegebrek, lokalisatie van ruimtes, gehorigheid, noodgebouw, vertraging bouw (TR 27)	35
Financiële knelpunten (hoge kosten, bezuinigingen) (TR 16)	16
Meerpersoonskamers, kleine 1 persoonskamers, onvoldoende 1-persoonskamers, gemeenschappelijk sanitair (TR 8)	8
Knelpunten ten aanzien van buitenruimte (TR 8)	8
Knelpunten met betrekking tot de comfortroom (niet aanwezig, wennen, onvoldoende benut, ruimte niet geschikt) (TR 7)	8
Knelpunten t.a.v separeers (er is geen alternatief, bereikbaarheid t.o.v afdeling, nieuwste inzichten ontbreken) (TR 3)	3
Impact van en betrokkenheid bij verbouwing bij medewerkers (TR 1)	3
Knelpunt leefbaarheid kamer waar gefixeerd wordt	1
Geen open balie (TR 2)	1
Ontbreken van rookruimte (TR 1)	1
Eén grote huiskamer (waardoor het sneller te druk is) (TR 1)	1
Onvriendelijke uitstraling (TR 1)	1
Contact met 'vreemd' volk (citaat) (TR 1)	1
Verbod op cameratoezicht	1
Door het hebben van verschillende mogelijkheden tot afzondering worden deze sneller ingezet. Geven minder het gevoel van separatie (TR 1)	1
Bouw als oplossing is een valkuil	1
Ontbreken bouwnormen	1
Alarmseinen niet altijd gedragen of defect	1
Draadloos werken niet mogelijk, dus medewerkers zitten veel op kantoor	1
Rekening houden met ziekenhuisbeleid	1
Totaal instellingen	**45**

*meerdere antwoorden mogelijk

Beperkingen met betrekking tot het gebouw en ruimtes worden het vaakst genoemd (n=35, 78%). Verder wordt door 16 instellingen financiële knelpunten aangegeven; met verbouwen zijn grote investeringen gemoeid en de huidige bezuinigingen spelen ook mee. In het kader van deze bezuinigingen komen de succesfactoren onder druk te staan.
Ook zijn er knelpunten ten aanzien van de buitenruimte, (het niet hebben van) de comfortroom en de slaap/privévoorzieningen van de cliënt.
Een verdere uitsplitsing leidt tot een opsomming van een aantal losse voorzieningen, zie hiervoor tabel 21).

5.6. Randvoorwaarden

VRAAG	24 Welke **randvoorwaarden** zijn binnen uw organisatie als succesfactor te benoemen? (Voorbeelden zijn: tijd, middelen, functiedifferentiatie personeel, scholing, enz.) En welke knelpunten zijn hierbij te benoemen?	Succesfactoren: Knelpunten:

Een van de vragen in de zoektocht naar succesfactoren en knelpunten, was die van de randvoorwaarden die te benoemen zijn. De meest uiteenlopende items (in totaal 183, TR 160) werden hier benoemd door alle 54 (100%) instellingen. In deze paragraaf worden de belangrijkste (=meest voorkomende) vermeld.

Met kop en schouders bovenaan staat scholing van personeel als randvoorwaarde (80%). Dit is nagenoeg gelijk aan de succesfactor 'scholing' bij de cliëntgerichte interventies.

Randvoorwaarde voor succes wordt ook bepaald door teamaspecten. Denk hierbij aan een stabiel team, flexibel team, ervaren team, enz (44%).
Een andere veel voorkomende succesfactor is de aanwezigheid van sleutelfiguren in de organisatie (aandachtsfunctionarissen, projectleider en overige kartrekkers en specifieke personen, in totaal 35 (TR 29) keer genoemd).

Een derde van de instellingen benoemd voldoende tijd, geld en middelen als succesfactor en aanvullend geven nog 5 instellingen aan dat door subsidiemiddelen veel mogelijk is gemaakt en aandacht is gevraagd voor het terugdringen van dwang en drang.

Een volledige uitsplitsing staat vermeld in tabel 22.

