Behavioural and Societal Sciences
Kampweg 5
3769 DE Soesterberg
Postbus 23
3769 ZG Soesterberg

T 08 88 66 1500 (algemeen)
infodesk@tno.nl/zorgenbouw

TNO-rapport

TNO 2013 R10446

Vrijheidsbeperking in de GGZ: veldnorm insluiting

Datum	April 2013
Auteur(s)	F.J.J. ten Voorde Drs. P.S. van der Schaaf Drs. A.W. Klein Ir. H.J.M. van der Aalst Drs. F.M. Keuning Ir. S.P.M. van Heumen
Aantal pagina's	52 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	5
Opdrachtgever	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Projectnaam	Vrijheidsbeperking in de GGZ: veldnorm insluiting
Projectnummer	054.02223/01.07

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2013 TNO

Waar dit rapport over gaat

- Binnen de geestelijke gezondheidszorg is het ‘uitbannen van eenzame insluiting’ een breed gedragen uitgangspunt onder stakeholders als patiënten, professionals, GGZ Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

- Zowel kortdurende behandeling als chronische zorg wordt steeds meer ambulant, thuis, geleverd. Dat kan alleen als er voldoende achtervang is in de vorm van kortdurende, intensieve klinische zorg voor eerste opvang en crisissituaties. Voor deze relatief nieuwe kijk op de zorgketen worden momenteel diverse concepten voor de functie (zeer) intensieve zorg ontwikkeld, waarbij eenzame insluiting van patiënten in traditionele separeer- en afzonderingsruimten niet langer acceptabel wordt geacht.

- Als desalniettemin patiënten tijdens een opname of bij binnenkomst ernstig ontregeld zijn of (dreigen te) raken of situaties escaleren, kan noodgedwongen of vrijwillige tijdelijke insluiting een oplossing zijn. Naast veiligheid, zijn dan voldoende zorg, aandacht en nabijheid, 24/7 face-to-face contact mogelijkheden en een humane fysieke setting, randvoorwaarden voor insluiting. Deze moeten er aan bijdragen insluiting zo kort mogelijk te laten duren, met minimale belasting en gevolgschade voor patiënt en omgeving.

- Benadrukt wordt dat zowel zorginhoudelijke/organisatorische factoren, als de fysieke omgeving van invloed zullen zijn op de voorspelbaarheid, frequentie, ernst, beheersbaarheid, duur en impact/schade van escalaties/ontregeling. Noch met alleen de juiste fysieke omgeving (waarover dit rapport handelt), noch met alleen de juiste zorg en aandacht zal een goed resultaat bereikt worden. Pas met de juiste combinatie van beide is optimale intensieve zorg mogelijk.

- Om de randvoorwaarden betreffende de fysieke omgeving te bewerkstelligen, bevat de veldnorm in deze rapportage eisen waaraan ruimten voor insluiting (extra beveiligde kamers: EBK’s) moeten voldoen. Ook worden voorbeelden uit de praktijk gepresenteerd die bij het invullen van die randvoorwaarden kunnen helpen.

- Wezenlijk verschil tussen de EBK en traditionele afzonderings- en separeerunits, is de accentverschuiving van ‘beheersen van de ontregelde situatie ter voorkoming van erger’ (traditionele insteek zorgaanbod), naar ‘begrijpen om een zo snel mogelijk herstel van de toestand van voor de ontregeling te bevorderen’ (intensieve zorg bieden).

- Het streven naar het uitbannen van eenzame insluiting wordt door alle betrokken partijen van harte onderschreven. Aantal en duur van afzonderingen en separaties zijn de afgelopen jaren dan ook teruggebracht. Desondanks zullen professionals op de werkvloer de komende jaren nog niet geheel kunnen ontkomen aan het gebruik van traditionele afzonderings- en separeerunits, dan wel insluiting in de eigen kamer van de patiënt. Deze varianten van insluiting vormen echter geen onderwerp van dit rapport. De IGZ zal separaat beleid ontwikkelen en bekendmaken voor het nog gedogen van en toezicht houden op het gebruik van deze traditionele voorzieningen voor insluiting.

Inhoudsopgave

Waar dit rapport over gaat 2

1 Inleiding 4
1.1 Behoefte aan veldnorm en praktijkvoorbeelden 4
1.2 Juridische context 4
1.3 Doel, afbakening en werking 5
1.4 Opdrachtgever 6
1.5 Werkwijze 7
1.6 Leeswijzer 7

2 Zorginhoudelijke ontwikkelingen 8
2.1 Algemeen 8
2.2 Dwang en vrijheidsbeperking 8
2.3 De opkomst van Intensive Care in de GGZ 9
2.4 Ruimtelijke vertaling: welke uitgangspunten? 11

3 De veldnorm 13
3.1 Algemeen 13
3.2 Over ‘de EBK’ en ‘de separeer’ 13
3.3 De veldnorm EBK 14
3.4 Overige regelgeving 23
3.5 Eisen voor nieuwbouw, bestaande bouw en verbouw 24
3.6 Toezicht IGZ op andere situaties van vrijheidsbeperking door insluiting 25

Bijlage(n)
A Afkortingen, begrippen en definities
B Praktijkvoorbeelden
C Lay-out-voorbeelden door verbouw
D Samenstelling klankbordgroep
E Bronnenlijst

1 Inleiding

1.1 Behoefte aan veldnorm en praktijkvoorbeelden

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is het ‘uitbannen van eenzame insluiting’ een breed gedragen uitgangspunt onder stakeholders als patiënten, zorgaanbieders/professionals, GGZ Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Om invulling te geven aan dat uitgangspunt worden sinds enkele jaren tal van preventieve maatregelen en alternatieve zorgconcepten en voorzieningen ontwikkeld. Momenteel gaat veel aandacht uit naar nieuwe vormen van (zeer) intensieve zorg, die geboden wordt in settingen waarbinnen eventueel, maar allerminst verplicht, extra beveiligde ruimten/kamers voor insluiting aanwezig zijn.
Naast deze nieuwe ontwikkelingen zullen volgens de professionals op de werkvloer, ondanks substantiële reducties in aantal en gebruiksduur (separatietijd), traditionele afzonderings- en separeervoorzieningen nog enige tijd in gebruik blijven.
Aan welke (veiligheids)eisen nieuwe concepten en traditionele voorzieningen waarbinnen insluiting plaatsvindt zouden moeten voldoen, lag tot nu toe formeel nergens vast.

De IGZ is in Nederland wettelijk toezichthouder op de kwaliteit van zorg, inclusief de kwaliteit en veiligheid van de bijbehorende huisvesting. In die hoedanigheid heeft de IGZ behoefte aan een actuele veldnorm voor ruimten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) waarin patiënten (kunnen) worden ingesloten. De IGZ wil de zorg en voorzieningen in het veld kunnen beoordelen met objectieve, door alle betrokken partijen gedragen veldnormen, die het minimaal vereiste veiligheids- en kwaliteitsniveau representeren.

Ook GGZ Nederland werkt mee aan een actuele veldnorm voor ruimten waarin patiënten (kunnen) worden ingesloten. Daarmee wil GGZ Nederland vooral zorgaanbieders helpen om een adequate omgeving te creëren voor eigentijdse alternatieven voor of vormen van vrijheidsbeperking.

De in dit rapport opgestelde minimale eisen aan de fysieke omgeving, en de aangereikte voorbeelden en suggesties om de fysieke omgeving zodanig in te richten dat vrijheidsbeperking minimale impact heeft, voorzien in de behoefte van de IGZ en GGZ Nederland.
Benadrukt wordt dat de fysieke omgeving een afgeleide moet zijn van de visie op en de organisatie van zorg! Noch met alleen de juiste fysieke omgeving (waarover dit rapport handelt), noch met alleen de juiste zorg en aandacht zal een goed resultaat bereikt worden. Pas met de juiste combinatie van beide is optimale intensieve zorg mogelijk.

1.2 Juridische context

Elke patiënt die in een instelling verblijft, heeft recht op vrijheid. Alleen onder strikte voorwaarden en in bepaalde omstandigheden kan het recht op vrijheid van de patiënt beperkt worden. Daarvoor geldt een aantal wetten, waaronder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).

De Wet Bopz maakt gedwongen opname en behandeling mogelijk. In deze wet is geregeld in welke instelling of op welke locatie en onder welke voorwaarden gedwongen opname, verblijf, behandeling en vrijheidsbeperking mogen plaatsvinden. De vijf zogeheten “middelen en maatregelen” in het kader van het Besluit middelen en maatregelen Bopz om deze vrijheid te beperken, zijn het meest vergaande onderdeel van een breed scala aan maatregelen die genomen kunnen worden bij het toepassen van verplichte zorg. Het gaat om afzonderen, separeren, fixeren, het toedienen van medicatie onder dwang en het toedienen van vocht en/of voeding onder dwang.

Insluiting in een separeer- of afzonderingsruimte is een zeer grote inperking van de vrijheid. Dat geldt ook voor insluiting in een extra beveiligde kamer (EBK), ondanks het feit dat dit plaatsvindt in de context van intensieve zorg.

Ten tijde van dit schrijven wordt gewerkt aan twee nieuwe wetten ter vervanging van de Wet Bopz. Eén daarvan is de Wet Verplichte GGZ (WVGGZ) voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De andere, de Wet Zorg en Dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, heeft betrekking op de gehandicaptenzorg en de psychogeriatrie. Verder is een nieuwe Wet forensische zorg in de maak, als gevolg waarvan waarschijnlijk meer forensische patiënten zorg zullen ontvangen in de reguliere GGZ. Wanneer deze nieuwe wetten in werking zullen treden is nog niet te voorzien.

1.3 Doel, afbakening en werking

De veldnorm voor de fysieke omgeving waarin insluiting kan plaatsvinden, moet door instellingen kunnen worden gebruikt bij afwegingen voor en als leidraad bij de bouw van ruimten waarin patiënten kunnen worden ingesloten en moet voor de IGZ bruikbaar zijn om er een toezichtsnorm van af te leiden.
Met de veldnorm wordt beoogd een bijdrage te leveren aan de bouw van een humane en veilige zorgomgeving voor patiënten en zorgverleners. De veldnorm bevat minimale eisen voor ruimten waar patiënten bij gevaar voor zichzelf of hun omgeving kunnen worden ingesloten. Verder wordt in deze rapportage geïllustreerd (praktijkvoorbeelden) hoe aan deze eisen kan worden voldaan of het verblijf in de voorzieningen kan worden gehumaniseerd.

