

TUSSENRAPPORTAGES 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.

20 Mei 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	7
	3.2.	Periodieke terugkoppeling	7
	3.3.	Doelgroepen voor terugkoppeling	8
	3.4.	Frequentie van terugkoppeling	8
	3.5.	Koppeling Planning&Control cyclus	9
	3.6.	Effect van terugkoppeling	10
	3.7.	Zichtbaarheid van cijfers	10
	3.8.	Knelpunten bij registratie	11
Hoofdstuk 4	Ontwikkelingen en trends		
	4.1.	Gesepareerde cliënten	12
	4.2.	Aanwezigheid separeer- en afzonderingsruimtes	12
	4.3.	Trend dwangtoepassingen	14
Hoofdstuk 5	Succesfactoren en knelpunten		
	5.1.	Organisatie en structuur	17
	5.2.	Metten is weten	20
	5.3.	Cliënt en zorg centraal	21
	5.4.	Structurele evaluatie	24
	5.5.	Bouwkundige voorzieningen	26
	5.6.	randvoorwaarden	28
	5.7.	Overige succesfactoren en knelpunten	30
Hoofdstuk 6	Zijn de grenzen bereikt?		31
Bijlagen	1	Overzicht instellingen	33
	2	Rapportageformat tussenrapportage 2011	34

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 tussenrapportages 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.

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 (al) behaald zijn.

Aangezien het voorliggende verslag een tussenrapportage betreft, zijn een deel van de doelstellingen waarschijnlijk nog niet behaald. Ook zijn projecten en hun voortgang 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. Veel instellingen benoemen doelen voor een langere periode dan de projectperiode van een jaar. Dit verslag geeft daarom een tussenstand aan, die vergeleken kan worden met de gegevens uit de slotrapportages 2011.

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. In de tussenrapportages zijn in een aantal gevallen de antwoorden ook per lokatie aangeleverd, waardoor er geen 'overallbeeld' van de gehele instelling werd geschetst. In dat geval zijn alle afzonderlijk genoemde elementen verwerkt.

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.

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.

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. Deze zijn onderverdeeld in 6 hoofdgroepen en een groep 'overig'. Het laatste hoofdstuk gaat over grenzen aan dwangreductie. Het geheel is aangevuld met enkele bijlagen.

1.1. Respons

Er zijn 56 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. 54 instellingen hebben de tussenrapportage ingeleverd (96%). Verder hebben 2 instellingen geen gebruik gemaakt van het format voor tussenrapportage, waardoor de gegevens van deze instellingen onvolledig zijn. En 1 instelling heeft een slotrapportage aangeleverd; de inhoud hiervan wordt zowel bij dit verslag als bij het verslag van de slotrapportages meegenomen.

Alle 54 instellingen, ongeacht fusie of samenwerking, hebben afzonderlijk een slotrapportage ingediend, welke in dit verslag zijn verwerkt.

De 54 instellingen geven aan het volgende aanbod te verzorgen:

Tabel 1. Aanbod instellingen

	n	%
Psychiatrie	31	57%
Forensische psychiatrie	18	33%
Kinder/jeugdpsychiatrie	24	44%
PAAZ	13	24%
PUK	4	7%

Als bij het verwerken van de slotrapportages het 'projectjaar 2011' wordt afgesloten, is het wellicht wenselijk en mogelijk om gegevens uit te splitsen naar het aanbod van de instellingen.

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 (al) behaald zijn.

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.

Hoofddoelstelling

Alle 54 instellingen hebben een hoofddoelstelling geformuleerd; 14 (26%) instellingen geven aan dat zij deze hoofddoelstelling reeds behaald hebben, bij 38 (70%) instellingen is de hoofddoelstelling nog niet behaald en 2 (4%) instellingen hebben dit niet aangegeven. Aangezien het hier een tussenrapportage betreft, is het niet verwonderlijk dat driekwart van de instellingen de hoofddoelstelling nog niet behaald heeft.

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=38, 70%) benoemt een hoofddoelstelling die gericht is op reductie van dwang en drang, waarvan 28 instellingen een meetbare hoofddoelstelling hebben geformuleerd, uitgedrukt in een percentage of getal.

Er zit veel variatie in 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=19), 12 instellingen geven een percentage aan, gericht op het verminderen van dwang en drang in het algemeen. Eén instelling noemt 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 16 instellingen (30%) 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=12)
- 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 reductie van separatie in aantal en duur als implementatie van best practices).

Subdoelstellingen

Door 53 instellingen zijn aanvullende subdoelstellingen geformuleerd. De ene instelling die dit niet heeft gedaan heeft de tussenrapportage niet volgens het aangeboden format aangeleverd. In totaal zijn er door de 53 instellingen 431 subdoelstellingen opgesteld. De helft van deze subdoelstellingen is inmiddels 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

Tabel 2. behaalde subdoelstellingen. aantallen

	n	%
Subdoelstelling behaald	215	50%
Subdoelstelling niet behaald	138	32%
Niet duidelijk of niet bekend	78	18%
Totaal	431	100%

Het betreft hier een tussenrapportage, waarbij niet verwacht mag worden dat doelstellingen al gerealiseerd zijn. Naast inhoudelijke voortgang zijn er ook andere aspecten die van invloed zijn op het nog niet behalen van doelstellingen op dit moment. Zo geven 6 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 tussenrapportage $54+431= 485$. Dit 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.

3.1. Argus, cliënten en afdelingen

50 instellingen (93%) gebruiken de Argus dataset voor registratie van dwangtoepassingen. Het gebruik van MITS (Monitor Informatiesysteem Terbeschikking Stelling) wordt door 2 instellingen gedaan, 1 instelling heeft een eigen excelregistratie (waarvan niet duidelijk is of dit gebaseerd is op de Argus dataset) en 1 instelling heeft geen antwoord gegeven op deze vraag. 2 instellingen hebben specifiek aangegeven dat zij naast Argus nog een andere vorm van registratie bijhouden voor de doelgroep jeugd.

Ook is gevraagd van welke cliëntenpopulatie de gegevens geregistreerd worden. Hierbij geven 49 (91%) instellingen aan dat gegevens van alle cliënten waarbij vrijheidsbeperking wordt toegepast geregistreerd worden. Een viertal instellingen doet dit voor een specifieke afdeling of geselecteerde groep cliënten en van 1 instelling is dit niet bekend.

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). 41 (76%) 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 3-tal PAAZ afdelingen aangeven dat zij als enige afdeling van het ziekenhuis waartoe zij behoren, activiteiten ontplooiën gericht op het verminderen van dwang en drang. Het lijkt logisch dat dit geldt voor alle 13 PAAZ-afdelingen, alleen hebben de overige 10 dit niet specifiek benoemd.

Er is een stijging te zien ten opzicht van de slotrapportages 2010, waarbij de helft van de instellingen aangaf dat de activiteiten zich richten op alle afdelingen; bij deze tussenrapportage 2011 is dat ruim driekwart.

3.2. Periodieke terugkoppeling

Van de 54 instellingen verzorgen er 48 een periodieke terugkoppeling (89%). Bij 2 instellingen is er sprake van een incidentele terugkoppeling, 1 instelling geeft aan in januari 2012 te starten met het geven van een terugkoppeling en van 1 instelling is niet bekend of er sprake is van structurele 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).

3.3. Doelgroepen voor terugkoppeling

Bij alle 54 instellingen, ongeacht structurele (48), incidentele (2) of nog te starten terugkoppeling (1), is gekeken voor welke doelgroepen een terugkoppeling wordt verzorgd. Deze vraag is door 1 instelling niet ingevuld.