Tabel 22. Succesbepalende randvoorwaarden*

	n		
Scholing (TR 41)	43	Organisatie	77 TR 70
Kaders, ondersteuning staf, faciliteiten, voorbereiding (TR 6)	7		
Betrokkenheid en prioriteit RvB (TR 5)	5		
Organisatiestructuur (werkgroepen, overleg, aanpak (TR 5)	6		
Samenwerking met ziekenhuis (PAAZ) (TR 2)	3		
Rol management: stimulerend, transparant (TR 2)	3		
Gebruik EPD (TR 2)	2		
Samenwerking kliniek-ambulant (TR 2), samenwerking vrijwilligers	2		
Borging van reductie van dwang en drang in de organisatie (TR 1)	1		
Overig (visie, besluitvorming, al lange tijd bezig, participatie CR/FR, keten NVR) (TR 4)	5		
Teamaspecten: vast team, variatie, cultuur, goed, kennis, ervaren, flexibiliteit, extra inzet, weinig verloop, leercultuur (TR 17)	24	Personeel	63 TR 50
Aandachtsfunctionaris, deskundigheidsbevordering door eigen trainers, coaching on the job (TR 14)	18		
Projectleider (met uren, faciliteiten) (TR 9)	9		
Rol van specifieke personen (psychiater, teamleider, ervaringsdeskundige) (TR 4)	6		
Kartrekkers (TR 2)	2		
Overig (intervisie, taakomschrijving, uitbreiding formatie) (TR 4)	4		
Tijd, geld en middelen (TR 15)	18	Overig	43 TR 40
Enthousiasme, committment, betrokkenheid, acceptatie (TR 10)	11		
Subsidie (TR 7)	5		
Bijeenkomsten (TR 3)	2		
Wetenschappelijk onderzoek	2		
Overig (consultatieteam, inpandige anti-iso-poule, comfortrooms, ontwikkeling methodiekboek, samenwerking sportschool) (TR 3)	5		
Totaal instellingen			**54**

*meerdere antwoorden mogelijk

Naast succesbepalende randvoorwaarden zijn ook hier **knelpunten** te benoemen. Van de 54 instellingen hebben er 47 (87%) knelpunten ten aanzien van randvoorwaarden genoemd. 3 instellingen (6%) geeft specifiek aan dat er geen knelpunten worden ervaren en de overige 4 instellingen hebben de vraag niet beantwoord (7%). in totaal zijn 101 (TR 86) knelpunten aangegeven.

Tabel 23. Knelpunten met betrekking tot randvoorwaarden*

	n		
Fusie, reorganisatie (TR 5)	7	Organisatie	21 TR 18
Verschillen per locatie (TR 3)	3		
Knelpunten t.a.v. scholing	3		
Knelpunten m.b.t. implementatie (TR 2)	2		
Andere prioriteiten, bijstelling doelstelling (TR 3)	2		
Onvoldoende ondersteuning en facilitering (TR 2)	2		
Tijdsverlies door procedures en besluitvorming (TR 2)	1		
Onderdeel van ziekenhuis (PAAZ) (TR 1)	1		
Discontinuïteit personeel (door wisseling, aanwezigheid bij scholing, ziekte, inzet oproepkrachten) (TR 14)	18	Personeel	37 TR 32
Hoge werkdruk, veel te doen in te weinig tijd, druk op afdeling (TR 11)	12		
Weerstand (TR 2)	3		
Administratielast (TR 3)	2		
Knelpunten m.b.t. aandachtsfunctionaris	2		
Bezuinigingen (TR 15)	19	Overig	43 TR 36
Onvoldoende tijd, geld en middelen (TR 14)	13		
Complexe patiëntpopulatie (TR 2)	3		
Aansluiting ambulant-klinisch	2		
Beëindiging subsidie (TR 1)	1		
Overig (onvoldoende aandacht voor goed nieuws, veranderingen kosten tijd, urgentiegevoel vasthouden, communicatie, weinig onderzoek naar effectiviteit) (TR 4)	5		
Totaal instellingen			**47**

*meerdere antwoorden mogelijk

Personele en financiële knelpunten worden het vaakst genoemd. Discontinuïteit is een blijvend knelpunt in de instellingen (ook aangegeven bij de knelpunten rondom cliëntgerichte zorg, paragraaf 5.3.), aangevuld door hoge werkdruk en drukte op de afdeling.
Ook hier wordt de huidige bezuinigingsronde door 19 (TR 15) instellingen als knelpunt benoemd, op de voet gevolgd door knelpunten ten aanzien van onvoldoende tijd, geld en middelen (beide aspecten kunnen door elkaar heen gebruikt zijn, omdat respondenten andere termen gebruikt hebben).

5.7. Overige succesfactoren en knelpunten

Naast de vermeldde 'plussen en minnen' op de vijf gevraagde items, was er ook gelegenheid om overige succesfactoren en knelpunten te vermelden.

VRAAG	25 Welke overige succesfactoren kunt u voor uw organisatie benoemen?	
	26 Welke overige knelpunten kunt u voor uw organisatie benoemen?	

38 instellingen (70% TR 56%) hebben dit gedaan. In veel gevallen was er sprake van herhaling van reeds genoemde factoren. Hieronder zijn alleen die punten weergegeven die nog niet eerder genoemd waren.