Insluiting
Om de toepassing en reikwijdte van de veldnorm af te bakenen, wordt insluiting in de context van dit rapport als volgt gedefinieerd.

Van insluiting in het kader van de “veldnorm insluiting” is sprake als een patiënt zich in een afgesloten ruimte, niet zijnde een traditionele separeer- of afzonderingskamer of de eigen kamer, bevindt, waarin geen hulpverleners fysiek aanwezig zijn en die hij/zij niet zonder tussenkomst van derden kan verlaten of ontsluiten.

Deze insluiting kan uitsluitend plaatsvinden in een specifiek daarvoor geëigende en benoemde ruimte: de extra beveiligde kamer (EBK), die per definitie alleen maar kan bestaan als onderdeel van een zone/afdeling voor (zeer) intensieve zorg.

In de toekomst zal deze vorm van insluiting de enige zijn die in de GGZ is toegestaan, hetgeen met de volgende twee nuanceringen kan worden verduidelijkt.

1. Andere vormen van zorg waarbij één of meer patiënten mogelijk voor kortere of langere tijd door afsluiting van een ruimte bestaande uit meerdere vertrekken in hun bewegingsvrijheid worden beperkt, zoals zorg op een gesloten afdeling of zorg in een IC-zone of -unit, is altijd zorg waarbij hulpverleners fysiek aanwezig zijn en heet intensieve zorg (en geen insluiting). 'Intensieve zorg' zonder dat hulpverleners in de ruimte aanwezig zijn, is geen intensieve zorg. Omdat altijd hulpverleners aanwezig zijn, worden geen specifieke aanvullende (veiligheids)eisen gesteld aan de fysieke omgeving, anders dan de eisen die de zorgaanbieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid en kwaliteitsstandaard aan die omgeving stelt.
2. Traditionele vormen van vrijheidsbeperking, zoals separeren, afzonderen en insluiten in de eigen kamer, zullen in de toekomst niet meer zijn toegestaan. De IGZ zal separaat en in overleg met de sector beleid ontwikkelen en bekendmaken voor het nog gedogen van en toezicht houden op het gebruik van deze traditionele voorzieningen voor insluiting. De traditionele voorzieningen vallen niet onder de reikwijdte van de veldnorm en komen in dit rapport verder niet aan de orde.

Alleen ruimten die, inclusief de inbedding in de directe omgeving, aan de eisen uit de veldnorm voldoen, mogen het predicaat EBK hebben. Daarbij is niet van belang of de ruimte in nieuwbouw wordt gerealiseerd of door verbouw, uitbreiding of aanpassing van een bestaand gebouw.

De veldnorm wordt noodzakelijk geacht, omdat enerzijds de eisen vanuit algemene wettelijke regelgeving onvoldoende garanties bieden voor de kwaliteit en veiligheid van het verblijf in de huidige tijdgeest en anderzijds bestaande aanvullende wetgeving voor zorggebouwen niet meer aansluit op de huidige opvattingen en inzichten ten aanzien van insluiting en intensieve zorg. Ook ruimten voor insluiting die de afgelopen jaren reeds zijn gerealiseerd als onderdeel van nieuwe settingen of concepten voor intensieve zorg, zullen, om als EBK te kunnen worden aangemerkt, moeten voldoen aan de veldnorm.

1.4 Opdrachtgever

Binnen het kader van haar toezichthoudende taak op de kwaliteit van de zorg ziet de IGZ toe op de kwaliteit en veiligheid van huisvesting waarin zorg wordt verleend. De IGZ heeft bij het uitoefenen van haar toezichtstaken voor wat betreft de ruimten waarin patiënten kunnen worden ingesloten behoefte aan een "bouwkundig" toetsingskader dat voor veldpartijen (instellingen en patiënten) werkbaar en acceptabel is. Deze rapportage is daarom tot stand gekomen op verzoek van de IGZ. De IGZ heeft GGZ Nederland (als belangrijkste vertegenwoordiger van de zorgaanbieders) gevraagd een voortrekkersrol te vervullen en verzocht om ook de patiëntenorganisaties bij de actualisatie te betrekken. TNO vervult voor GGZ Nederland een ondersteunende rol, gezien de aanwezige kennis en ervaring op het terrein van (ge)bouwen in de zorg.

1.5 Werkwijze

In februari 2012 hebben de eerste besprekingen met de IGZ en GGZ Nederland plaatsgevonden over de afbakening, rolverdeling en te volgen werkprocedure. Vervolgens is door TNO een plan van aanpak opgesteld waarin de te volgen stappen en het tijdspad voor de veldnorm zijn beschreven. Het proces is begeleid door een klankbordgroep. In de eerste vergadering van de klankbordgroep is het plan van aanpak goedgekeurd en vervolgens is de klankbordgroep nog enkele keren bijeengeweest om de resultaten van de werkbezoeken aan zorgaanbieders die met nieuwe concepten voor intensieve zorg werken en de concept-rapportage te bespreken.
Voor de samenstelling van de klankbordgroep wordt verwezen naar bijlage D.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van deze rapportage worden de zorginhoudelijke ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg geschetst. Het betreft ontwikkelingen gerelateerd aan het terugdringen van dwang en vrijheidsbeperking en de opkomst van gespecialiseerde intensieve zorg. Bij die ontwikkelingen kan nog steeds sprake zijn van fysieke ruimten waarin patiënten kunnen worden ingesloten, aangeduid als extra beveiligde kamers (EBK's). In hoofdstuk 3 worden minimale eisen voor deze ruimten geformuleerd: de veldnorm.

In bijlage B (Praktijkvoorbeelden) zijn de concepten voor intensieve zorg beschreven die de bezochte zorgaanbieders hebben ontwikkeld.
Deze voorbeelden zijn opgenomen om andere zorgaanbieders te helpen en te stimuleren bij de realisatie van een humane, eigentijdse setting voor intensieve zorg, al dan niet met een EBK.
Voorbeelden van mogelijkheden om bestaande separeerunits aan te passen voor de functie intensieve zorg met een EBK, zijn weergegeven in bijlage C.

2 Zorginhoudelijke ontwikkelingen

2.1 Algemeen

'Een patiënt die intensieve zorg nodig heeft, laat je nooit alleen.'

Op dit moment is dit de breed gedragen boodschap vanuit de sector Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en de politiek. Hiermee treedt er een verschuiving op in ambitie van *'minder separeren'*, naar *'het uitbannen van insluiting van patiënten'*. Sinds 2006 is door het GGZ-veld intensief gewerkt aan het terugdringen van dwang en vrijheidsbeperking. Achterliggende ambitie was vooral om separaties fors terug te dringen in aantal en duur. Bovendien wilde men de kwaliteit van de zorg rond dwang en vrijheidsbeperking verbeteren.
Vele uiteenlopende initiatieven en projecten hebben door de jaren heen hun vruchten afgeworpen. Ondanks de behaalde resultaten, zijn er ook zorgen over de stagnatie die optreedt. Het bewustzijn groeit dat voor een verdere reductie van dwang en vrijheidsbeperking een fundamenteel andere visie nodig is op hoe we omgaan met zeer ernstig zieke en ontregelde patiënten, de voorzieningen en expertise die daarvoor nodig zijn en de inbedding van deze intensieve en specialistische zorg in de zorgketen. Nieuwe voorzieningen en concepten, zoals de High & Intensive Care (HIC), zijn nog volop in ontwikkeling. Hetzelfde geldt voor ruimtelijke alternatieven voor vrijheidsbeperking en verbeteringen van de kwaliteit van de fysieke omgeving, onder meer door aandacht te besteden aan Healing Environment-principes.

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen die zijn ingezet om tot een verdere reductie van dwang en vrijheidsbeperking te komen. Nieuwe zorgconcepten en uitgangspunten rond dwang en vrijheidsbeperking komen aan de orde.
Deze zorginhoudelijke context vormt de opmaat voor de ruimtelijke vertaling in de volgende hoofdstukken: welke ruimten en voorzieningen zijn wenselijk, zo niet noodzakelijk om een veilige en humane omgeving te creëren? Een omgeving die bovendien bijdraagt aan het verminderen van dwang en vrijheidsbeperking.

2.2 Dwang en vrijheidsbeperking

Agressie en ernstig grensoverschrijdend gedrag zijn veel voorkomende problemen in de psychiatrie en vormen de belangrijkste indicaties om over te gaan tot vrijheidsbeperkende maatregelen. In Nederland hebben zeven op de tien verpleegkundigen frequent te maken met verbale agressie en vier op de tien met fysieke agressie (VWS, 2012). Cijfers over uitval, ziekteverzuim en langere termijn gezondheidsschade onder personeel als gevolg van agressie op het werk, zijn hoger dan elders in de gezondheidszorg en andere sectoren (van den Bossche e.a., 2012). Tegelijkertijd wordt aangegeven dat agressie onlosmakelijk met het werk verbonden is en als 'part of the job' wordt omschreven. Voor (mede)patiënten vormt agressie een bedreiging voor het herstel en gevoel van veiligheid. Zelfs zo ernstig dat er sprake kan zijn traumatiserende effecten. Agressie bedreigt dus zowel het welzijn en de kwaliteit van de zorg, als de (ervaren) veiligheid van alle betrokkenen. Zoals gezegd vormt agressief en ernstig grensoverschrijdend gedrag de belangrijkste aanleiding om tot vrijheidsbeperkende maatregelen over te gaan (Currier, GW., 2003).

Deze restrictieve maatregelen kunnen op hun beurt, aanhoudend of hernieuwd agressief gedrag ontlokken. Een negatieve spiraal van herhaalde agressie, gevolgd door steeds verdergaande restricties kan soms het gevolg zijn. Uiteindelijk kan hierdoor de therapeutische relatie zodanig verstoord raken, dat van effectieve begeleiding en behandeling geen sprake meer is.