Tabel 3. Doelgroepen (n=54)*

	n	%
Raad van Bestuur	49	91%
Directie	42	78%
Geneesheer-directeur	49	91%
Projectorganisatie	44	81%
Stafafdeling	28	52%
Cliëntenraad	38	70%
Familieraad	17	31%
M of M commissie	38	70%
Psychiaters	48	89%
Artsen	42	78%
Management	47	87%
Teamleiders	42	78%
Aandachtsfunctionaris	41	76%
Medewerkers op de afdeling	44	81%
Overig (zorgkantoor, IGZ, RvT, Stuurgroep, commissie)	8	15%

*meerdere antwoorden mogelijk

Duidelijk is dat er een brede terugkoppeling wordt verzorgd aan betrokken doelgroepen.

3.4. Frequentie van terugkoppeling

Er is een grote diversiteit in frequentie van terugkoppeling van cijfermatige gegevens bij de 54 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. 1 instelling heeft deze vraag niet beantwoord.

Tabel 4. Frequentie (n=54)*

	n	%
Jaarlijks	24	44%
Per half jaar	25	46%
Per kwartaal	37	69%
Per twee maanden	6	11%
Per maand	25	46%
Per week	16	30%
Anders	12	22%

*meerdere antwoorden mogelijk

Van de 12 instellingen die aangeven dat zij een andere terugkoppeling frequentie 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=54)*

	Jaar	Halfjaar	Kwartaal	2 maand	Maand	Week	anders
Raad van Bestuur,	15	12	22	-	4	-	3
Directie	8	9	21	-	7	1	3
Geneesheer-directeur	6	10	18	1	10	5	6
Projectorganisatie	2	7	19	1	13	5	4
Stafafdeling	4	3	15	-	10	-	5
Cliëntenraad	8	10	12	1	-	-	2
Familieraad	6	5	4	-	-	-	2
M of M commissie	5	6	17	2	10	-	5
Psychiaters	4	7	17	2	8	7	4
Artsen	4	5	15	2	8	4	3
Management	4	7	21	1	12	4	6
Teamleiders	1	7	15	1	7	9	4
Aandachtsfunctionaris	2	4	14	-	8	10	7
Medewerkers op de afdeling	4	10	18	2	9	2	6
Overig	2	4	-	-	1	-	4

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 klein zijn en er veel variatie is, valt op dat Raad van Bestuur en Directie het meest een jaarlijkse terugkoppeling ontvangen. De meeste terugkoppelingen vinden per kwartaal plaats, gevolgd door maandelijks terugkoppeling of terugkoppeling per half jaar.

3.5. Koppeling Planning & Control cyclus

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 (81%) instellingen geven aan dat er sprake is van een koppeling aan de P&C-cyclus van de organisatie, bij 9 (17%) instellingen is dat (nog) niet het geval en 1 (2%) instelling heeft de vraag niet beantwoord.

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	23
Verspreiding van rapporten met Argus cijfers, terugkoppeling	8
Opname in kwaliteitssysteem (NIAZ, HKZ, audits, PDCA-cyclus)	7
Opname in werkoverleg	7
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

3.6. Effect van terugkoppeling

Men is in de instellingen wel overtuigd van het (positieve) effect van het terugkoppelen van gegevens. Deze vraag is door 50 (93%) instellingen beantwoord. Er is 70 keer (door 44 instellingen) een positief effect genoemd en 8 keer (door 6 instellingen) zijn andere geluiden weergegeven.

Tabel 7. Effect van terugkoppelen van (Argus-)gegevens (n=50)*

	n
Bewustwording, aandacht, het 'blijft leven', inzicht	33
Op basis van cijfers wordt gestuurd en worden verbeterplannen gemaakt	27
Positief effect op medewerkers: enthousiasme, motivatie	9
Er wordt beter geregistreerd	1
Het is nog te vroeg hier iets over te zeggen	3
Aantallen zijn te klein	1
Registratiedruk	1
Interpretatie Argus lastig	1
Moet nog meer aandacht krijgen	1
Er vindt nog geen sturing plaats	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. De vraag (vraag 12) 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 9. De vraag is door 43 instellingen beantwoord, waarvan er 4 aangaven dat de cijfers van dwangtoepassingen niet zichtbaar worden gemaakt. Bij 5 instellingen was het antwoord onduidelijk en 6 instellingen hebben de vraag niet beantwoord.

Tabel 8. Wijze waarop cijfers zichtbaar worden gemaakt (n=39)*

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

*meerdere antwoorden mogelijk

De redenen die werden genoemd om de cijfers niet zichtbaar te maken:

- De cijfers zijn (nog) onbetrouwbaar (reden: men is later met registratie gestart);
- "het heeft amper enig belang" (een PAAZ-afdeling);
- Prioriteit ligt eerst bij terugkoppeling naar direct betrokkenen en management;
- Een goed idee voor verbeteringen in 2012.

3.8. Knelpunten bij registratie

Registratie verloopt niet altijd vlekkeloos. Zeker niet in een startfase of bij overstap naar andere systemen. Aan de 54 instellingen is gevraagd welke knelpunten zij ervaren bij de registratie van dwangtoepassingen. 53 instellingen hebben deze vraag beantwoord; 49 (92%) gaven knelpunten aan en 4 (8%) instellingen gaven aan dat zij geen knelpunten ervaren. Er wordt een veelheid aan knelpunten weergegeven (tabel 9).

Tabel 9. Knelpunten bij registratie (n=49)*

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

*meerdere antwoorden mogelijk

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, 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 het jaar 2010 en de eerste 9 maanden van 2011.

1 instelling heeft deze gegevens niet aangeleverd, omdat ze niet bekend zijn; zij geven aan dat de Argusregistratie per juli 2011 gestart is.

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 is gebaseerd op 52 instellingen.

4.1. Gesepareerde cliënten

Aan alle instellingen is gevraagd om het aantal cliënten te vermelden, dat in de eerste 9 maanden van 2011 gesepareerd is op afdelingen waar het project aan de orde was.

6 van de 52 instellingen die de vraag beantwoord hebben, geven aan dat deze gegevens (nog) niet bekend zijn. 1 instelling geeft een schatting/gemiddelde door aan te geven '47-53 cliënten per kwartaal'. De overige 45 instellingen geven aan dat zij gezamenlijk 3212 cliënten gesepareerd hebben in de eerste 9 maanden van 2011. Dit aantal is echter niet volledig betrouwbaar, aangezien de volgende factoren meespelen:

1. Het is 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. 4 instellingen geven expliciet aan dat zij het aantal unieke cliënten vermeld hebben; van de overige instellingen is dit niet bekend;
2. 3 instellingen hebben een aantal vermeld wat betrekking heeft op een andere periode dan de gevraagde 9 maanden van 2011 (6 of 8 maanden);
3. 1 instelling heeft de gegevens van 9 maanden zelf geëxtrapoleerd naar het hele jaar 2011.