Tabel 24. Overige succesfactoren en knelpunten*

Succesfactoren	n	Knelpunten	n
Cultuuraspecten (betrokkenheid, flexibiliteit, open cultuur, draagvlak) (TR 10)	14	Problematische of wisselende patiëntpopulatie, caseload (TR 4)	7
Items gerelateerd aan borging in de organisatie (TR 6): - Integratie risicomanagement - Kernwaarden DD in meerjarenbeleidsplan - Structuur organisatie - Prioriteit leiding	12	Zorgen t.a.v de toekomst (verandering wetgeving, bezuiniging) (TR 5)	6
Innovatief vermogen van organisatie en mensen, lerende organisatie (TR 5)	7	Discontinuïteit psychiaters (3) en personeel	4
Overige scholing, training (TR 3)	7	Besluitvorming en bijstelling acties problematisch	3
Samenwerking (in/extern), verbinden, netwerk (TR 4)	5	(Re-)organisatorische zaken (TR 6)	3
Kennis, kunde en kracht personeel (hoog opgeleide medewerkers, veel expertise, vrijheid van handelen, veel 'uitproberen') (TR 4)	4	Cultuurgebonden aspecten (aanspreek/afrekencultuur)	2
Check Argusregistratie door schaduwlijst, vast persoon (TR 1)	4	Verzadiging, moeheid bij organisaties die al lang bezig zijn	2
Subsidie heeft zaken mogelijk gemaakt (TR 2)	3	Onvoldoende aansluiting ambulant (TR 3)	2
Momenten en successen vieren (TR 3)	3	Medicatiebeleid (TR 2)	2
Succesvolle reductie van separatie	2	Verschillen per afdeling door wisselende start	1
Argus, managementinformatie (TR 1)	2	Veelheid van lopende projecten	1
Items gerelateerd aan cliëntgerichte zorg (goed (door)plaatsen van cliënten, geen toename DD bij gastplaatsingen)	2	Risico groot project, verlies focus	1
Inzet geestelijke verzorging (TR 1)	1	Kleinschaligheid afdeling	1
Kleinschaligheid van de afdeling	1	Door meer regie stijgt DD	1
Positieve reacties van cliënten	1	Beveiliging : te snel inzetten (TR 1)	1
		Er wordt meer reactief dan preventief gewerkt	1
Totaal instellingen	**38**		**32**

*meerdere antwoorden mogelijk

HOOFDSTUK 6. ZIJN DE GRENZEN BEREIKT?

Aan alle instellingen is ook gevraagd om aan te geven op welke punten nog winst valt te behalen binnen de eigen instellingen en waar de grenzen ten aanzien van het reduceren van dwang en drang bereikt zijn.

VRAAG	27 Op welke punten is bij uw instelling nog winst te behalen?	

De punten waar volgens de instellingen nog winst valt te behalen zijn zeer divers, maar bieden ideeën en aanknopingspunten, ook voor anderen. Alle 54 instellingen hebben dergelijke punten aangedragen.

In onderstaande tabel zijn ALLE genoemde punten waarvan instellingen menen dat er nog winst valt te behalen, gecategoriseerd naar de 5 bekende hoofdgroepen, aangevuld met items die hier niet onder weg te zetten waren.

Tabel 25. Punten waarop nog winst valt te behalen*

		Aantal malen genoemd	
Verder terugdringen DD		4	4 (7)
Organisatie en structuur	Structurele borging, model zoeken na projectfase (TR 6)	9	17 TR 20
	Verdere uitrol in organisatie (TR 3)	4	
	Doelstellingen formuleren, beleidsvorming	2	
	Breed risicomanagementbeleid (TR 1)	1	
	Vergroting bezetting verpleegkundigen	1	
Meten is weten	Verbeteringen Argusregistratie en terugkoppeling (TR 7)	7	17 TR 17
	Meetinstrumenten, risicotaxatie (TR 5)	6	
	Signaleringsplannen (TR 4)	3	
	Participatie regionale crisiskaart (TR 1)	1	
Cliëntgerichte zorg	Familieparticipatie (TR 5)	8	36 TR 26
	Inzet van ervaringsdeskundigen (TR 6)	7	
	1-op-1-begeleiding (TR 5)	5	
	Inzet IC (TR 2)	5	
	Uitwerking dagbesteding (TR 1)	2	
	Best practices verankeren (TR 3)	2	
	Cliënt meer betrekken (TR 2)	2	
	Onderzoek naar specifieke interventies (TR 2)	1	
	Blijven investeren in aandachtfunctionarissen	1	
	Meer aandacht voor dwang en drang bij ouderen	1	
	Separatie MofM akkoord heroverwegen	1	
	Alternatieven voor zelfdestructief gedrag	1	
Structurele evaluatie	Interne consultatie, evaluatie en terugkoppeling (TR 2)	2	5 TR 4
	Inzet moreel beraad (TR 1), spiegelgesprekken	3	
Bouwkundige voorzieningen	Nieuwbouw, aanpassing gebouw (TR 3)	5	10 TR 9
	Gastvrije omgeving (TR 2)	1	
	Concentratie van separeerfaciliteiten (TR 1)	1	
	Separeers sluiten (TR 1)	1	
	Comfortroom creëren (TR 1)	2	
Ambulante zorg	Aansluiting ambulante zorg, preventie (TR 14)	12	12
Scholing, training	(TR 10)	10	10
Cultuuraspecten	Cultuuromslag, blijvende aandacht (TR 6)	9	9 (TR 6)
Samenwerking	Meer samenwerken (in- en extern) (TR 5)	7	8 TR 7
	Uitwisseling personeel afdelingen (TR 2)	1	
Communicatie	Communicatie, succes delen (TR 3)	3	3
Implementatie politieconvenant		1	1
Innovatie		1	1
Financiële beperkingen		1	1