Als het gaat om het toepassen van dwang en vrijheidsbeperking wordt in Nederland relatief gezien vaak gesepareerd (Janssen, e.a., 2009). In andere landen wordt minder vaak voor dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen gekozen, dan wel voor andere maatregelen. De verschillen tussen landen zijn historisch ingegeven en hangen voor een deel samen met andere opvattingen, beleving en cultuur rondom dwang en vrijheidsbeperking. Het is overigens lastig om internationale vergelijkingen te maken, vooral omdat de wijze van registratie van de incidentie en prevalentie per land sterk verschilt (Janssen, e.a., 2009). In tegenstelling tot in andere landen wordt de incidentie en prevalentie van dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen in Nederland structureel geregistreerd. Deze registratie, met behulp van Argus, is inmiddels ook verplicht gesteld.

Reductie van dwang en vrijheidsbeperking: aanknopingspunten voor interventie
De GGZ is reeds enkele jaren actief om dwang te reduceren. Werkelijke verandering ten aanzien van dwangtoepassing vergt actie op diverse niveaus: de visie en cultuur (het denken), de structuur (de organisatie van de zorg) en de werkwijzen (het doen). De initiatieven die zich ontwikkelen richten zich op[1]:

- bejegening en contact;
- preventief werken en risicotaxatie;
- de-escalerend werken;
- evaluatie en reflectie (binnen teams en samen met patiënt);
- samenwerking en consultatie (uitwisseling van kennis en expertise);
- participatie van patiënten (inzet van ervaringsdeskundigheid);
- participatie van naastbetrokkenen;
- registratie met Argus (meten is weten);
- samenwerking met de ambulante zorg.

Vooruitlopend op paragraaf 2.4, ruimtelijke vertaling, kan hier nog een aspect aan worden toegevoegd, namelijk de kwaliteit van de fysieke omgeving (‘het gebouw’). Deze biedt eveneens aanknopingspunten om tot dwangreductie te komen. Uit recent onderzoek blijkt dat diverse omgevingskenmerken van invloed zijn op de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, waaronder separeren (Schaaf, e.a., 2012). Daarbij is gecontroleerd voor zowel patiëntkenmerken (diagnose, GAF, leeftijd, geslacht), als voor stafkenmerken en algemene afdelingskenmerken (doelgroep, type afdeling). De resultaten laten zien dat met name privacy en autonomie, het veiligheidsniveau en de sfeer van de afdeling cruciaal zijn.

2.3 De opkomst van Intensive Care in de GGZ

In de ontwikkelingen rond dwangreductie gaat de aandacht meer en meer uit naar het verder vormgeven en professionaliseren van de intensieve psychiatrische zorg. Dit is een vorm van specialisatie en concentratie van 7x24-uurs klinische zorg, specifiek gericht op ernstig zieke patiënten die voor hun veiligheid en/of vanwege

[1] Zie onder meer Best Practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg (Voskes, e.a. 2011).

ernstige symptomen en/of een hoge mate van verlies van zelfcontrole niet op een reguliere opnameafdeling kunnen verblijven. Deze patiënten hebben zeer intensieve behandeling nodig en vaak één-op-één-begeleiding, waarbij een intensieve multidisciplinaire werkwijze nodig is om schade te voorkomen en herstel te bewerkstelligen. Deze zorg moet plaatsvinden onder veilige omstandigheden, waar gespecialiseerde professionals beschikbaar zijn en waar dwangreductie een essentieel onderdeel is.
Het gedachtegoed rond de intensive care is nog volop in ontwikkeling, inclusief de inbedding in de zorgketen en de organisatorische en ruimtelijke invulling. Zo wordt er momenteel op initiatief van de praktijk - patiëntenorganisaties en zorgaanbieders - hard gewerkt aan een model voor de intensieve zorg: de zogenaamde High & Intensive Care unit (HIC). Dit HIC-concept is ingebed in een keten van ambulante intensieve zorg[2]. Het is goed denkbaar dat voor andere doelgroepen die aangewezen zijn op intensieve klinische zorg, andere concepten ontstaan.
De grootste gemene delers zijn: de beoogde dwangreductie en het verbeteren van de zorg daar waar dwang en vrijheidsbeperking aan de orde is.
De verwachting is dat instellingen, afhankelijk van hun eigen positie en focus en de context van waaruit zij werkzaam zijn, tot verschillende keuzes zullen komen. In de ruimtelijke vormgeving kan de intensieve zorg dan ook op diverse manieren tot uitdrukking komen:

- een additionele (fysieke) IC annex een afdeling voor intensieve zorg waar opschaling van de begeleiding en het veiligheidsniveau mogelijk is;
- een (opname)afdeling met ‘alleen’ een IC-functie, zonder een ruimte waar patiënten kunnen worden ingesloten;
- wel/geen aanvullende alternatieve ruimten om vrijheidsbeperking te voorkomen (bijvoorbeeld comfortrooms of appartementen);
- al dan niet uitgaan van een bepaalde werkwijze met individuele verblijfsconcepten (appartement of HAT-eenheid) ter preventie van escalaties en met minimale vrijheidsbeperking.

Insluiting van patiënten

Bij het kunnen uitvoeren van intensieve zorg (IC-functie) kan het nodig geacht worden om een ruimte - een extra beveiligde kamer: EBK - te creëren waarin patiënten kunnen worden ingesloten zonder fysieke aanwezigheid van hulpverleners in diezelfde ruimte tijdens de periode van insluiting. Voorwaarde is wel dat binnen de IC-functie 24/7 multidisciplinaire (inclusief somatische) expertise aanwezig is, opschaling naar één- of twee-op-één-begeleiding mogelijk is, de veiligheid van een ieder gewaarborgd is en hoogwaardige klinische zorg geleverd kan worden. Het insluiten van patiënten in een daarvoor speciaal bestemde ruimte is daarmee voorbehouden aan een IC. Ook wordt nadrukkelijk gesteld dat de beschikbaarheid van een EBK als onderdeel van de IC-functie een keuze is, en geen verplichting. Er zijn namelijk inmiddels ook zorgaanbieders voor wie, en zorgconcepten waarbij insluiting geen optie (meer) is[3]. De één- of twee-op-één-begeleiding, het individuele maatwerk dat kan worden geleverd en de hele manier van werken inclusief de ruimtelijke vertaling, zijn dan dusdanig dat insluiting niet meer aan de orde is.

---

[2] Er is een landelijk platform HIC actief om een modelomschrijving te ontwikkelen (het wat en waarom van een HIC) en een HIC-monitor om afdelingen te kunnen toetsen. Zie voor een actuele stand van zaken www.hic-psy.nl.

[3] Zie bijvoorbeeld de ASVZ Groep met het concept: Very Intensive Care Workhomes.

Bij zorgaanbieders en de IGZ staat het welzijn van de patiënt voorop. In het IC-denken is de aandacht er vooral op gericht situaties van insluiting te voorkomen, maar als insluiting onvermijdelijk is, die situatie zo kort mogelijk te laten duren, met minimale belasting en gevolgschade voor patiënt en omgeving. In de EBK gaat het er in de eerste plaats om de patiënt dié zorg en aandacht te geven, die maximaal bijdraagt aan een zo snel mogelijk herstel van de toestand van voor de ontregeling. Essentiële voorwaarde daarbij is dat de ingesloten patiënt niet alleen wordt gelaten, met het oog op:

- het in stand houden van de behandelrelatie. Hierbij is contact (be-)houden essentieel;
- het voorkomen van het trauma van verlating;
- de noodzakelijke risicobeheersing. Voortdurende observatie is nodig (via direct contact) om te voorkomen dat de patiënt fysieke schade oploopt en acuut medisch ingrijpen nodig is om lichamelijke complicaties te ondervangen.

Voor de fysieke omgeving impliceert dit de mogelijkheid om de begeleiding van de patiënt op te kunnen schalen (één-op-één-begeleiding en face-to-face-contact) en de mogelijkheid voor personeel, dan wel belangrijke naasten, om veilig in de directe fysieke nabijheid van de patiënt te kunnen blijven. Het betekent ook een fysieke omgeving die de regie zoveel mogelijk bij de patiënt laat en die onder de gegeven omstandigheden een zo comfortabel mogelijk verblijf faciliteert. Dit alles uiteraard met aandacht voor de veiligheid van patiënt en omgeving.
De één-op-één-begeleiding in een IC-zone kan bestaan uit direct contact met de patiënt (hand in hand) of ten minste visueel contact (oog in oog) zodra de patiënt in de EBK is.

2.4 Ruimtelijke vertaling: welke uitgangspunten?

Een optimale fysieke omgeving of healing environment bevordert herstel, welzijn en tevredenheid en kan negatieve emoties - zoals angst, stress, agitatie, agressie - en escalatie van gedrag voorkomen of helpen reduceren. Onderzoek benoemt verschillende variabelen die essentieel zijn voor een optimale omgeving, te weten:

- privacy en zelfstandigheid (eigen kamer en sanitair, flexibiliteit in bewegingsvrijheid, keuze);
- ramen en uitzicht (daglichttoetreding, contact met de buitenwereld);
- interieur (passend bij de functie van de ruimte/voorziening, gastvrij, niet institutioneel, normaliserend);
- comfort en controle (behaaglijk binnenklimaat, goede verlichting, individueel regelbaar door patiënt, goede akoestiek, mogelijkheden voor personaliseren van ruimte: eigen spullen meenemen, keuze);
- oriëntatie en routing (heldere en duidelijke plattegrond, logische ordening van ruimten, rekening houden met scheiding tussen privé en publieke zones);
- faciliteitenniveau (ruimten voor sociaal contact en dagbesteding, met keuzemogelijkheden voor wel/geen interactie met anderen);
- natuur (tuin, planten, natuurlijke materialen);
- personeel (‘eigen’ faciliteiten, fysiek gescheiden van de afdeling).

Bovengenoemde elementen vormen de basis voor het optimaliseren van de fysieke omgeving voor patiënten en personeel[4]. Hoe dit verder geconcretiseerd kan worden naar faciliteiten met een IC-functie is hierna opgenomen in tabel 2.1.