4.2. Aanwezigheid separeer- en afzonderingsruimtes

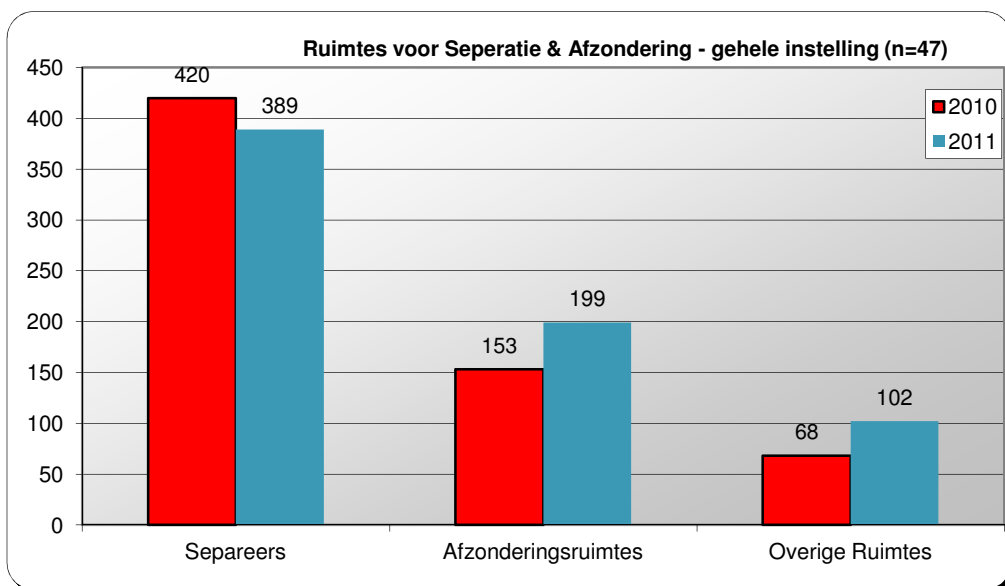
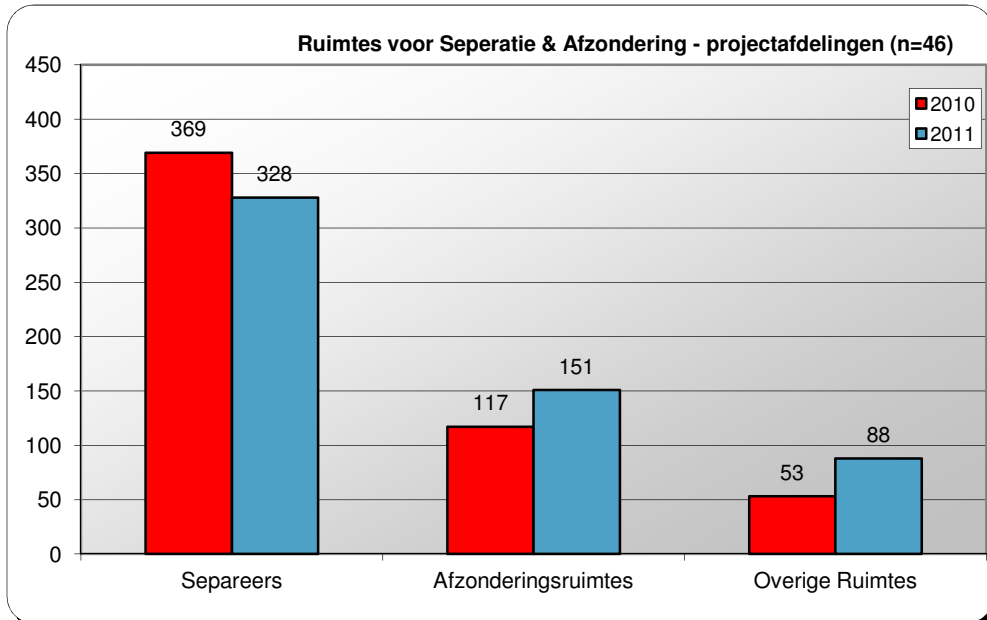
Om in kaart te brengen of er wijzigingen plaats vinden in de aantallen separeerruimtes en ruimtes voor afzondering en zo ja welke, is aan alle instellingen gevraagd om aan te geven:

- 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 7 instellingen onderscheid gemaakt tussen projectafdelingen en de gehele instelling.

Door 7 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 42 instellingen zijn de gegevens compleet (79%). In onderstaande 2 grafieken zijn alle aangeleverde en bruikbare gegevens verwerkt.



47 instellingen geven aan dat er in 2010 gezamenlijk 420 separeerruimtes in de gehele instelling zijn en 389 in 2011 (tweede grafiek). Dit is een daling van 7,4%. In de praktijk zal het verschil groter zijn, omdat 2 instellingen alleen voor 2011 het aantal separeerruimtes hebben aangegeven (voor 2010 is dan het aantal '0' meegenomen). 16 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 30% en 50%. Uit de aangeleverde gegevens is

niet af te leiden of er een verschuiving heeft plaatsgevonden en separeers zijn omgebouwd tot ruimtes voor afzondering.

Een instelling geeft aan dat als GGZ instellingen het aantal separeerruimtes afbouwen en meer gebruik gaan maken van comfortrooms en IC-afdelingen, er dan verschuiving plaats kan vinden van cliënten die gesepareerd moeten worden naar een instelling die nog wel voldoende separeercapaciteit en de benodigde kennis heeft.

4.3. Trend dwangtoepassingen 2010-2011

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

<p>17 Geef het aantal vrijheidsbepkende 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.</p>	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					

* Vermeld hier de gegevens van de eerste 9 maanden van 2011.

Per item is de respons wisselend (zie tabel 10). 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;
- 4 instellingen hebben de cijfers van 2011 zelf geëxtrapoleerd naar een heel jaar;
- 2 instellingen hebben de gegevens van 2011 aangeleverd over een andere periode dan de gevraagde 9 maanden;
- 1 instelling heeft bij het aantal afzonderingen het aantal cliënten vermeld wat afgezonderd is, in plaats van het totaal aantal gestarte afzonderingen.

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 vrijheidsbepkende interventies die door de instellingen worden geregistreerd en ervaren.

Voor het bepalen van de dalende of stijgende trendlijn in tabel 10, zijn de aangeleverde gegevens van de eerste 9 maanden van 2011 geëxtrapoleerd naar een heel jaar.

Tabel 10. Trends

	Respons (n)	Trend	n	%
Aantal gestarte separaties	46 (85% van totaal)	Daling	17	31%
		Stijging	28	52%
		Gelijk	0	0%
		0 of n.v.t.	1	2%
		Niet bekend	8	15%
Duur separaties in uren	40 (74% van totaal)	Daling	22	41%
		Stijging	18	33%
		Gelijk	0	0%
		0 of n.v.t.	0	0%
		Niet bekend	14	26%
Aantal gestarte afzonderingen	43 (80% van totaal)	Daling	14	26%
		Stijging	15	28%
		Gelijk	1	2%
		0 of n.v.t.	13	24%
		Niet bekend	11	20%
Duur afzonderingen in uren	35 (65% van totaal)	Daling	14	26%
		Stijging	12	22%
		Gelijk	0	0%
		0 of n.v.t.	9	17%
		Niet bekend	19	35%
Aantal gestarte fixaties	42 (78% van totaal)	Daling	11	20%
		Stijging	14	26%
		Gelijk	5	9%
		0 of n.v.t.	12	22%
		Niet bekend	12	22%
Duur fixaties in uren	31 (% van totaal)	Daling	12	22%
		Stijging	13	24%
		Gelijk	0	0%
		0 of n.v.t.	6	11%
		Niet bekend	23	43%
Dwangmedicatie	40 (% van totaal)	Daling	19	35%
		Stijging	14	26%
		Gelijk	1	2%
		0 of n.v.t.	6	11%
		Niet bekend	14	26%
Vocht en voeding	31 (% van totaal)	Daling	4	7%
		Stijging	8	15%
		Gelijk	0	0%
		0 of n.v.t.	19	35%
		Niet bekend	23	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.