*meerdere antwoorden mogelijk

VRAAG	28	Op welke punten zijn bij uw instelling de grenzen van reductie bereikt? (Denk aan bepaalde cliëntdoelgroepen, 'worst cases left over')	

De reacties van instellingen op de vraag 'Op welke punten zijn bij uw instelling de grenzen van reductie bereikt' lopen zeer uiteen van 'nog lang niet' tot 'we hebben een redelijk minimum aan separaties bereikt' en 'geen dwang en drang is een utopie'. Er zijn echter meer instellingen die aangeven dat de grens nog niet bereikt is (n=23, TR 18) dan instellingen die wel aangeven dat een grens bereikt is (n=6, TR 7). In totaal hebben 46 instellingen deze vraag beantwoord.

De reacties van instellingen zijn grofweg te verdelen in drie hoofdgroepen:

1. Grens reductie van dwang en drang is nog niet bereikt (n=23, TR 18)

23 instellingen geven bij deze vraag aan dat de grens nog niet bereikt is. De ene instelling is hierin wat meer uitgesproken dan de ander.

2. Weet niet (n=17, TR 19)

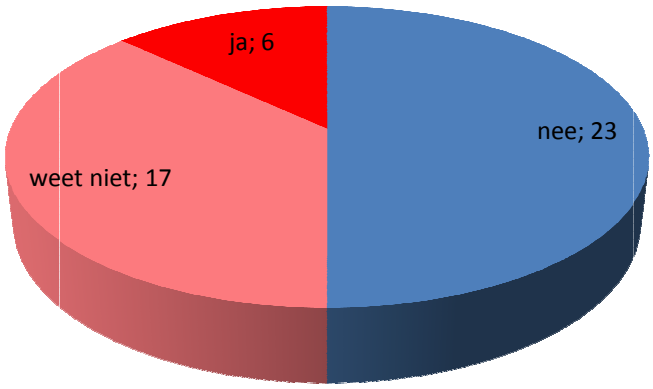
Een tweede groep instellingen geeft aan dat ze het niet weten. Tot deze groep behoren ook de instellingen waarvan het antwoord onduidelijk was.

3. Wel grens bereikt (n=6, TR 7)

Een derde groep instellingen geeft aan dat er wel degelijk grenzen zijn bereikt. Hierbij worden met name specifieke cliëntgroepen genoemd:

- Middelengebruik (3)
- Multicomplexe zorgsituaties (1)
- Drugspsychose (1)
- Destructief gedrag (1)
- Focus op kwaliteit van zorg in plaats van harde reductie (1)

Figuur 8. Is de grens bereikt?



Daarnaast zijn er argumenten genoemd die van invloed zijn op het streven naar een minimum aan dwang en drang (tabel 26).

Tabel 26. Factoren van invloed op streven naar daling dwang en drang

	Aantal malen genoemd
Extreme pathologie, hoogcomplexe zorg en uitschieters bepalen de cijfers	6
Geen invloed op patiëntenaanbod/patiëntencategorie	5
Verwachte afname bij IC/HC-afdeling	2
Verwachte afname door inzet consultatieteam	1
Verwachte afname door inzet FACT	1
Voor enkele cliënten heeft het toepassen van dwang en drang een functie	2
Bezetting separeer door wachten op overplaatsing	1
Aantal multiproblem gezinnen neemt toe	1
Er zijn patiënten met separatie op verzoek (in signaleringsplan)	2
Tariefstructuur beperkend	1

HOOFDSTUK 7. ONTWIKKELING EN BEWEGING

Terugkijkend op 4 verslagen met informatie van instellingen in de GGZ, aangaande verantwoording van projectgelden voor het terugdringen van dwang en drang, vallen een aantal zaken op. In deze paragraaf wordt gekeken naar trends, patronen en opvallende zaken.