Tabel 2.1 Kernwaarden intensieve zorg

Kernwaarden intensieve zorg	Bouwkundige / ruimtelijke vertaling
Zorg op maat / individuele begeleiding	• individuele ruimte patiënt (eigen kamer en badkamer/sanitair; klein appartement); evt. ook op te schalen naar hoger veiligheidsniveau (stripbaar, dan wel te reduceren tot een kleinere eenheid) • keuze in dagbesteding (incl. ruimten/zones voor sociale interactie met voldoende variatie) • faciliteiten die basale dagelijkse activiteiten ondersteunen (en de activering, regie en zelfstandigheid van de patiënt stimuleren) • flexibiliteit in ruimtegebruik: opschaling is mogelijk voor één-op-één begeleiding, flexibel veiligheidsniveau en toezicht) en multifunctioneel gebruik van ruimten.
Gastvrije sfeer	• prettige, vriendelijke, overzichtelijke en gastvrije inrichting (=natuurlijke materialen, warme kleuren, indirecte verlichting, niet-institutioneel, normaliserend)
Zeggenschap / eigen regie	• door patiënt afsluitbare eigen kamer • regelbaarheid van verlichting, temperatuur, ventilatie, communicatie en media faciliteiten
Veiligheid en crisisbestendigheid	• diverse veiligheidsniveaus (o.a. zonering van afdeling en eventueel een EBK) • techniek (zone beveiliging, elektrische sleutels/pasjes (met meer/minder toegankelijke zones voor patiënten)) • overzichtelijke en ruime semi-publieke zones (inclusief gangen) • slagvaste afwerking van materialen en interieur (onopvallend en niet ten koste van sfeer)
Betrokkenheid naasten	• rooming-in en andere faciliteiten voor familie en naasten
Contact behouden Face-to-face	• ruimte bevordert c.q. faciliteert het contact • geen verpleegposten, fysieke scheiding kantoor en afdeling
Preventie van escalatie	• voldoende ruimte ter voorkoming van 'crowding' (bijvoorbeeld geen smalle lange gangen, ruim algemeen verblijfsgebied) • transparante, lichte structuur (daglicht, uitzicht en doorkijkjes) • alternatieve ruimten en/of zones voor stressreductie en/of interventie, zoals een comfortroom of -zone
Dagactiviteiten	• diverse ruimten binnen en buiten
Samenwerking	• voldoende ruimte voor multidisciplinair overleg

Afrondend kan gesteld worden dat een integrale benadering vereist is om dwang en vrijheidsbeperking vergaand te reduceren. Noch met alleen de juiste zorg en aandacht, noch met alleen de juiste fysieke omgeving, zal een goed resultaat bereikt worden. Pas met de juiste combinatie van zorginhoudelijke, organisatorische en omgevingscomponenten is optimale intensieve zorg mogelijk.

[4] OAZIS (TNO.nl/OAZIS) biedt aanknopingspunten voor ontwerp en inrichting van een optimale fysieke omgeving voor patiënten en staf.

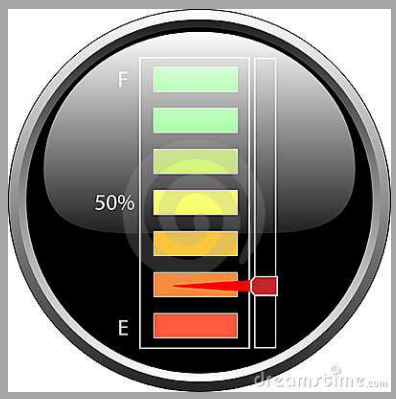
3 De veldnorm

3.1 Algemeen

Uit het voorgaande blijkt dat binnen eigentijdse concepten van intensieve zorg nog steeds gekozen kan worden voor een ruimte (de EBK) waarin patiënten kunnen worden ingesloten. Alleen in noodsituaties of als gevaar niet anders kan worden afgewend, kan insluiting in een EBK een maatregel zijn waartoe tegen de wil van de patiënt wordt besloten (gedwongen insluiting als noodmaatregel of dwangbehandeling). Daarnaast kan insluiting preventief plaatsvinden, op eigen verzoek of met instemming van de patiënt (vrijwillige insluiting).
Vanwege het feit dat in de EBK kan worden ingesloten, zijn uit hoofde van algemene wet- en regelgeving bijzondere eisen op de EBK van toepassing.
In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op het verschil tussen de EBK en de traditionele afzonderings- en separeervoorzieningen en op de aan een EBK te stellen eisen.

3.2 Over ‘de EBK’ en ‘de separeer’

Uit het feit dat beide ruimten bedoeld zijn om patiënten in te sluiten, mag allerminst worden geconcludeerd dat ‘de EBK’ daarmee ‘de nieuwe separeer’ is. De overeenkomst tussen beide is weliswaar dat de deur op slot kan, de verschillen daarentegen zijn duidelijk en zeer essentieel.

van beheersen …		… naar begrijpen
De ***veilige omgeving*** van de separeer dient er vooral toe, om de kans dat patiënten zichzelf of anderen iets aandoen en materie beschadigen te minimaliseren. De bijbehorende eisen betreffen de directe, fysieke omgeving en moeten vooral helpen ‘erger te voorkomen’. Ze moeten waarborgen dat ‘het niveau niet in het rood komt’.		De eigentijdse opvattingen over intensieve zorg zijn erop gericht de ontregelde situatie actief en zo snel mogelijk te verbeteren. De omgeving moet daarvoor, behalve veiligheid, vooral gepaste zorg en aandacht en een fysiek ***humane setting*** bieden. Dat vraagt om aanvullende eisen aan de EBK, die stimuleren ‘het niveau terug te krijgen richting geel of groen ’.

Figuur 3A Van beheersen naar begrijpen.

Bij traditionele voorzieningen als afzonderings- en separeerunits heeft het accent in belangrijke mate op (fysieke) veiligheid gelegen, op het beheersen van de ontregelde situatie ‘ter voorkoming van erger’. Wezenlijk anders is de gedachte achter eigentijdse intensieve zorg waarbinnen de EBK, als die er is, functioneert en waarbij de aandacht principieel is verschoven van ‘beheersen’ naar ‘begrijpen’.
Zo bezien is al snel duidelijk dat een ‘EBK’ geen ‘separeer’ is, en al helemaal dat een ‘separeer’ nooit de titel ‘EBK’ zal mogen dragen.

3.3 De veldnorm EBK

Fysieke vrijheidsbeperking volgens de eigentijdse opvattingen over intensieve zorg moet dus plaatsvinden in een omgeving die niet alleen veilig is, maar die vooral humaan en respectvol is, en die patiënt en begeleiders helpt en stimuleert de situatie zo snel mogelijk te verbeteren. Bovendien is voor een functionele opzet een aantal randvoorwaarden van belang met betrekking tot de ligging en ruimtelijke opzet van en rond de EBK.
Om in al deze randvoorwaarden te voorzien is, in de vorm van een veldnorm, een minimaal aantal fysieke eisen opgesteld waaraan een EBK zou moeten voldoen.
Op basis van het voorgaande is ervoor gekozen de eisen onder te verdelen in de volgende thema's:

- algemene eisen;
- eisen voor humaan verblijf en adequate zorg;
- veiligheidseisen.

Per thema is, waar relevant, een onderverdeling gemaakt naar ruimtelijke, bouw- en installatietechnische aspecten.
De eisen komen deels voort uit gesprekken en gedachtewisselingen in de klankbordgroep met patiëntvertegenwoordigers, zorgverleners en de IGZ als toezichthouder. Verder zijn de eisen tot stand gekomen op basis van waarnemingen en gesprekken tijdens de afgelegde werkbezoeken en weging van eisen uit eerdere bouwregelgeving voor de gezondheidszorg.

Hierna wordt per thema in tabelvorm beschreven

- wat de minimale fysieke eisen aan de EBK zijn (in de tabel aan een **E** te herkennen);
- welke aspecten (naast de eisen) extra aandacht of aanbeveling verdienen bij het ontwerpen en uitvoeren van een EBK (in de tabellen als A herkenbaar).

In de tabellen zijn de eisen beknopt beschreven. Als een eis in de eerste kolom met een * is gemerkt, wordt een verduidelijking op de eis gegeven in een van onderstaande paragrafen. De in de tabellen opgenomen aandachtspunten/aanbevelingen bij het ontwerpen en bouwen van een EBK gelden nadrukkelijk niet als eisen, maar een instelling kan hier naar eigen inzicht bij de ontwikkeling van een programma van eisen wel een prestatie-eis voor formuleren.

3.3.1 Algemene eisen

De algemene eisen hebben betrekking op de ligging en ruimtelijke opzet van een EBK. Om goed te kunnen functioneren, is het van belang waar en hoe de EBK ten opzichte van andere ruimten in een gebouw, met name het gebied (de afdeling, zone of unit) waar intensieve zorg wordt verleend, is gesitueerd.
Voor het goed functioneren van de EBK worden tevens ruimtelijke eisen gesteld aan de directe omgeving (zoals de beschikbaarheid van een ruimte grenzend aan en met zichtmogelijkheid in/vanuit de EBK, beschikbaarheid van sanitair, een bergruimte voor persoonlijke bezittingen, een werkkast en een buitenruimte).

Tabel 3.1 Veldnorm, thema algemene aspecten.

Algemene aspecten		eis (veldnorm)	**E**
Nrs. met een * worden in de tekst toegelicht		aandachtspunt/aanbeveling:	**A**
Nr.	**Aspect**	**Eis of aandachtspunt/aanbeveling**	
1.0	**Ligging**		
1.1*	Ten opzichte van IC	Een EBK ligt altijd en uitsluitend binnen een IC.	**E**
1.2	Face-to-face contact patiënt ↔ personeel / naasten	Aanpalend aan de EBK ligt altijd een ruimte die face-to-face contact mogelijk maakt tussen patiënt en personeel of naasten.	**E**
1.3	Geluidsoverlast	Beperking van geluidsoverlast naar en vanuit de directe omgeving (zie verder 3.23).	**A**
2.0	**Ruimtelijke opzet**		
2.1*	Aantal EBK's	Bij voorkeur geen of maximaal één EBK per IC-zone.	**A**
2.2*	Sanitair bij EBK	De EBK zelf is zonder sanitair uitgevoerd. Een annex gelegen sanitaire ruimte met toilet is bereikbaar vanuit de EBK zonder tussenkomst van begeleiders (zie verder 14.0).	**E**
2.3	Sanitair binnen IC	Binnen de IC is een sanitaire ruimte met toilet, douche of bad aanwezig (zie verder 14.0).	**E**
2.4	Berging/kast voor persoonlijke bezittingen van de patiënt	Aanwezig in de nabijheid van de EBK en binnen de IC.	**E**
2.5	Werkkast (voorzieningen)	Aanwezig in de nabijheid van de EBK en binnen de IC.	**E**
2.6*	Ambulance ingang	Een ambulance ingang is niet verplicht. Indien aanwezig: in de nabijheid van de IC, niet direct uitkomend in de EBK.	**A**
2.7	Buitenruimte	Aanwezig in de nabijheid van de EBK en bereikbaar binnen de IC.	**E**

3.3.1.1 Ligging EBK ten opzichte van IC (tabel 3.1, nr. 1.1)

Wellicht ten overvloede wordt nogmaals op het volgende gewezen: **een EBK mag alleen worden gerealiseerd in een context van intensieve zorg (IC-zone)**. Beslissingen over de fysieke omgeving en de ruimtelijke invulling worden zo gezien genomen aan het eind van een inhoudelijk traject en zijn altijd een vertaling van visie, zorgconcept, cultuur, organisatie en personele invulling van intensieve zorg.