50 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 (21)
- start registratie, registratietoename, toename van aantal registrerende afdelingen, betere registratie (9)
- nieuwe afdeling zorgt voor toename van cliënten (4)
- gastplaatsingen van andere instellingen (4)
- verbouwing binnen de instelling (3)
- door het sluiten van bedden of separeers bij collega-instelling, vindt verschuiving plaats (2)
- reorganisatie (inhoudelijk, organisatorisch, bestuurlijk) (2)
- toename dwangmedicatie door beleidskeuze (1)
- door bezettingsproblemen kon geen 1-op-1 begeleiding gegeven worden (1)
- ontbreken van alternatieve ruimtes, zoals een comfortroom of afzonderingsruimte (1)
- stijging fixatie door veranderd beleid verpleeghuizen (1)

Daling van dwang en drang door:

- Inzet van diverse interventies en alternatieven (7)
- Cultuurverandering, bewustwording (5)
- Sluiting van separeer- en afzonderingsruimtes, waardoor inzet van alternatieven noodzakelijk wordt (1)
- Nieuwe afdeling met gesloten appartementen (1)
- Cliëntfactoren: minder problematische casuïstiek (1)
- Beleid gericht op verminderen van tijdsduur dwang en drang (1)

Overige opmerkingen:

- Cijfers zijn mogelijk niet betrouwbaar, niet vergelijkbaar (11)
- Dwang en drang komt nauwelijks voor, kleine aantallen (3)
- Aantal cliënten en situaties niet meenomen in registratie (2)
- Periodieke terugkoppeling is goede feedback voor bijstelling van beleid (2)
- IC-afdeling moet uitkomst bieden om dwang en drang verder terug te dringen (1)
- Onderling vergelijken met andere KJP-instellingen kan nog niet (1)
- Niet alle gewenste gegevens zijn uit de database te halen (1)
- Verschuiving van separatie naar afzondering (1)

2 instellingen geven aan geen verklaring te kunnen geven voor de toe- of afname van dwang en drang.

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

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. Vrijwel alle instellingen (n=53, 98%) hebben hierbij succesfactoren (n=245) en knelpunten (n=143) 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=22 instellingen). Slechts 4 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. Dit kan gekoppeld zijn aan een bestaand overleg (MD-overleg, casuïstiekbespreking) of een nieuw overleg/gremium 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=25).

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, aandachtfunctionaris en leidinggevende) wordt als succesfactor genoemd (n=7).

De kracht van sleutelfiguren en hun betrokkenheid

Het zijn de mensen die het doen. 28 Instellingen benoemen het hebben van kartrekkers (hieronder vallen ook de aandachtfunctionarissen (door 13 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 familiaaraad; n=34).

Door 4 instellingen wordt aangegeven dat de projectleider (zoals in tabel 11 aangegeven, in totaal 10 maal genoemd), een belangrijke spilfunctie vervult.

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 11. Succesfactoren organisatie en structuur (n=53)*

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

*meerdere antwoorden mogelijk

Knelpunten

Van de 54 instellingen, hebben er 51 knelpunten benoemd, 1 instelling geeft aan dat er geen knelpunten zijn, 1 instelling geeft aan dat het nog te vroeg is om iets te zeggen en 1 heeft de vraag niet beantwoord.

De genoemde knelpunten zijn voornamelijk gerelateerd aan organisatorische zaken. Opvallend, maar verklaarbaar, is dat 12 instellingen (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.

Ruim 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 30 instellingen (59%) samen 49 knelpunten aan op medewerksvlak, waarbij continuïteit van personeel het grootste probleem is.

Tabel 12. Knelpunten organisatie en structuur (n=51)*

	n		
Knelpunten t.a.v. implementatie, borging en blijvende aandacht	21	Organisatie	73
Bezuinigingen	12		
Reorganisatie	12		
Project- en procesgerelateerde knelpunten (vertraging, startproblemen, te veel tegelijk, omvangrijk)	10		
Knelpunten t.a.v. overlegstructuur	7		
Praktische knelpunten (bouwkundig, facilitering)	5		
Administratiedruk	3		
Leiderschap	2		
Communicatie	1		
Personele problemen (wisseling, onderbezetting)	24		
Overige medewerkergebonden knelpunten (betrokkenheid, samenwerking, verantwoording nemen, parttimers)	22		
Werkdruk	2		
Aanwezigheid meerdere kartrekkers	1		
Registratie en ICT-gerelateerde knelpunten (Argus, koppeling systemen)	9	Kennis	14
Onvoldoende scholing, weinig kennis (doordat er weinig DD plaatsvindt)	5		
Cliëntgerelateerde knelpunten (moeilijke cliënten, specifieke doelgroep)	2	Overig	7
Externe factoren (samenwerking externe partijen, druk van buitenaf)	4		
Toename van agressie en gevoel van onveiligheid	1		

*meerdere antwoorden mogelijk

5.2. Meten is weten

Een belangrijke factor voor het welslagen van het terugdringen van dwang en drang is datagestueerd 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.

Aan de instellingen is gevraagd welke meetinstrumenten succesvol zijn ingezet om dwang en drang te verminderen. 49 (91%) instellingen geven aan dat de Argusdataset als succesvol wordt ervaren om vrijheidsbeperkende interventies in kaart te brengen, 2 (4%) instellingen gebruiken MITS en 3 (5%) instellingen hebben geen antwoord gegeven op de vraag. 13 (24%) instellingen geven aan dat SOAS-R een bijdrage levert aan het verminderen van dwang en drang. Daarnaast geeft de helft van de instellingen aan (n=27) dat zij andere meetinstrumenten gebruiken:

Tabel 13. Overige succesvol ingezette meetinstrumenten

	Aantal malen genoemd
Instrumenten: risicotaxatie-instrumenten, (onderdelen van de) crisismonitor (BVC, Kennedy, BPRS, SDAS), crisiskaart	14
Methoden: risico-inventarisatie, signaleringsplannen, vroegsignalering, PANNS	7
Registratie van incidenten (VIM, M&M, eigen MIZ, eigen Excel, checklist agressie)	8
Overige instrumenten (PCLR, RIMAP, HKT, CMAI, HADS, DOS, asdaQ, HDRS, CGI, ROM)	11
Totaal instellingen	27

*meerdere antwoorden mogelijk

Knelpunten

5 instellingen (9%) geven specifiek aan dat zij geen knelpunten kunnen benoemen ten aanzien van het gebruik van meetinstrumenten. Door 44 (81%) instellingen werden gezamenlijk 83 knelpunten benoemd en 5 instellingen (9%) hebben de vraag niet beantwoord.

De knelpunten bevinden zich voornamelijk op het vlak van de gebruiker, gevolgd door technische knelpunten en inhoudelijke knelpunten.

Tabel 14. Knelpunten bij registratie (n=44)*

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

*meerdere antwoorden mogelijk

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

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.

Maar liefst 305 succesfactoren zijn door de 53 instellingen (98%) benoemd (1 instelling heeft deze vraag niet beantwoord), aangevuld met 83 knelpunten door 44 instellingen (81%).

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

Tabel 15. Succesfactoren cliëntgerichte interventies

	Aantal malen genoemd
Structurele scholing	40
Betrekken familie en naasten, rooming in	35
Gastvrije zorg	31
intensivering of aanpassing dagbesteding	30
Ruimtelijke en facilitaire aanpassingen (zie ook 5.5)	25
Inzet ervaringsdeskundige(n)	22
Beleid bij binnenkomst, eerste vijf minuten	19
Het inzetten van meetinstrumenten, vroegsignalering, audits, meting door cliëntenraad	17
Intensieve cliëntbegeleiding (1-op-1, meer verpleegkundigen op groep, high care)	15
Procesgerichte verbeteringen (1) <ul style="list-style-type: none"> - Eerst kijken naar alternatieven (7) - besluitvorming tot separeren/DD (3) - toolkit als hulpmiddel (1) - versnellen behandelopties (1) - stappenplan, richtlijnen (3) 	16
Algemene visie en werkwijzen ten aanzien van cliëntgerichte zorg (herstelondersteunende zorg, de-escalerend werken, alternatieven)	8
Personeel/teamgebonden items (Inzet ATAS (2), vrijwilligers (2), bewust team (1), overleg (1), coaching (1), communicatie (1))	8
Evaluatie van dwang en drang (zie ook 5.4)	8
Samenwerking (ambulant-klinisch, verwijzers)	6
Participatie cliënt/cliëntenraad	5
Gesprekstechnieken	4
Bezoek van anderen (IGZ, bestuur, mystery guest)	3
Symposium, kennisdag, kennis personeel	3
Consultatieteam	2
Diversen (dieren, fixatieproject, aanpassing werktijden, vrije bezoektijden, innovatie, casereport Bopz, folder cliënt, medicatiebeleid)	8
Totaal instellingen	53

*meerdere antwoorden mogelijk

Driekwart van de instellingen (n=40, 75%) 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. 30 instellingen (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 bijna de helft van de instellingen (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 21 instellingen (40%) die dit genoemd hebben. Er is veel variatie in de inhoud van de dagbesteding: sport (fitness, runningtherapie), muziek, spel en mindfulness zijn de specifieke 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 22 instellingen (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 19 instellingen (36%) als succesfactor aangemerkt en veelal uitgewerkt in de vorm van de best practice 'de eerste vijf minuten'.