Beter en completer

De tussen- en slotrapportage van 2010 waren gebaseerd op een aantal open vragen. Dit leidde tot grote diversiteit in de rapportages van instellingen. Open vragen geven de respondent gelegenheid naar eigen inzicht te antwoorden. De uitkomsten varieerden van een half A-viertje tot een rapport van 16 pagina's. Appels en peren. Met de komst van het rapportageformat in 2011, bestaande uit deels gesloten en deels open vragen, is er veel veranderd. Instellingen leveren meer informatie aan, de informatie is beter vergelijkbaar en de informatie wordt steeds completer. Daar waar in de eerste drie rapportages nog steeds instellingen waren die vragen niet beantwoordden, in de laatste rapportage (slotrapportage 2011) komt dit nauwelijks meer voor. Hierdoor lijkt het ook of er steeds meer gebeurt in instellingen. Er wordt meer geregistreerd, meer teruggekoppeld, meer interventies ingezet en meer succesfactoren benoemd. Of is dit het effect van het stellen van de juiste vragen en het serieus omgaan met de informatie die instellingen aanleveren? Wat duidelijk is, is dat de rapportages in toenemende mate informatie opleveren die voor alle instellingen in Nederland van belang kan zijn.

Meer aandacht voor registratie en terugkoppeling

Gedurende 2011 is er een stijging waarneembaar als het gaat om het terugkoppelen van gegevens binnen de instelling. Er is niet alleen sprake van een lichte stijging van alle momenten waarop teruggekoppeld worden en de doelgroepen waaraan teruggekoppeld wordt. Vanaf de tussenrapportage tot de slotrapportage 2011 is een gestaag stijgende lijn te zien in het aantal instellingen wat een structurele terugkoppeling van gegevens van dwang en drang verzorgd. Op dit moment wordt er in 52 van de 55 instellingen die projectgelden hebben ontvangen een structurele terugkoppeling verzorgd, 3 instellingen verzorgen nog incidenteel een terugkoppeling. Bij de tussenrapportage 2010 waren er 30 instellingen die een structurele terugkoppeling verzorgden (zie figuur 2, pagina 9).

Een opvallend detail bij het terugkoppelen van cijfermatige gegevens is de toename van het aantal systemen waarbij gegevens van vrijheidsbeperkende interventies 'a la minute' opvraagbaar zijn door betrokkenen. Dit geeft instellingen de mogelijkheid om op ieder moment actuele gegevens op te vragen, wachten op een terugkoppeling van de projectleider als het gaat om cijfers van dwangtoepassingen is niet meer nodig.

Doelstellingen: niet gehaald, wel succes?

Dat er sprake is van een stijging van het aantal behaalde hoofddoelstellingen gedurende een projectjaar is logisch. Toch wordt ruim de helft van de gestelde doelstellingen niet behaald. Betekent dat ook dat er geen succes geboekt wordt? Nee. Een doelstelling kan ambitieus zijn en net niet gehaald worden. 'Maar' 17% reductie van dwang en drang in plaats van de

beoogde 20% is wel degelijk een succes. En er zijn vele factoren van invloed op het reduceren van dwang en drang, dat blijkt wel uit de verantwoordingsrapportages van 2010 en 2011. Het inzetten van deze interventies in de juiste samenstelling en tijdspad is bepalend voor succes.

Weg met de separeer

Het aantal separeerruimtes is in 2011 met 20% gedaald ten opzichte van 2010. Geen enkele instelling geeft aan dat er separeers bijgebouwd worden. Steeds meer instellingen sluiten separeerruimtes.

Meer instellingen hebben minder separaties

Er is een stijgende trend te zien in het aantal instellingen waarbij er sprake is van een dalend aantal separaties en daling in de duur van separaties.
In de tussenrapportage laten 17 instellingen (30%) een dalende trendlijn zien in het aantal gestarte separaties; in de slotrapportage zijn dat 26 instellingen (49%). Hiermee samenhangend neemt het aantal instellingen wat een stijging laat zien af (28 instellingen bij de tussenrapportage en 20 instellingen bij de slotrapportage).
Voor de duur van separaties is een soortgelijk beeld te zien: gaven bij de tussenrapportage 22 instellingen (41%) een dalende trendlijn in duur van separaties aan, bij de slotrapportage waren dit 29 instellingen (55%).