De IC-zone en de EBK vormen een onlosmakelijke eenheid. Een IC-zone is bij voorkeur beschut en alleen toegankelijk voor de direct betrokkenen. Een IC-zone kan bestaan uit een of meerdere individuele ruimten voor patiënten met een eigen douche, toilet, een zit- en een slaapgedeelte. Verder bevinden zich in de IC-zone ruimte(n) voor meer gemeenschappelijk gebruik (patiënten, hun naasten en personeel), zoals een buitenruimte, een ontspanningsruimte of een gemeenschappelijke zitkamer of -zone en eventueel een EBK. Ook bevindt zich in de IC-zone een ruimte voor personeel om veilig toezicht te kunnen houden.
Een ruime berging in de IC-zone maakt het mogelijk om het meubilair uit de EBK tijdelijk weg te zetten.
De EBK (binnen de IC-zone) is een ruimte die kan worden afgesloten.
Het contact met de patiënt wordt behouden door een groot en beveiligd raam, eventueel ondersteund met moderne technologie (interactieve beeldschermen, beeldspraakverbinding). Het accent in de EBK ligt op humaan verblijf in een veilige omgeving, waar een patiënt zichzelf en anderen niet kan verwonden. Het interieur (meubels, materiaalgebruik) van een EBK is daarom comfortabel, normaliserend en ondersteunend bij het hervinden van de eigen regie, maar tegelijkertijd ook veilig en slagvast.

3.3.1.2 Aantal EBK's (tabel 3.1, nr. 2.1)

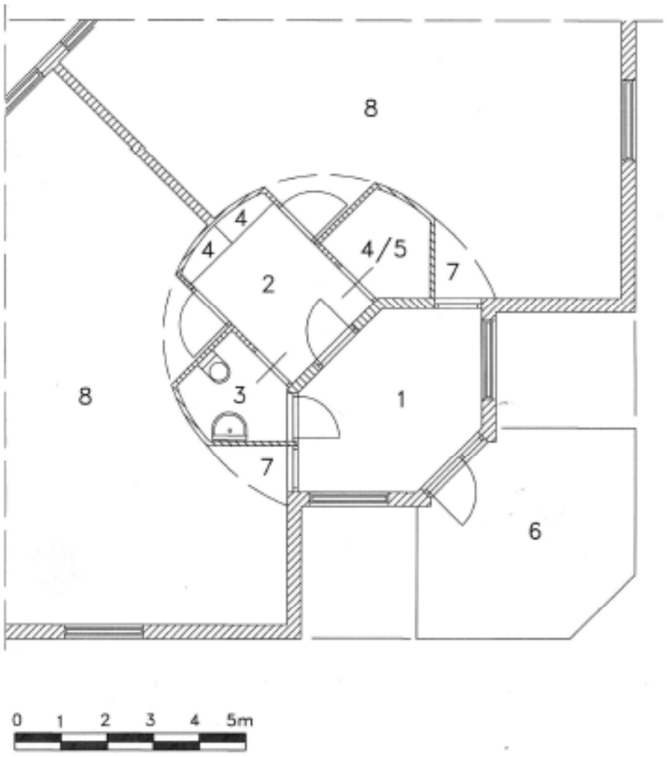
Het GGZ-beleid en nieuwe concepten van intensieve zorg zijn gericht op het voorkomen van insluiting. Áls al voor de beschikbaarheid van het uiterste redmiddel van de EBK wordt gekozen, wordt als uitgangspunt (dus niet als eis) meegegeven maximaal één EBK per IC-zone te realiseren. Bij meer EBK's ligt mogelijk het risico van 'aanbod schept vraag' op de loer. Bovendien zou een clustering van EBK's al snel negatieve associaties oproepen met separeerunits, associaties die binnen nieuwe IC-concepten nu juist nadrukkelijk moeten worden voorkomen.

3.3.1.3 Sanitair bij EBK (tabel 3.1, nr. 2.2)

Een patiënt moet in een EBK zonder tussenkomst van personeel en met behoud van privacy van een toilet gebruik kunnen maken. Aan de eis kan worden tegemoet gekomen door een vanuit de EBK toegankelijk toilet te maken. In geval het toilet met een deur van de EBK kan worden afgesloten, of het toilet in een nis is gesitueerd, moet de ruimte waarin het toilet is geplaatst met een deur vanuit het verkeersgebied waaraan de EBK ligt toegankelijk zijn. In geval van een calamiteit is het toilet van buitenaf dan snel toegankelijk. Deze deur kan eventueel ook dienst doen als tweede toegangsdeur tot de EBK.

LEGENDA

1 EBK
2 voorruimte
3 toilet
4 berging
5 werkkast
6 buitenruimte EBK
7 face-to-face contact
8 IC



Figuur 3B Voorbeeld van een EBK met toiletruimte.

In de beschrijvingen en de in dit rapport opgenomen illustraties is van een deur tussen EBK en toiletruimte uitgegaan. Dit om qua beleving aan te sluiten bij een normaal gebruik van een toilet en ter voorkoming van geuroverlast. In situaties waarin het onverantwoord wordt geacht dat een patiënt vrij gebruik kan maken van de toiletruimte, is het mogelijk de deur te sluiten. De patiënt kan dan om veiligheidsredenen niet zonder tussenkomst van het personeel van het toilet gebruikmaken. Deze deur is echter niet verplicht.

Het toilet kan bijvoorbeeld ook in een open nis van de EBK zijn ondergebracht. Belangrijk is om de privacy tijdens het toiletgebruik te waarborgen. In dit verband wordt er ook op gewezen dat de samenhang tussen de plaats van het raam voor face-to-face-contact, het bereik van het cameratoezicht in de EBK en de plaatsing van het toilet, die privacy moeten garanderen.

Omdat in de toiletruimte geen visueel toezicht (direct toezicht) is toegestaan, is aanwezigheids- en bewegingssignalering in de toiletruimte noodzakelijk (indirect toezicht). In geval er een deur is tussen EBK en toiletruimte, is op deze deur een deurstandsignalering aanwezig. Bij wijziging van de deurstand volgt een signaal zodat personeel op de hoogte is wanneer de patiënt van het toilet gebruik maakt. Voorts moet in het toilet een bewegingsmelder zijn aangebracht die een aanwezigheidssignalering activeert. Als na betreding van het toilet geen beweging wordt waargenomen, wordt een alarmsignaal aan het personeel afgegeven.

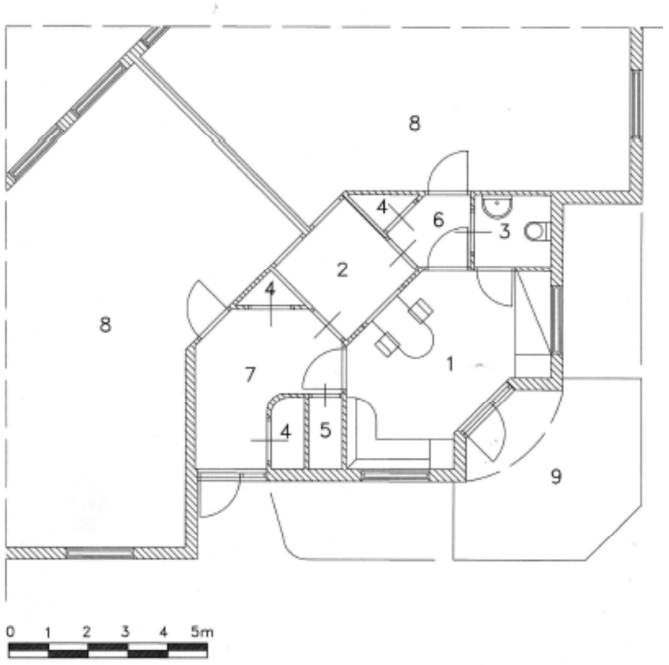
3.3.1.4 Ambulance-ingang (en triageruimte) (tabel 3.1, nr. 2.6)

Een afdeling voor intensieve zorg kan een afdeling voor acute opname zijn. Vaak is de op te nemen patiënt onbekend of is onduidelijk of deze onder invloed van middelen is. In deze situaties kan een ambulance-ingang nabij de opname-afdeling en de EBK gewenst zijn. Deze ambulance-ingang mag niet rechtstreeks uitkomen in de EBK.

Om te kunnen beoordelen hoe en waar de patiënt, gelet op zijn situatie, als eerste de beste veilige zorg kan worden geboden, kan aan de ambulance-ingang een triageruimte worden gesitueerd. Na triage kan tot plaatsing op de afdeling voor intensieve zorg, in de EBK of op een andere afdeling worden besloten.