Tabel 15 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.

Doorschieten in succes kan een valkuil zijn. 2 instellingen gaven aan dat ze mogelijk te ver zijn gegaan in het voorkomen van separatie. Er was sprake van een dermate complexe situatie met veel overlast, waarbij achteraf geconstateerd werd dat separeren wellicht een betere interventie was geweest. Meer informatie over de genoemde knelpunten is te lezen in de volgende paragraaf.

Een instelling gaf een passend citaat bij cliëntgerichte succesfactoren:

Succesfactor =

- *De mix van interventies*
- *De mate waarin teams 'geloven' in de interventie*
- *De sturing op de interventie*

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. Personeelsgerelateerde knelpunten worden door 23 instellingen herkend (dit is ruim de helft van het aantal instellingen wat antwoord heeft gegeven op deze vraag).

Naast personele knelpunten zijn er ook organisatorische knelpunten (n=21) zoals reorganisatie, financiële knelpunten en knelpunten ten aanzien van borging en besluitvorming. Deze knelpunten worden door 19 instellingen benoemd.

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

Tabel 16 geeft een volledige opsomming van de genoemde knelpunten.

Tabel 16. Knelpunten cliëntgerichte interventies

	Aantal malen genoemd
Onvoldoende continuïteit (8) en kennis/ervaring (3) van personeel	11
Knelpunten ten aanzien van weerstand tegen veranderingen, draagvlak en motivatie, aandacht en tijd	10
Bouwkundige knelpunten, ontbreken van alternatieve ruimtes (zie ook 5.5)	9
Financiële knelpunten, bezuinigingen	6
Reorganisatie	5
Afwezigheid en onvoldoende betrokkenheid van cruciale personen/teams	5
Knelpunten ten aanzien van dagbesteding en het betrekken van cliënten	5
Complexe cliëntsituaties	4
Knelpunten ten aanzien van meetinstrumenten en evaluatie (zie ook 5.4)	4
Onvoldoende borging	4
Knelpunten ten aanzien van ervaringsdeskundigheid	4
Hoge werkdruk, grote span of control	4
Onvoldoende familieparticipatie	3
Knelpunten ten aanzien van besluitvorming en procedures	2
Verschillen per afdeling/team	2
Doorschieten in gastvrijheid	2
Getraumatiseerde medewerkers	1
Topdownbenadering	1
Onvoldoende sturing op interventies	1
Totaal instellingen	44

*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.

De vraag was als volgt geformuleerd:

22 Op welke wijze en met wie vindt structurele evaluatie van incidenten binnen uw instelling plaats? <small>(voorbeelden zijn: incidentbespreking (frequentie?), interviewbijeenkomsten, moreel beraad, kwaliteitsaudits)</small>	
---	--

De vraagstelling was te algemeen gericht op structurele evaluatie van incidenten, terwijl eigenlijk alleen inzage gewenst was in evaluatie van vrijheidsbeperkende interventies. Ook is expliciet gevraagd met wie de structurele evaluatie in de instelling plaatsvond. Toch hebben 25 respondenten dit deel van de vraag niet beantwoord. In de slotrapportage 2011 zal de vraag aangepast worden.

Voor nu is er voor gekozen om alle gegeven antwoorden te verwerken, waardoor een breed beeld geschetst kan worden van evaluatie van incidenten in de instellingen.

Van de 54 instellingen hebben er 53 diverse wijzen genoemd van structureel evalueren van incidenten. Slechts de helft van de instellingen (n=27, 50%) heeft ook aangegeven wie aanwezig is bij de evaluatiemomenten. Een instelling (2%) geeft aan dat dit wisselt per lokatie en een andere instelling (2%) benoemt expliciet dat zij dit in de toekomst wel gaan doen en dat het evaluatieformulier in ontwikkeling is. De overige 25 instellingen (46%) 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 (12 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 13 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 17 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 17. Wijze van structurele evaluatie van incidenten

	Aantal malen genoemd
Incidentnabespreking na iedere incident/vrijheidsbeperkende interventie	37
Intervisie	24
Melding bij daartoe aangewezen commissie (+ systeem) voor het melden van incidenten (VIM, MIP, DIM, incidentcommissie)	20
Opgenomen in kwartaalrapportages management, verslag naar directie, bespreking op managementniveau	13
Casuïstiekbespreking, cliëntbespreking	12
Evaluatie door middel van (interne) audits	11
Melding bij de M-of-M-commissie (DD-commissie)	8
Moreel beraad	8
Bespreking in team/afdelingsoverleg	6
Systematisch onderzoek bij grote incidenten, rapportage en bespreking met bestuur	3
Ochtendrapport, dagelijks planbordoverleg	3
Specifiek separatieoverleg (TZAS)	3
Psychiateroverleg, overleg medische discipline	2
Reconstructie	1
Veiligheidsvisitatie	1
Door een team van ervaringsdeskundigen	1
Consultatieteam	1
Melding van incidenten vindt incidenteel plaats	1
Structurele incidentevaluatie gekoppeld aan implementatie crisismonitor	1
Totaal instellingen	53

*meerdere antwoorden mogelijk

Welke personen zijn betrokken bij evaluatie van incidenten?

Van de 27 instellingen die dit deel van de vraag beantwoord hebben, geven er 20 (74%) aan dat incidenten en/of vrijheidsbeperkende interventies besproken worden met het team. 11 instellingen (41%) geven expliciet aan dat de cliënt hierbij betrokken wordt. Door 4 instellingen wordt aangegeven dat leidinggevendenden ook betrokken worden. Enkele instellingen (n=5, 19%) noemen nog specifieke personen die een rol spelen bij nabespreking van incidenten.

Tabel 18. Aanwezigen bij evaluatie van incidenten

	Aantal malen genoemd
(verpleegkundig) team, afdeling	20
Patiënt, cliënt	11
Management	5
Multidisciplinair team	3
Betrokken medewerkers	3
Specifieke personen:	12
- Psychiater (3)	
- Arts (1)	
- Aandachtsfunctionaris (1)	
- Jurist (1)	
- Hoofd sociotherapeutisch milieu/sociotherapeut (2)	
- Hoofdbehandelaar (1)	
- Individuele melders (1)	
- Familie (1)	
- Hulpverleners (1)	
Totaal instellingen	27

*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.

Door 47 instellingen (87%) zijn een groot aantal **succesfactoren** benoemd (n=187) op het gebied van gebouw en ruimte die bijdragen aan het verminderen van dwang en drang. 1 instelling geeft specifiek aan dat er geen succesfactoren zijn. Naast de 'plussen' zijn er ook altijd de 'minnen'; 43 instellingen (80%) geven op dit vlak 79 knelpunten aan. 3 instellingen geven specifiek aan dat er geen knelpunten zijn ten aanzien van gebouw en ruimtes. 4 instellingen hebben deze vraag niet beantwoord.