DE succesfactor: de mens

Van cruciaal belang voor het blijvend reduceren van dwang en drang is de betrokkenheid, motivatie en enthousiasme van sleutelfiguren en teams in alle lagen van de organisatie. Vrijwel alle instellingen (94%) gaven dit in de laatste rapportage aan.

Na 5 jaar projectgelden en 2 jaar verslaglegging van verantwoordingsdocumenten mag geconstateerd worden dat er veel in beweging is in instellingen. Een ieder op een eigen manier, passend bij de eigen organisatie, maar allen met hetzelfde doel: het blijvend reduceren van dwangtoepassingen.

Bijlage 1. Totaaloverzicht instellingen

			Ontvangen?	
			Tussen-rapportage	Slot-rapportage
1	ADRZ	Vlissingen	Ja	Ja
2	Altrecht	Utrecht	Ja	Ja
3	AMC Amsterdam	Amsterdam	Ja	Ja
4	Arkin	Amsterdam	Ja	Ja
5	Bouman GGZ	Rotterdam	Ja	Ja
6	De Bascule	Amsterdam	Ja	Ja
7	De Jutters	Den Haag	Ja	Ja
8	Delta	Poortugaal	Ja	Ja
9	Dimence	Deventer	Ja	Ja
10	Emergis	Kloetinge	Ja	Ja
11	FPC de Kijvelanden	Poortugaal	Ja	Nee
12	FPC de Rooyse Wissel	Maastricht/Venray	Ja	Ja
13	GGNet	Warnsveld	Ja	Ja
14	GGZ Breburggroep	Tilburg	Ja	Ja
15	GGZ Centraal (Meerkanten)	Ermelo	Ja	Ja
16	GGZ Centraal (Symfora)	Amersfoort	Ja	Ja
17	GGZ Delfland	Delft	Ja	Ja
18	GGZ Drenthe	Assen	Ja	Ja
19	GGZ Eindhoven	Einhoven	Ja	Ja
20	GGZ Friesland	Leeuwarden	Ja	Ja
21	GGZ InGeest (partner van VUMC)	Amsterdam	Ja	Ja
22	GGZ Noord Holland Noord	Heilo	Ja	Ja
23	GGZ Oost Brabant	Boekel	Ja	Ja
24	GGZ WNB	Halsteren	Ja	Ja
25	Jeugdhulp Friesland/behandelcentrum Woodbrokers	Kortehemmen	Ja	Ja
26	Karakter	Ede	Ja	Ja
27	Lentis	Zuidlaren	Ja	Ja
28	Mediant	Enschede	Ja	Ja
29	Mondriaan	Heerlen	Ja	Ja
30	PAAZ Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen	Ja	Ja
31	PAAZ Catharina ZH Eindhoven	Eindhoven	Ja	Ja
32	PAAZ St Anna Zorggroep	Geldrop	Ja	Ja
33	PAAZ St. Antonius Ziekenhuis	Nieuwegein	Ja	Ja
34	PAAZ Kennemer Gasthuis,Locatie Zuid	Haarlem	Ja	Ja
35	PAAZ St. Lucas Andreas Ziekenhuis	Amsterdam	Ja	Ja
36	PAAZ Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk	Ja	Ja
37	PAAZ RGC Zeeuws Vlaanderen	Terneuzen	Ja	Ja
38	PAAZ Zaans Medisch Centrum (De Heel)	Zaandam	Ja	Nee
39	PAAZ Rijnstate Ziekenhuis	Arnhem	Ja	Ja
40	PAAZ Tergooi Ziekenhuizen	Blaricum	Ja	Ja
41	PAAZ Tweestedenziekenhuis	Tilburg	Ja	Ja
42	Parnassia Bavo Groep - Bavo Europoort	Rotterdam	Ja	Ja
43	Parnassia Bavo Groep - Parnassia	Den Haag	Ja	Ja
44	Parnassia Bavo Groep - Dijk en Duin	Castricum	Ja	Ja
45	Pro Persona	Nijmegen	Ja	Ja
46	Regionaal Centrum GGZ Weert	Weert	Ja	Ja
47	Reinier van Arkel groep	den Bosch	Ja	Ja
48	Rivierduinen	Oegstgeest	Ja	Ja
49	Triversum	Alkmaar	Ja	Ja
50	UMC St. Radboud	Nijmegen	Ja	Ja
51	UMC Utrecht	Utrecht	Ja	Ja
52	Universitair Centrum Psychiatrie Groningen	Groningen	Ja	Ja
53	Yulius	Dordrecht	Ja	Ja
54	Vincent v Gogh (vh. GGZ N&M Limburg)	Venray	Ja	Ja
55	PAAZ Waterland Ziekenhuis	Purmerend	Nee	Ja
56	PAAZ Ziekenhuisgroep Twente	Almelo/Hengelo	Nee	Ja
57	Medisch Spectrum Twente	Enschede/Oldenzaal	Nee	Ja

Bijlage 2. Rapportageformat Slotrapportages 2011

FORMULIER TERUGRAPPORTAGE GGZ INSTELLINGEN

SLOTRAPPORTAGE 2011

Formulier in het kader van het aanleveren van een inhoudelijke eindrapportage aan GGZ Nederland met betrekking tot projecten in het kader van het terugdringen van dwang en drang 2011.