LEGENDA

1 EBK
2 personeel / triage
3 toilet
4 berging
5 werkkast
6 voorruimte
7 ambulance-ingang
8 IC
9 buitenruimte EBK

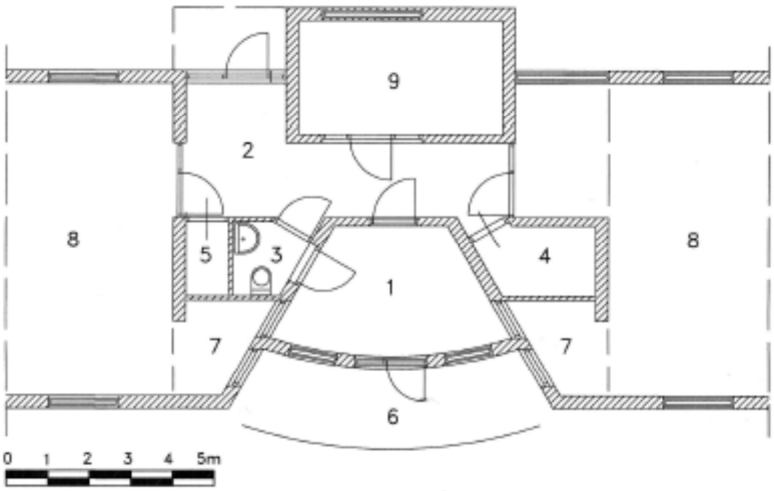


Figuur 3C IC-functie met EBK. De EBK heeft een oppervlakte van circa 18 m² en is geleed, waardoor hoeken met een specifieke gebruiksfunctie (rusten, eten, zitten) mogelijk zijn. Ook is een buitenruimte aanwezig die deels overkapt is (zie verder bijlage C).

In de figuren 3C en 3D zijn mogelijke opzetten voor een EBK met ambulance-ingang en triageruimte gegeven. In bijlage C is weergegeven hoe twee veel voorkomende varianten van separeerunits qua lay-out tot diverse EBK-settingen kunnen worden verbouwd.

LEGENDA

1 EBK
2 ambulance-ingang
3 toilet
4 berging
5 werkkast
6 buitenruimte EBK
7 face-to-face contact
8 IC
9 triageruimte / personeelsruimte



Figuur 3D Variant van een EBK-setting met ambulance-ingang (zie verder bijlage C).

3.3.2 Eisen voor beleving en adequate zorg

Essentiële aandachtspunten voor adequate intensieve zorg zijn in eerdere hoofdstukken al verwoord. Te denken valt aan:

- maximale eigen regie, zeggenschap en privacy van/voor de patiënt (binnen de beperkingen van de insluiting en de ontregelde toestand en van buitenaf door begeleiders te overrulen);
- de 24/7 mogelijkheid voor de patiënt tot face-to-face-contact met een voor hem of haar bekende en vertrouwde persoon (personeel, familie, vriend(in));
- een humane en gastvrije fysieke omgeving en inrichting van de ruimte.

In het belang van privacy, beleving en contact worden bijvoorbeeld eisen gesteld aan de mogelijkheden voor inkijk, daglichttoetreding, uitzicht en communicatie, alsmede aan afmetingen, vrije hoogte, toegang tot media en inrichting. Daarnaast zijn er eisen gesteld om de patiënt zoveel mogelijk eigen regie te geven over de leefomgeving. Eisen hiervoor zijn met name gericht op bepaling van sfeer en binnenklimaat. Voor dit thema geldt eigenlijk als centrale eis voor de zorgaanbieder, dat deze de inspanningsverplichting heeft om het verblijf voor de patiënt zo aangenaam mogelijk te maken. Logischerwijs vloeit hieruit voort dat de zorgaanbieder daarbij rekening houdt met de individuele wensen van de patiënt.

Tabel 3.2 Veldnorm, thema beleving en adequate zorg.

Aspecten van beleving en adequate zorg		eis (veldnorm):	**E**
		aandachtspunt/aanbeveling:	**A**
Nr.	**Aspect**	**Eis of aandachtspunt/aanbeveling**	
3.0	**Privacy en contact**		
3.1	Mogelijkheden voor face-to-face contact	Raam tussen ruimte begeleiders en EBK. (voor afmetingen zie 3.2). Onderbreking van toezicht door raam mogelijk door patiënt (bijv. met lamellen).	**E**
3.2	Afmetingen van glas in raam tussen ruimte begeleiders en EBK.	Borstwering maximaal 1 m + vloerpeil. Bovenkant glaslijn minimaal 2 m + vloerpeil. Breedte glasoppervlakte minimaal 0,75 m.	**E**
3.3	Inkijk van buiten (door derden)	Behoudens vanuit de aanpalende ruimte door personeel is geen inkijk door derden mogelijk.	**E**
3.4	Rooming in	Om desgewenst intensiever contact tussen de patiënt en diens naasten te faciliteren, verdient het aanbeveling een logeervoorziening beschikbaar te hebben in de omgeving.	**A**
3.5	**Eigen regie/zeggenschap**		
3.6	Daglichttoetreding	In de EBK regelbaar door de patiënt, buiten de EBK te overrulen door personeel.	**E**
3.7	Kunstlicht	In de EBK regelbaar door de patiënt, buiten de EBK te overrulen door personeel.	**E**
3.8	Kleur kunstlicht	Door licht in de EBK in kleur variabel te maken, kan de patiënt invloed uitoefenen op de sfeer.	**A**
3.9*	Kunstlicht in nachtsituatie	Met het oog op toezicht 's nachts, heeft personeel de mogelijkheid om voor een korte periode waakverlichting in te schakelen. Het verlichtingsniveau is laag en het licht heeft weinig blauw in zijn kleurspectrum.	**E**
3.10	Media	Toegang tot media met mogelijkheid voor muziek luisteren, tekenen, schrijven, video of t.v. kijken, internetgebruik. Beeld-schermdiagonaal minimaal 24" (ca. 60 cm) (zie ook 11.1 + toelichting).	**E**
3.11	Binnenluchttemperatuur	Regelbaar door patiënt binnen bandbreedte (zie 9.1) (voorwaarde: buiten de EBK te overrulen door personeel).	**E**
3.12	Mechanische ventilatie	Aanbeveling: ook regelbaar door patiënt (voorwaarde: buiten de EBK te overrulen door personeel).	**A**
3.13	**Afmetingen**		
3.14	Oppervlakte EBK	Minimaal 12 m² nuttig.	**E**
3.15	**Licht, uitzicht, kleuren**		
3.16	Glasoppervlakte gevelraam	Met het oog op beleving minimaal 1/6 van vloeroppervlak (17%).	**E**
3.17	Uitzicht naar buiten	Verplicht. Aandachtspunt: aantrekkelijkheid van het uitzicht.	**E** **A**
3.18	Borstweringen	Hoogte maximaal 1 m + vloerpeil in verband met uitzicht.	**E**
3.19	Gebruik van kleuren en/of afbeeldingen op wanden (eventueel via beamer)	Om een warme, huiselijke, beschermende sfeer te creëren wordt aanbevolen met kleuren en/of afbeeldingen te werken.	**A**
3.20	**Geluid**		
3.21	Nagalmtijd	Maximaal 0,8 sec.	**E**
3.22	Flutter-echo: hinderlijk kaatsen van geluid	Aandachtspunt.	**A**
3.23	Geluidisolatie (intern)	Voor geluidsoverlast naar andere verblijfsruimten (luchtgeluid-isolatie) conform eis voor scheidingsconstructies woningbouw (minimaal 52 dB, art. 3.16 Bouwbesluit 2012); maximaal installatiegeluidsniveau 25 dB(A); maximale luchtsnelheid in ventilatiekanalen 4 m/s (rechthoekig kanaal) en 6 m/s (rond kanaal). Aandachtspunt: contactgeluidisolatie (doos in doos, dilatatie).	**E** **A**
4.0	**Inrichting / uitrusting**		
4.1	Tijdsaanduiding (klok)	Zichtbaar in of vanuit EBK.	**E**
4.2	Eigendommen van de patiënt	Zo mogelijk vanuit de EBK zichtbaar opbergen (zie 2.4).	**A**
4.3	Toegepaste materialen	Deugdelijk en slagvast (beglazing vergt speciale aandacht).	**E**
4.4	Meubilair	Verwijderbaar, letselvoorkomende en molestbestendige uitvoering.	**E**

3.3.2.1 Kunstlicht in de nachtsituatie (tabel 3.2, nr. 3.9)

De patiënt heeft zelf de mogelijkheid het verlichtingsniveau in de EBK te bepalen. Mocht sprake zijn van een overnachting in de EBK, dan kan de patiënt ramen blinderen en het licht in de EBK uit doen, zodat het in de EBK donker is. Om in die situatie ook in de nacht toezicht te kunnen houden, heeft het personeel van buiten de mogelijkheid tijdelijk “waakverlichting” in de EBK in te schakelen. Het niveau daarvan is laag maar voldoende voor verantwoord toezicht.
De lichtintensiteit en kleur van het licht hebben invloed op de hormoonhuishouding van de mens en daarmee op het dag-/nachtritme (slaapgedrag). Dag-/nachtritmes in ruimten waar patiënten verblijven (en overnachten) zijn essentieel. ’s Nachts is het licht waar mogelijk uit en de verlichting op de gangen waar mogelijk eveneens, dan wel sterk gedimd (50 lux). Eventuele nachtverlichting, oriëntatieverlichting of verlichting om toezicht te kunnen houden bevat bij voorkeur geen/nauwelijks blauw (kortgolvig) licht; dit werkt namelijk (biologisch) activerend. In het spectrum van ochtendlicht komt veel blauw voor.
Daarom is het lichtniveau van de tijdelijke “waakverlichting” in de EBK laag en bevat het kleurspectrum van de verlichting weinig blauw.

3.3.3 Veiligheidseisen

De veiligheidseisen dienen er vooral toe om de kans dat patiënten zichzelf of anderen iets aandoen en materie beschadigen, te minimaliseren. Ze voorkomen dat de patiënt zichzelf letsel toebrengt of van het leven berooft en ze bieden het personeel een veilige werkomgeving. Het betreft met name technische eisen voor materiaaltoepassingen, detaillering, technische installaties, in het bijzonder signalering (brand) en communicatiemogelijkheden (contact houden/maken en hulp inroepen), en ontvluchting bij calamiteiten.

Tabel 3.3 Veldnorm, thema veiligheid.