Tabel 19. Bouwkundige voorziening als succesfactor

	Aantal malen genoemd
Comfortroom	32
Buitenvoorziening (tuin, patio, binnentuin, tuinkamer)	27
Andere specifieke ruimte (rust/relaxruimte, chillruimte, herstelruimte, verpooskamer, Stripkamer, veilige kamer, prikkelarme ruimte/slaapkamer)	16
Bouwkundige aanpassingen (splitsen afdeling, open balie, ruime afdeling, aparte woonunit, raam in deur, muur geplaatst, gesloten appartementen, samenwerking in paviljoen)	15
Ruimte voor dagbesteding, sport, spel (WII 2x)	13
Aanpassing aan interieur en sfeer, healing environment	11
Eenpersoonskamers (al dan niet met eigen sanitair)	10
Cameratoezicht	9
Gebruik van zintuiglijke prikkeling (geur, kleur, geluid)	9
IC-unit, High-care-unit	8
Huiskamer, conversatieruimte, ontmoetingsruimte, werkplek in huiskamer, eetkamer	7
Familiekamer, gebruik specifieke ruimte voor bezoek, voorzieningen voor familie	6
Een goed geoutilleerde separeer	6
Afzonderingskamer	4
Comfortzone, ruimte voor 1-op-1 begeleiding	3
Cliëntspecifieke aanpassingen (emotiebandjes, extra lage bedden, sensory care stoel)	3
Rookruimte	2
Desepareerruimte, open deur voorruimte	2
Het sluiten van separeerruimtes	2
Opnamekamer	1
Separeerbedden verwijderd	1
Totaal instellingen	47

*meerdere antwoorden mogelijk

Ruim de helft van de instellingen benoemt de buitenvoorziening als succesfactor. Ook diverse bouwkundige aanpassingen (zie tabel 19) 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=32, 68%), maar mogelijk hebben de andere specifieke ruimtes (n=16) dezelfde functie.

Voor intensieve zorg worden diverse ruimtelijke voorzieningen genoemd, variërend van (zachte) separeer, afzonderingsruimte, IC/HC-ruimte tot comfortzones. Bijna de helft van de instellingen (n=21, 45%) melden deze voorzieningen als succesfactor.

11 instellingen geven aan dat zij de afdeling hebben opgefrist, waardoor een aangename sfeer werd gecreëerd; 1 instelling benoemde specifiek dat dit samen met cliënten is gedaan. Ook kunnen ruimtes nader geoutilleerd worden door gebruik te maken van specifieke verlichting, aromatherapie en kleurgebruik met als doel een rustgevende omgeving te bieden (9 keer genoemd).

Verder scoren het hebben van eenpersoonskamers (n=10, 21%) en speciale voorzieningen voor sport en spel (n=13, 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.

9 instellingen (19%) 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 9^e verdieping is een knelpunt).

Tabel 20. Knelpunten ten aanzien van bouwkundige voorzieningen

	Aantal malen genoemd
Gebouw onvoldoende geschikt, oud, ruimtegebrek, lokalisatie van ruimtes, gehorigheid, noodgebouw, vertraging bouw	27
Financiële knelpunten (hoge kosten, bezuinigingen)	16
Meerpersoonskamers, kleine 1 persoonskamers, onvoldoende 1 persoonskamers, gemeenschappelijk sanitair	8
Knelpunten ten aanzien van buitenruimte	7
Knelpunten met betrekking tot de comfortroom (niet aanwezig, wennen, onvoldoende benut, ruimte niet geschikt)	7
Knelpunten t.a.v. separaers (er is geen alternatief, bereikbaarheid t.o.v. afdeling, nieuwste inzichten ontbreken)	3
Geen open balie	2
Ontbreken van rookruimte	1
Eén grote huiskamer (waardoor het sneller te druk is)	1
Onvriendelijke uitstraling	1
Onvoldoende betrokkenheid bij uitvoerend medewerkers	1
Contact met 'vreemd' volk (citaat)	1
Verbod op cameratoezicht	1
Door het hebben van verschillende mogelijkheden tot afzondering worden deze sneller ingezet. Geven minder het gevoel van separatie	1
Onzekere toekomst van de afdeling	1
Rekening houden met ziekenhuisbeleid	1
Totaal instellingen	43

*meerdere antwoorden mogelijk

Beperkingen met betrekking tot het gebouw en ruimtes worden het vaakst genoemd (n=27, 63%). 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 20).

5.6. Randvoorwaarden

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 160) werden hier benoemd door 52 (96%) van de 54 instellingen (2 instellingen hebben geen antwoord gegeven op deze vraag). In deze paragraaf worden de belangrijkste (=meest voorkomende) vermeld.

Met kop en schouders bovenaan staat scholing van personeel als randvoorwaarde (79%). Dit is nagenoeg gelijk aan de succesfactor 'scholing' bij de cliëntgerichte interventies.

Een andere veel voorkomende succesfactor is de aanwezigheid van sleutelfiguren (aandachtsfunctionarissen, projectleider en overige kartrekkers en specifieke personen, totaal 29 keer genoemd) in de organisatie.

Ruim een kwart van de instellingen benoemd voldoende tijd, geld en middelen als succesfactor en aanvullend geven nog 7 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 21.

Tabel 21. Succesbepalende randvoorwaarden*

	n		
Scholing	41	Organisatie	70
Kaders, ondersteuning staf, faciliteiten, voorbereiding	6		
Betrokkenheid en prioriteit RvB	5		
Organisatiestructuur (werkgroepen, overleg, aanpak	5		
Samenwerking kliniek-ambulant	2		
Gebruik EPD	2		
Samenwerking met ziekenhuis (PAAZ)	2		
Rol management: stimulerend, transparant	2		
Borging van reductie van dwang en drang in de organisatie	1		
Overig (visie, besluitvorming, al lange tijd bezig, participatie CR/FR	4		
Teamaspecten: vast team, variatie, cultuur, goed, kennis, ervaren, flexibiliteit, extra inzet, weinig verloop, leercultuur	17	Personeel	50
Aandachtsfunctionaris, deskundigheidsbevordering door eigen trainers, coaching on the job	14		
Projectleider (met uren, faciliteiten)	9		
Rol van specifieke personen (psychiater, teamleider, ervaringsdeskundige	4		
Kartrekkers	2		
Overig (intervisie, taakomschrijving, uitbreiding formatie)	4	Overig	40
Tijd, geld en middelen	15		
Enthousiasme, commitment, betrokkenheid, acceptatie	10		
Subsidie	7		
bijeenkomsten	3		
Gebruik van signaleringsplan, crisismonitor	2		
Overig (consultatieteam, in pandige anti-iso-poule, comfortrooms)	3		
Totaal instellingen			52

*meerdere antwoorden mogelijk

Naast succesbepalende randvoorwaarden zijn ook hier **knelpunten** te benoemen. Van de 54 instellingen hebben er 44 (81%) knelpunten ten aanzien van randvoorwaarden genoemd. 1 instelling (2%) geeft specifiek aan dat er geen knelpunten worden ervaren en de overige instellingen hebben de vraag niet beantwoord (n=9, 17%). in totaal zijn 86 knelpunten aangegeven.