Dit formulier bestaat uit 5 delen:

1. Algemene gegevens
2. Doelstellingen van het project
3. Registratie van dwang en drang
4. Inventarisatie succesfactoren en knelpunten
5. Ruimte voor aanvullende toelichting

- Wilt u dit formulier volledig invullen en uiterlijk **1-7-2012** digitaal retourneren naar iwallenburg@ggznederland.nl?
- Wij vragen u ook uw naam in te vullen. Dit gegeven wordt gebruikt om in geval van een onvolledig of onduidelijk ingevuld formulier, contact met u op te kunnen nemen.
- Aangeleverde gegevens worden openbaar gemaakt door plaatsing op de website www.veiligezorgiederszorg.nl.

Voor vragen kunt u contact op nemen met:
Hamp Harmsen
Beleidsadviseur afdeling kwaliteit en verantwoording
T (033) 460 8900
M 06 39 83 74 95
E hharmsen@ggznederland.nl

1. Algemene gegevens

Datum	
Subsidiejaar	
Ontvangen subsidiebedrag	€
Naam instelling	
Aanbod instelling	[ ] Psychiatrie [ ] Forensische psychiatrie [ ] Kinder/jeugdpsychiatrie [ ] PAAZ [ ] PUK
Aantal bedden waarop het project van toepassing is	
Naam invuller	
Functie invuller	
Eindverantwoordelijke voor dit project	

2. Doelstellingen van het project

1	Wat is de hoofddoelstelling van het project in 2011? (overnemen uit projectplan)	
2	Is deze hoofddoelstelling behaald?	[ ] Ja [ ] Nee. Welke onderdelen zijn wel behaald: Welke onderdelen zijn niet behaald:
3	Wat zijn de subdoelstellingen van het project in 2011? (overnemen uit projectplan)	
4	Zijn alle subdoelstellingen behaald? Geef per subdoelstelling aan of deze behaald is of niet en beschrijf de stand van zaken.	[ ] Ja [ ] Nee. Welke onderdelen zijn wel behaald: Welke onderdelen zijn niet behaald:

3. Registratie van dwang en drang

5	Wordt er in uw instelling gebruik gemaakt van ARGUS voor registratie van dwang en drang?	[ ] JA [ ] NEE → op welke andere wijze vindt registratie plaats? [ ] ander systeem, namelijk: [ ] registratie is in ontwikkeling [ ] er vindt geen registratie plaats
6	Van welke cliëntenpopulatie worden gegevens geregistreerd?	[ ] Alle cliënten waarbij vrijheidsbeperking is toegepast [ ] Geselecteerde groep, namelijk: [ ] Niet van toepassing
7	Richt het project zich op alle afdelingen waar dwangmiddelen worden toegepast?	[ ] Ja [ ] Nee Op welke afdelingen is dit wel aan de orde?: Op welke afdelingen is dit niet aan de orde?:
8	Vindt er in uw instelling structurele terugkoppeling van gegevens plaats?	[ ] Ja [ ] Nee, waarom niet: [ ] Er wordt incidenteel teruggekoppeld
9	Aan welke doelgroep en met welke frequentie vindt terugkoppeling plaats?	

Doelgroep:	Jaar	Half jaar	Kwartaal	2 maand	Maand	Week	anders
Raad van Bestuur							
Directie							
Geneesheer directeur							
Projectorganisatie							
Stafafdeling:							
Cliëntenraad							
Familieraad							
M&M-commissie							
Psychiaters							
Artsen							
Management							
Teamleiders							
Aandachtsfunctionaris							
Medewerkers op afdeling							
Overig:							

10	Is er sprake van een koppeling van gegevens van dwangtoepassingen aan de P&C-cyclus van uw organisatie?	[ ] Ja, op welke wijze: [ ] Nee, waarom niet:
11	Kunt u iets zeggen over het effect van terugkoppelen van deze gegevens?	
12	Worden de cijfers van het aantal en de aard van dwangtoepassingen binnen uw	[ ] Ja, op welke wijze: [ ] Nee, waarom niet:

	organisatie zichtbaar gemaakt? (bijv. intranet)	
13	Welke knelpunten ervaart u bij registratie van dwangtoepassingen?	
14	Geef het aantal cliënten in 2011 aan dat is gesepareerd binnen de afdelingen waar het project aan de orde was	
15	Geef de duur van de separatie van deze cliënten (vraag 14) aan.	