Veiligheidsaspecten		eis (veldnorm):	**E**
		aandachtspunt/aanbeveling:	**A**
Nr.	**Aspect**	**Eis of aandachtspunt/aanbeveling**	
5.0	**Bouwkundig**		
5.1	Afmeting toegangsdeur(en)	Breedte minimaal 0,9 m., hoogte minimaal 2,3 m.	**E**
5.2	Afmeting: breedte EBK	Minimaal 2,7 m.	**E**
5.3	Vrije hoogte EBK	Minimaal 2,6 m, maximaal 3,0 m.	**E**
5.4	Overzicht door personeel	Volledig overzicht van de kamer nabij toegang tot kamer. Overzicht door spion of scherm in deur of wand eventueel met bolspiegel.	**E**
5.5	Overgang IC ↔ EBK	Drempelloos (of drempels / andere hoogteverschillen tot max. 2 cm.)	**E**
6.0	**Bouwtechnisch**		
6.1	Vloerafwerking	Letselvoorkomend en molestbestendig.	**E**
6.2	Wandafwerking	Letselvoorkomend en molestbestendig.	**E**
6.3	Plafondafwerking	Gladde, vaste en molestbestendige plafondafwerking.	**E**
6.4	Afwerking hoeken, materiaal-overgang, bevestiging, deur/raam	Ter voorkoming van (zelf)verwonding afgeronde hoeken en geen scherpe delen of uitstekende randen.	**E**
6.5	Draairichting deuren	Naar buiten in vluchtrichting.	**E**
6.6	Veiligheid deuren	Voorkomen van afklemmen van vingers door eventuele extra voorzieningen aan klink-, scharnier- en bovenzijde deur.	**E**

Veiligheidsaspecten		eis (veldnorm):	**E**
		aandachtspunt/aanbeveling:	**A**
7.0	**Brandpreventie**		
7.1	Brandveiligheidseisen (Bouwbesluit 2012)	Voor de EBK dient te worden uitgegaan van het maximale brandveiligheidsniveau, de zogenaamde 'celfunctie'.	**E**
7.2	Compartimentering (Bouwbesluit 2012)	De EBK is een afzonderlijk beschermd subbrandcompartiment.	**E**
7.3	Vluchtwegen	Duidelijk aangegeven.	**E**
7.4	Toegankelijkheid brandweer/hulpdiensten	Raam door de brandweer van buitenaf te openen. Aanbevolen wordt hierover contact te hebben met de betreffende brandweer.	**A**
7.5	Noodverlichting	Conform eis Bouwbesluit 2012 voor besloten ruimte: binnen 15 seconden na stroomuitval gedurende ten minste 60 minuten ten minste 1 lux op de vloer gemeten.	**E**
7.6	Materialengedrag bij brand (rookontwikkeling, giftige gassen, vuurbelasting, brandvoortplanting)	Minimaal brandklasse C en rookklasse S2, brand- en rookklasse van vloerafwerking minimaal Cfl en S1fl.	**E**
7.7	Automatische deurontgrendeling, vertraging	Automatische ontgrendeling gekoppeld aan branddetectie in EBK, in overeenstemming met het BHV-protocol.	**E**
7.8	Rook-/brandmelders, brand alarmeringsvensters, doormelding brandweer	Branddetectie gekoppeld aan systeem waarmee deuren automatisch kunnen worden geopend (zie 7.7).	**E**
7.9	Brandmelders	Brandmelders weggewerkt in wand- of plafondafwerking.	**E**
7.10	Blusmiddelen	Aanwezig binnen IC of verkeersruimte bij de EBK. Goedgekeurd, jaarlijks gecontroleerd (Bouwbesluit 2012).	**E**
8.0	**Elektrische installatie**		
8.1	Armaturen	Slagvast in het vlak van het plafond weggewerkt.	**E**
8.2	Installaties/schakelmateriaal	Letselvoorkomend en molestbestendig.	**E**
8.3	Wandcontactdozen	In de EBK zijn geen wandcontactdozen aanwezig.	**E**
8.4	Plaats bediening van installaties binnen bandbreedte	Installaties door patiënt in EBK te bedienen (door molestbestendige knoppen) (buiten de EBK te overrulen door personeel).	**E**
8.5	Plaats bediening van installaties (aan/uit)	Buiten de EBK.	**E**
9.0	**Verwarmingsinstallatie**		
9.1	Binnenluchttemperatuur	Minimaal 18˚C (richtwaarde winter), maximaal 25,5˚C (zomer).	**E**
9.2	Klimaatinstallatie	Letselvoorkomend en molestbestendig.	**E**
10.0	**Ventilatie**		
10.1	(Top)koeling	zie 9.1	**A**
10.2	Natuurlijke ventilatie / doorspuien ruimte	Afvoer van geuren/verontreinigde lucht. Doorspuien in verband met snelle gebruiksgereedheid.	**A**
11.0	**Communicatie-installatie**		
11.1*	Spreek-luister-beeldverbinding	Geïntegreerd communicatiesysteem (zie ook 3.10).	**E**
12.0	**Alarmering/signalering**		
12.1*	Camerabewaking of alternatieven hiervoor.	Inclusief aan/uit-signalering voor patiënt. Aandachtspunt: inbreuk privacy en Big-Brother-karakter voorkomen.	**E** **A**
12.2*	Personeelsbeveiligingsinstallatie	Op ruimteniveau.	**E**
13.0	**Hygiëne**		
13.1	Reiniging vloer-, wand-, plafond-, deurafwerkingen	Eenvoudig en afdoende te reinigen.	**E**
13.2	Afvoer voor natte schoonmaak	Indien aanwezig niet in de EBK, maar nabij deur EBK en binnen IC. Vaste bevestiging van afvoerrooster.	**E**

3.3.3.1 Spreekluisterverbinding (tabel 3.3, nr. 11.1)

Ondanks het feit dat een mogelijkheid voor face-to-face-contact aanwezig is (bijvoorbeeld in geval de patiënt het face-to-face-contact verbroken heeft) kan er behoefte zijn aan verbale communicatie tussen patiënt en zorgverlener of naasten. De behoefte hiertoe kan van de zijde van de patiënt maar ook van de zijde van het personeel of naasten aanwezig zijn. Om deze reden is een spreek-luisterverbinding (bij voorkeur met beeld) of een tweewegscommunicatiesysteem in de EBK noodzakelijk. Voor contact met naasten op afstand zou dit bijvoorbeeld een skype-verbinding kunnen zijn. Daarnaast is een uitluistersysteem gewenst. Bij overschrijding van een bepaald geluidsniveau in de EBK, wordt het geluid doorgegeven aan het personeel. Dit kan bijvoorbeeld nuttig zijn als de patiënt het face-to-face-contact heeft verbroken en geen gebruik maakt van andere communicatiemiddelen of een personeelsoproepinstallatie.De hiervoor genoemde systemen kunnen met andere systemen (bijvoorbeeld als mogelijkheid van een multi-mediazuil) geïntegreerd worden uitgevoerd.

3.3.3.2 Camerabewaking (tabel 3.3, nr. 12.1)

Camerabewaking is vanuit het verleden een vaak voorkomende en bijna vanzelfsprekende vorm van toezicht. Inmiddels zijn alternatieven met een minder hoog “Big Brother”-karakter in opkomst, zoals het op afstand monitoren van vitale functies zonder beeldverbinding. Instellingen die een EBK gaan realiseren wordt geadviseerd dergelijke alternatieven te verkennen en te overwegen deze toe te passen.

3.3.3.3 Personeelsbeveiligingsinstallatie (tabel 3.3, nr. 12.2)

Indien personeel door de patiënt in gevaar wordt gebracht of in bedreigende situaties verkeert, moet het personeel alarm kunnen slaan. Daarvoor is een personeelsbeveiligingsinstallatie noodzakelijk. Personeelsbeveiligingsinstallaties geven naar andere personeelsleden in de omgeving en naar een centrale plek een alarmsignaal af. De ontvanger van het signaal kan op een display zien waar het betreffende personeelslid zich bevindt.
De locatieaanduiding kan globaal zijn, bijvoorbeeld in welk bouwdeel of in welke zone van een afdeling, maar ook gedetailleerder in welke ruimte of welk deel van ruimte. Gelet op de functie van de EBK is een aanduiding op ruimteniveau geëist.

3.3.3.4 Sanitaire ruimten (tabel 3.4, nrs.14.2 en 14.3)

Een sanitaire ruimte kan uit een toilet, een douche, een bad, een wastafel of een combinatie van voornoemde elementen bestaan. Behalve dat bij de EBK een toilet met fontein aanwezig moet zijn is geen nadere eis gesteld. In de directe nabijheid van de EBK (binnen de IC) moet een douche- of badkamer beschikbaar zijn. Omwille van veiligheid (bewegingsruimte voor personeel bij een calamiteit) is de minimale breedte voor de badkamer gesteld op 1,8 m. Om dezelfde reden is ook een eis aan de oppervlakte gesteld: afhankelijk van de aanwezige elementen 5 m^2 (met douche) of 8 m^2 (met bad). Daarnaast geldt voor een bad dat dit aan de beide langszijden en een kopse zijde voor personeel benaderbaar moet zijn voor assistentie- en zorgverlening maar ook in geval van een calamiteit.

Tabel 3.4 Veldnorm, sanitair.