Tabel 22. Knelpunten met betrekking tot randvoorwaarden*

	n		
Fusie, reorganisatie	5	Organisatie	18
Verschillen per locatie	3		
Andere prioriteiten, bijstelling doelstelling	3		
Onvoldoende ondersteuning en facilitering	2		
Tijdsverlies door procedures en besluitvorming	2		
Onderdeel van ziekenhuis (PAAZ)	1		
Overig (lastig trainen door 24-uurszorg, verdere implementatie)	2		
Discontinuïteit personeel (door wisseling, aanwezigheid bij scholing, ziekte, inzet oproepkrachten)	14	Personeel	32
Hoge werkdruk, veel te doen in te weinig tijd, druk op afdeling	11		
Administratielast	3		
weerstand	2		
Overig (flexwerkers niet in scholingsplan, gebrek tijd psychiater)	2		
Bezuinigingen	15	Overig	36
Onvoldoende tijd, geld en middelen	14		
Complexe patiëntpopulatie	2		
Beëindiging subsidie	1		
Overig (onvoldoende aandacht voor goed nieuws, veranderingen kosten tijd, financiering voor continuering training, aansluiting ambulante klinisch)	4		
Totaal instellingen			44

*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 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).

De complexiteit van de patiëntpopulatie als knelpunt wordt genoemd door 2 PUK-afdelingen. Er wordt aangegeven dat er sprake is van hoogcomplexiteit patiënten met ernstige comorbiditeit. Ook worden er second opinions verricht bij hoogcomplexiteit casuïstiek of worden ernstig verwarde patiënten opgenomen om teams uit de regio te ontlasten. Dit vraagt flexibiliteit als het gaat om randvoorwaarden.

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. 30 instellingen (56%) hebben dit gedaan. In veel gevallen was er sprake van herhaling van reeds genoemde factoren. 1 organisatie geeft aan dat het nog te vroeg is om over overige succesfactoren te kunnen spreken. Hieronder zijn alleen die punten weergegeven die nog niet eerder genoemd waren.

Tabel 23. Overige succesfactoren en knelpunten*

Succesfactoren	n	Knelpunten	n
Culturaspecten (betrokkenheid, flexibiliteit, open cultuur, draagvlak)	10	(Re-)organisatorische zaken	6
Items gerelateerd aan borging in de organisatie: - Integratie risicomangement - Kernwaarden DD in meerjarenbeleidsplan - Structuur organisatie - Prioriteit leiding	6	Zorgen t.a.v de toekomst (verandering wetgeving, bezuiniging)	5
Items gerelateerd aan cliëntgerichte zorg - Goed (door)plaatsen van cliënten - Veel gastplaatsingen, geen toename DD - Werken met zorgpaden - Betrokkenheid patiënten	6	Discontinuïteit psychiaters (3) en personeel	4
Innovatief vermogen van organisatie en mensen, lerende organisatie	5	Problematische of wisselende patiëntpopulatie, caseload	4
Kennis, kunde en kracht personeel (Hoog opgeleide medewerkers, veel expertise, vrijheid van handelen, veel 'uitproberen')	4	Cultuurgebonden aspecten (aanspreek/afrekencultuur)	2
Samenwerking (in/extern), verbinden, netwerk	4	Onvoldoende aansluiting ambulant	3
Momenten en successen vieren	3	medicatiebeleid	2
Overige scholing, training	3	Verschillen per afdeling door wisselende start	1
Subsidie heeft zaken mogelijk gemaakt, in gang gezet	2	Veelheid van lopende projecten	1
Inzet geestelijke verzorging	1	Risico groot project, verlies focus	1
Check Argusregistratie door schaduwlijst	1	Door meer regie stijgt DD	1
MIS Argus voor managementinformatie	1	Benutten van MIS en Argus	1
		Beveiliging : te snel inzetten	1
Totaal instellingen	28		26

*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.

De punten waar volgens de instellingen nog winst valt te behalen zijn zeer divers, maar bieden ideeën en aanknopingspunten, ook voor anderen. Vrijwel alle instellingen hebben dergelijke punten aangedragen (n=51, 94%).

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 24. Punten waarop nog winst valt te behalen*

		Aantal malen genoemd	
Verder terugdringen DD		7	7
Organisatie en structuur	Structurele borging	6	20
	Verdere uitrol in organisatie	3	
	Visie en beleid steviger, ambitieuzer	2	
	Breed risicomanagementbeleid	1	
	Clusteren afdelingen	1	
Meten is weten	Verbeteringen Argusregistratie en terugkoppeling	7	17
	Meetinstrumenten, risicotaxatie	5	
	Signaleringsplannen	4	
Cliëntgerichte zorg	Participatie regionale crisiskaart	1	26
	Inzet van ervaringsdeskundigen	6	
	1-op-1-begeleiding	5	
	familieparticipatie	5	
	Best practices verankeren	3	
	Inzet IC	2	
	Cliënt meer betrekken	2	
Structurele evaluatie	Onderzoek naar specifieke interventies	2	4
	Uitwerking dagbesteding	1	
	Interne consultatie, evaluatie en terugkoppeling	2	
Bouwkundige voorzieningen	Evaluatie separatie met cliënt en familie	1	9
	Evaluatie DD door inzet moreel beraad	1	
	Nieuwbouw, aanpassing gebouw	3	
	Gastvrije omgeving, uitstraling afdeling	2	
	Inzetten van verschillende afzonderingsruimtes	1	
	Concentratie van separeerfaciliteiten	1	
Ambulante zorg	Separeers sluiten	1	14
	Comfortroom creëren	1	
Scholing, training	Aansluiting ambulante zorg, preventie	14	10
Cultuuraspecten		10	6
	Cultuuromslag, blijvende aandacht	6	
Samenwerking	Meer samenwerken, ketensamenwerking	5	7
	Uitwisseling personeel afdelingen	2	
Communicatie		3	3
Implementatie politieconvenant		1	1
Innovatie		1	1
Financiële beperkingen		1	1

*meerdere antwoorden mogelijk

Citaat:

“Op heel veel punten staan we pas aan het begin van een transitie die de komende jaren meer en meer vorm gaat krijgen. Innovatie is de beste borging, samen nieuwe mogelijkheden ontwikkelen.”

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=18) dan instellingen die wel aangeven dat een grens bereikt is (n=7). In totaal hebben 44 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=18)

18 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=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(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)
- Drugspychose (1)
- Destructief gedrag (1)
- Focus op kwaliteit van zorg in plaats van harde reductie (1)

Daarnaast zijn er argumenten genoemd die van invloed zijn op het streven naar een minimum aan dwang en drang (tabel 25).

Tabel 25. Factoren van invloed op streven naar daling dwang en drang

	Aantal malen genoemd
Extreme pathologie, hoogcomplexiteit zorg en uitschieters bepalen de cijfers	8
Geen invloed op patiëntenaanbod/patiëntencategorie	6
Verwachte afname bij IC/HC-afdeling	3
Voor enkele cliënten heeft het toepassen van dwang en drang een functie	2
Bezetting separeer door wachten op overplaatsing	1
Aantal multiprobleem gezinnen neemt toe	1
Onderzoek naar langdurige separaties geeft aanknopingspunten vervolg	1
Tariefstructuur beperkend	1

een passend citaat van één van de instellingen:

Vele instellingen leveren al enige jaren (intensieve) inspanningen om dwang en drang te verminderen, zorgkwaliteit te verhogen, zowel voor patiënten als ook voor betrokken medewerkers.

Het succes in cijfers schommelt behoorlijk in verschillende instellingen, maar als succes gemeten zou worden in cliënttevredenheid en cultuurverandering, zou dit waarschijnlijk toenemend verhoogd zijn.