Duur	Aantal
Minder dan 1 week	
Tussen 1 en 2 weken	
Tussen 2 weken en een maand	
Tussen 1 maand en 3 maanden	
Meer dan 3 maanden	
Totaal	

16	Hoeveel separeer- en afzonderingsruimtes zijn er op de afdelingen waar het project aan de orde was? En hoeveel in de gehele instelling?

Binnen de scope van het project:	2010	2011
Separeers		
afzonderingsruimtes		
Andere mogelijkheid/ruimte tot afzondering		

In de gehele instelling:	2010	2011
Separeers		
afzonderingsruimtes		
Andere mogelijkheid/ruimte tot afzondering		

17	Geef het aantal vrijheidsbeperkende interventies aan voor de afdelingen waar het project aan de orde was en voor de gehele instelling in 2010 en 2011. Geef aan of er sprake is van een toe- of afname.

Project:		2010	2011	Afname/toename %
Separaties	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Afzonderingen	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Fixaties	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Dwangmedicatie	Aantal			
Vocht & voeding	Aantal			

Gehele instelling:		2010	2011	Afname/toename %
Separaties	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Afzonderingen	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Fixaties	Aantal gestart			
	Duur (uren)			
Dwangmedicatie	Aantal			
Vocht & voeding	Aantal			

18	Geef een toelichting op en verklaring voor de veranderingen (toe- of afname) in 2011 ten opzichte van 2010.	

4. Inventarisatie succesfactoren en knelpunten

19	Welke succesfactoren hebben in uw organisatie bijgedragen aan reductie van dwang en drang op het gebied van **Organisatie en Structuur**? (voorbeelden zijn: combinatie topdown en bottom-up, aanwezigheid kartrekker(s), borging in lijnorganisatie, betrokkenheid binnen organisatie, visie en doelstellingen, leiderschap, overlegstructuur, projectorganisatie, enz.)	Succesfactoren:
	En welke knelpunten werken hierbij belemmerend? (voorbeelden zijn: organisatorische problemen, onvoldoende borging/verankering, onvoldoende betrokkenheid, onvoldoende visie/doelen, personele knelpunten, enz.)	Knelpunten:
20	Welke **meetinstrumenten** worden in uw organisatie succesvol ingezet ter vermindering van dwang en drang?	Meetinstrumenten [ ] ARGUS [ ] MITS [ ] SOAS-R [ ] Overig:
	En welke knelpunten zijn hierbij te benoemen? (denk hierbij aan onregelmatige of niet actuele registratie)	Knelpunten:
21	Welke succesfactoren hebben in uw organisatie bijgedragen aan reductie van dwang en drang op het gebied van **cliëntgerichte zorg**? (voorbeelden zijn: gastvrije zorg, engagement, best practices (welke?), ervaringsdeskundigen, familieparticipatie, rooming in, dagprogramma cliënten, alternatieven voor separatie, scholing en training personeel, enz.)	Succesfactoren:
	En welke knelpunten zijn hierbij te benoemen?	Knelpunten:
22	Op welke wijze en met wie vindt **structurele evaluatie** van dwangtoepassingen binnen uw instelling plaats?	

	(voorbeelden zijn: incidentbespreking (frequentie?), intervisiebijeenkomsten, moreel beraad, kwaliteitsaudits)	
23	Welke **bouwkundige voorzieningen** en **ruimtes** dragen binnen uw instelling bij aan reductie van dwang en drang? (voorbeelden zijn: comfortrooms, tuin en buitenomgeving, patio, appartement, kamer met cameratoezicht, beleving op het gebied van beeld, geluid en geur, enz.) Welke knelpunten zijn hierbij te benoemen?	Bouwkundige voorziening als succesfactoren: Knelpunten:
24	Welke **randvoorwaarden** zijn binnen uw organisatie als succesfactor te benoemen? (Voorbeelden zijn: tijd, middelen, functiedifferentiatie personeel, scholing, enz.) En welke knelpunten zijn hierbij te benoemen?	Succesfactoren: Knelpunten:
25	Welke overige succesfactoren kunt u voor uw organisatie benoemen?	
26	Welke overige knelpunten kunt u voor uw organisatie benoemen?	
27	Op welke punten is bij uw instelling nog winst te behalen?	
28	Op welke punten zijn bij uw instelling de grenzen van reductie bereikt? (Denk aan bepaalde cliëntdoelgroepen, 'worst cases left over')	

5. Ruimte voor aanvullende toelichting

Hartelijk dank voor uw medewerking!