Bijlage 1. Totaaloverzicht instellingen

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


Bijlage 2. Rapportageformat Tussenrapportages 2011
FORMULIER TERUGRAPPORTAGE GGZ INSTELLINGEN


TUSSENRAPPORTAGE 2011


Formulier in het kader van het aanleveren van een inhoudelijke tussentijdse terugkoppeling 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 **31-12-2011** digitaal retourneren naar i.wallenburg@ggz nederland.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.veiligezorggiederszorg.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@ggz nederland.nl

1. Algemene gegevens

Datum	
Subsidiejaar	
Ontvangen subsidiebedrag	€
Naam instelling	
Aanbod instelling	<input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Forensische psychiatrie <input type="checkbox"/> Kinder/jeugdpsychiatrie <input type="checkbox"/> PAAZ <input type="checkbox"/> 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 (al) behaald?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 deze subdoelstellingen (al) behaald? Geef een toelichting per subdoelstelling en beschrijf de stand van zaken.	

3. Registratie van dwang en drang

5	Wordt er in uw instelling gebruik gemaakt van ARGUS voor registratie van dwang en drang?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE → op welke andere wijze vindt registratie plaats? <input type="checkbox"/> ander systeem, namelijk: <input type="checkbox"/> registratie is in ontwikkeling <input type="checkbox"/> er vindt geen registratie plaats																																																																																																																																								
6	Van welke cliëntenpopulatie worden gegevens geregistreerd?	<input type="checkbox"/> Alle cliënten waarbij vrijheidsbeperking is toegepast <input type="checkbox"/> Geselecteerde groep, namelijk: <input type="checkbox"/> Niet van toepassing																																																																																																																																								
7	Richt het project zich op alle afdelingen waar dwangmiddelen worden toegepast?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, waarom niet: <input type="checkbox"/> Er wordt incidenteel teruggekoppeld																																																																																																																																								
9	Aan welke doelgroep en met welke frequentie vindt terugkoppeling plaats?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jaar</th> <th>Half jaar</th> <th>Kwartaal</th> <th>2 maand</th> <th>Maand</th> <th>Week</th> <th>anders</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Doelgroep:</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Raad van Bestuur</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Directie</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Geneesheer directeur</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Projectorganisatie</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Stafafdeling:</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> Cliëntenraad</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> Familierraad</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> M&M-commissie</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> Psychiaters</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> Artsen</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> Management</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> Teamleiders</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> Aandachtsfunctionaris</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td> Medewerkers op afdeling</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Overig:</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>		Jaar	Half jaar	Kwartaal	2 maand	Maand	Week	anders	Doelgroep:								Raad van Bestuur								Directie								Geneesheer directeur								Projectorganisatie								Stafafdeling:								Cliëntenraad								Familierraad								M&M-commissie								Psychiaters								Artsen								Management								Teamleiders								Aandachtsfunctionaris								Medewerkers op afdeling								Overig:							
	Jaar	Half jaar	Kwartaal	2 maand	Maand	Week	anders																																																																																																																																			
Doelgroep:																																																																																																																																										
Raad van Bestuur																																																																																																																																										
Directie																																																																																																																																										
Geneesheer directeur																																																																																																																																										
Projectorganisatie																																																																																																																																										
Stafafdeling:																																																																																																																																										
Cliëntenraad																																																																																																																																										
Familierraad																																																																																																																																										
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?	<input type="checkbox"/> Ja, op welke wijze: <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Ja, op welke wijze: <input type="checkbox"/> Nee, waarom niet:																																																																																																																																								

	organisatie zichtbaar gemaakt?																																																																																				
13	Welke knelpunten ervaart u bij registratie van dwangtoepassingen?																																																																																				
14	Geef het aantal verpleegdagen in 2011* aan binnen de afdelingen waar het project aan de orde was.																																																																																				
15	Geef het aantal cliënten in 2011* aan dat is gesepareerd binnen de afdelingen waar het project aan de orde was																																																																																				
16	Hoeveel separeer- en afzonderingsruimtes zijn er op de afdelingen waar het project aan de orde was? En hoeveel in de gehele instelling? <table border="1" data-bbox="735 593 1364 705"> <tr> <td colspan="2">Binnen de scope van het project:</td> <td>2010</td> <td>2011</td> </tr> <tr> <td>Separeers</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>afzonderingsruimtes</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Andere mogelijkheid/ruimte tot afzondering</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="735 728 1364 840"> <tr> <td colspan="2">In de gehele instelling:</td> <td>2010</td> <td>2011</td> </tr> <tr> <td>Separeers</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>afzonderingsruimtes</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Andere mogelijkheid/ruimte tot afzondering</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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																																																							
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. <table border="1" data-bbox="735 862 1385 1108"> <tr> <td colspan="2">Project:</td> <td>2010</td> <td>2011*</td> <td>Afname/toename %</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Separaties</td> <td>Aantal gestart</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Duur (uren)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Afzonderingen</td> <td>Aantal gestart</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Duur (uren)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Fixaties</td> <td>Aantal gestart</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Duur (uren)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dwangmedicatie</td> <td>Aantal</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vocht & voeding</td> <td>Aantal</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="735 1131 1385 1366"> <tr> <td colspan="2">Gehele instelling:</td> <td>2010</td> <td>2011*</td> <td>Afname/toename %</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Separaties</td> <td>Aantal gestart</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Duur (uren)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Afzonderingen</td> <td>Aantal gestart</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Duur (uren)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Fixaties</td> <td>Aantal gestart</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Duur (uren)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dwangmedicatie</td> <td>Aantal</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vocht & voeding</td> <td>Aantal</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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			
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.																																																																																				

* Vermeld hier de gegevens van de eerste 9 maanden van 2011.

4. Inventarisatie succesfactoren en knelpunten

<p>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.)</p> <p>En welke knelpunten werken hierbij belemmerend? (voorbeelden zijn: organisatorische problemen, onvoldoende borging/verankering, onvoldoende betrokkenheid, onvoldoende visie/doelen, personele knelpunten, enz.)</p>	<p>Succesfactoren:</p> <p>Knelpunten:</p>
<p>20 Welke meetinstrumenten worden in uw organisatie succesvol ingezet ter vermindering van dwang en drang?</p> <p>En welke knelpunten zijn hierbij te benoemen? (denk hierbij aan onregelmatige of niet actuele registratie)</p>	<p>Meetinstrumenten</p> <p><input type="checkbox"/> ARGUS</p> <p><input type="checkbox"/> MITS</p> <p><input type="checkbox"/> SOAS-R</p> <p><input type="checkbox"/> Overig:</p> <p>Knelpunten:</p>
<p>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.)</p> <p>En welke knelpunten zijn hierbij te benoemen?</p>	<p>Succesfactoren:</p> <p>Knelpunten:</p>
<p>22 Op welke wijze en met wie vindt structurele evaluatie van incidenten binnen uw instelling plaats? (voorbeelden zijn: incidentbespreking (frequentie?), intervisiebijeenkomsten, moreel beraad, kwaliteitsaudits)</p>	

<p>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.)</p> <p>Welke knelpunten zijn hierbij te benoemen?</p>	<p>Bouwkundige voorziening als succesfactoren:</p> <p>Knelpunten:</p>
<p>24 Welke randvoorwaarden zijn binnen uw organisatie als succesfactor te benoemen? (Voorbeelden zijn: tijd, middelen, functiedifferentiatie personeel, scholing, enz.)</p> <p>En welke knelpunten zijn hierbij te benoemen?</p>	<p>Succesfactoren:</p> <p>Knelpunten:</p>
<p>25 Welke overige succesfactoren kunt u voor uw organisatie benoemen?</p>	
<p>26 Welke overige knelpunten kunt u voor uw organisatie benoemen?</p>	
<p>27 Op welke punten is bij uw instelling nog winst te behalen?</p>	
<p>28 Op welke punten zijn bij uw instelling de grenzen van reductie bereikt? (Denk aan bepaalde cliëntdoelgroepen, 'worst cases left over')</p>	

5. Ruimte voor aanvullende toelichting

Hartelijk dank voor uw medewerking!