Sanitair		eis (veldnorm):	**E**
Nrs. met een * worden in de tekst toegelicht		aandachtspunt/aanbeveling:	**A**
Nr.	**Aspect**	**Eis of aandachtspunt/aanbeveling**	
14.0	**Veiligheid**		
14.1	Sanitaire ruimte toegankelijk vanuit EBK	Vanuit de EBK en vanuit verkeersruimte toegankelijke sanitaire ruimte (toilet en fontein). Toilet toegankelijk voor mindervaliden (rolstoelgebruik) en geschikt voor begeleiding tijdens gebruik (afmetingen minimaal 1,6 x 2,2 m nuttig).	**E**
14.2*	Afmetingen sanitaire ruimte met bad binnen IC	Indien ruimte voorzien van bad, toilet en wastafel: oppervlakte minimaal 8 m² nuttig, breedte minimaal 1,8 m.	**E**
14.3*	Afmetingen sanitaire ruimte met douche binnen IC	Indien ruimte voorzien van douche, toilet en wastafel: oppervlakte minimaal 5 m² nuttig, breedte minimaal 1,8 m.	**E**
14.4	Signalering in vanuit de EBK toegankelijk toilet	De deur tussen de EBK en het sanitair is voorzien van deurstandsignalering (signaal naar personeel). In het toilet is een aanwezigheidssignalering die een bewegingsmelder activeert. Als bewegingsmelder geen beweging signaleert, wordt een melding aan personeel gedaan.	**E**
14.5	Deur tussen sanitair en verkeersruimte bij EBK	Vanaf de verkeersruimte is deze deur te ontsluiten. Van binnenuit is de deur door patiënt niet te openen.	**E**
15.0	**Waterinstallatie**		
15.1	Temperatuurbegrenzer	Indien warm water beschikbaar is: temperatuur maximaal 40 °C.	**E**
15.2	Leidingen en kranen	Letselvoorkomend en molestbestendig.	**E**
15.3	Sanitair	Letselvoorkomend en molestbestendig.	**E**

3.4 Overige regelgeving

Net als bij elke nieuwbouw in Nederland, is ook bij de nieuwbouw en het gebruik van een EBK algemene bouwregelgeving van toepassing voor de bouwkundige en installatietechnische voorzieningen. In dit verband zijn met name het Bouwbesluit 2012 (voor bijvoorbeeld brandveiligheid, verdiepingshoogte, daglichttoetreding en ventilatievoorschriften), en de Arbowet van belang. Hoewel dat geen wettelijke status heeft, verdient het verder aanbeveling om het Handboek voor Toegankelijkheid (rolstoeltoegankelijkheid) te volgen. De eisen uit de veldnorm zijn aanvullend op de eisen uit de algemene wet- en regelgeving.
Het Bouwbesluit 2012 kent diverse gebruiksfuncties, waaronder de zogenaamde ‘gezondheidszorgfunctie’ en de ‘celfunctie’. In het Bouwbesluit en de bijbehorende toelichting wordt de celfunctie gedefinieerd voor ‘dwangverblijf van personen’ hetgeen kan voorkomen ‘bij isoleercellen in de geestelijke gezondheidszorg’.
De termen ‘celfunctie’ en ‘isoleercel’ kunnen weliswaar verkeerde associaties oproepen in relatie tot de EBK, vanuit de algemene bouwregelgeving is het de gebruikelijke terminologie. Om bij de in het Bouwbesluit gebezigde terminologie aan te sluiten wordt, waar zinvol, daarom toch af en toe de term ‘celfunctie’ gebruikt.
Het Bouwbesluit stelt aan de celfunctie hogere eisen aan bijvoorbeeld de brandveiligheid, dan aan de gezondheidszorgfunctie. Hoewel vanwege het continue toezicht met een lager (brand)veiligheidsniveau zou kunnen worden volstaan, wordt geadviseerd voor de EBK uit te gaan van de celfunctie, aangezien sprake is van gesloten (dwang)verblijf van personen. Op een afdeling voor intensieve zorg is grotendeels de gezondheidszorgfunctie met bedgebied van toepassing.

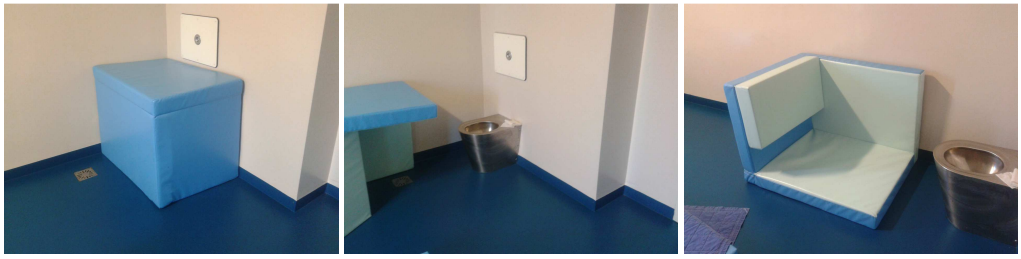
Voor zover van toepassing, is bij de formulering van de eisen in voorgaande paragrafen reeds rekening gehouden met deze algemene wet- en regelgeving. Omdat die wet- en regelgeving op andere plaatsen uitgebreid is vastgelegd en kan worden geraadpleegd, wordt er in dit rapport niet verder op ingegaan.

3.5 Eisen voor nieuwbouw, bestaande bouw en verbouw

Ten aanzien van het **Bouwbesluit** kan mogelijk ten overvloede worden vermeld, dat hierin, behalve eisen voor nieuwbouw, ook aparte eisen voor bestaande bouw en aparte eisen in geval van verbouw zijn opgenomen. De eisen voor bestaande bouw vormen de ondergrens waaraan een bouwwerk (ook EBK) moet voldoen. In het geval van verbouw van een voorziening zijn de eisen uit het Bouwbesluit veelal lichter dan in situaties van nieuwbouw. Vaak wordt bij verbouw voor het eisenniveau teruggegrepen op het zogeheten rechtens verkregen niveau (eisen die golden ten tijde dat de voorziening is gebouwd).
Aan instellingen die een EBK door verbouw van een bestaand gebouw realiseren, wordt, ondanks de mogelijke lichtere wettelijke eisen, aangeraden bij het opstellen van verbouwplannen te onderzoeken of redelijkerwijs niet kan worden voldaan aan de zwaardere eisen zoals die voor nieuwbouw zouden gelden.

De aanvullende eisen uit de **veldnorm** gelden voor zowel bestaande als nieuwe voorzieningen (volledigheidshalve: waarbij verbouw, aanpassing, inpassing van/in bestaande bouw ook ‘nieuw’ is). De veldnorm is noodzakelijk geacht, omdat enerzijds de eisen vanuit algemene wettelijke regelgeving onvoldoende garanties bieden voor de kwaliteit en veiligheid van het verblijf en anderzijds bestaande aanvullende wetgeving voor zorggebouwen onvoldoende is toegesneden op het relatief nieuwe en nog niet uitontwikkelde gedachtengoed rond intensieve zorg en EBK’s. Ook ruimten voor insluiting die de afgelopen jaren reeds zijn gerealiseerd als onderdeel van nieuwe settings of concepten voor intensieve zorg, zouden, om als EBK te kunnen worden aangemerkt, moeten beantwoorden aan de veldnorm. Als bij toezicht door de IGZ afwijkingen worden geconstateerd, zal door de instelling/aanbieder beargumenteerd en gedocumenteerd moeten worden waarom van de eisen is afgeweken.

Aan de eis voor een toiletruimte annex de EBK zal bij bestaande EBK’s waar deze ontbreekt, mogelijk moeilijk kunnen worden voldaan. Als dit het geval is moeten instellingen zoveel mogelijk aan de algemeen geldende normale eisen voor privacy van toiletgebruik tegemoet komen. Het gebruik van een kartonnen po moet worden voorkomen. De IGZ heeft aangegeven daar in haar toezichtsnorm aandacht aan te zullen schenken. Instellingen zouden bijvoorbeeld kunnen kiezen voor afscherming van een in de EBK opgenomen toilet. Onderstaand is hiervan een voorbeeld gegeven.



Figuur 3D Voorbeeld van een afscherming van een in de EBK opgenomen toilet (Arkin).

Door de vorm en afmetingen van de afscherming aan te passen (in het voorbeeld is de hoogte te gering), zou deze tevens de privacy kunnen bevorderen tijdens het gebruik van het toilet.

3.6 Toezicht IGZ op andere situaties van vrijheidsbeperking door insluiting

Eerder is al aangegeven dat de inspanningen gedurende de afgelopen jaren inmiddels hebben geleid tot een reductie van aantal en duur van afzonderingen en separaties, evenals van het aantal daarvoor beschikbare traditionele afzonderings- en separeerkamers.

Eveneens is evenwel gebleken dat de sector, ondanks het ook onder professionals breed gedragen streven naar het uitbannen van eenzame insluiting, de komende jaren nog niet in alle situaties zal kunnen ontkomen aan het gebruik van, noem het terugvallen op, afzonderings- en separeerkamers.

Deze traditionele vormen van vrijheidsbeperking zullen echter in de toekomst niet meer zijn toegestaan. De IGZ zal separaat en in overleg met de sector beleid ontwikkelen en bekendmaken voor het nog gedogen van en het toezicht houden op, alsmede het tijdpad voor afbouw van het gebruik van deze traditionele voorzieningen voor insluiting.
De traditionele voorzieningen vallen zoals eerder opgemerkt niet onder de reikwijdte van de veldnorm en komen in dit rapport dan ook verder niet aan de orde.

A Afkortingen, begrippen en definities

afkorting / begrip	uitleg / definitie
Argus	gegevensset voor eenduidige registratie van vrijheidsbeperkende interventies in de geestelijke gezondheidszorg.
Bopz (Wet Bopz)	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.
EBK	extra beveiligde kamer.
GAF	Global Assessment of Functioning: maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid.
GGZ Nederland	vereniging van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.
HIC	High en Intensive Care, een functie, concept of afdeling om te voorzien in de meest intensieve zorgvragen van GGZ-patiënten.
IC	De context van Intensive Care blijkt uit visie, organisatie, behandeling en eventueel fysieke omgeving. Omdat niet per definitie sprake is van een (afwijkende) ruimtelijke invulling of vormgeving van intensieve zorg, zijn in de tekst voornamelijk de termen 'IC' en 'IC-zone' gehanteerd. Daarbij kan sprake zijn van een (deel van een) afdeling, een zone, een unit of een behandelconcept, al dan niet in een aangepaste fysieke setting. Alleen binnen een IC-zone of -afdeling is het mogelijk een extra beveiligde kamer te creëren waarin een patiënt kan worden ingesloten.
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg.
insluiting	(In de context van dit rapport c.q. de "veldnorm insluiting".) Van insluiting is sprake als een patiënt zich in een afgesloten ruimte, niet zijnde een traditionele separeer- of afzonderingskamer of de eigen kamer, bevindt, waarin geen hulpverleners fysiek aanwezig zijn en die hij/zij niet zonder tussenkomst van derden kan verlaten of ontsluiten.
toezichtsnorm	instrument dat de IGZ hanteert als toetsings- en handhavingsinstrument.
veldnorm	algemeen erkende, samen met het veld ontwikkelde, zo veel mogelijk evidence-based eisen aan ruimten en gebouwen voor zorg.

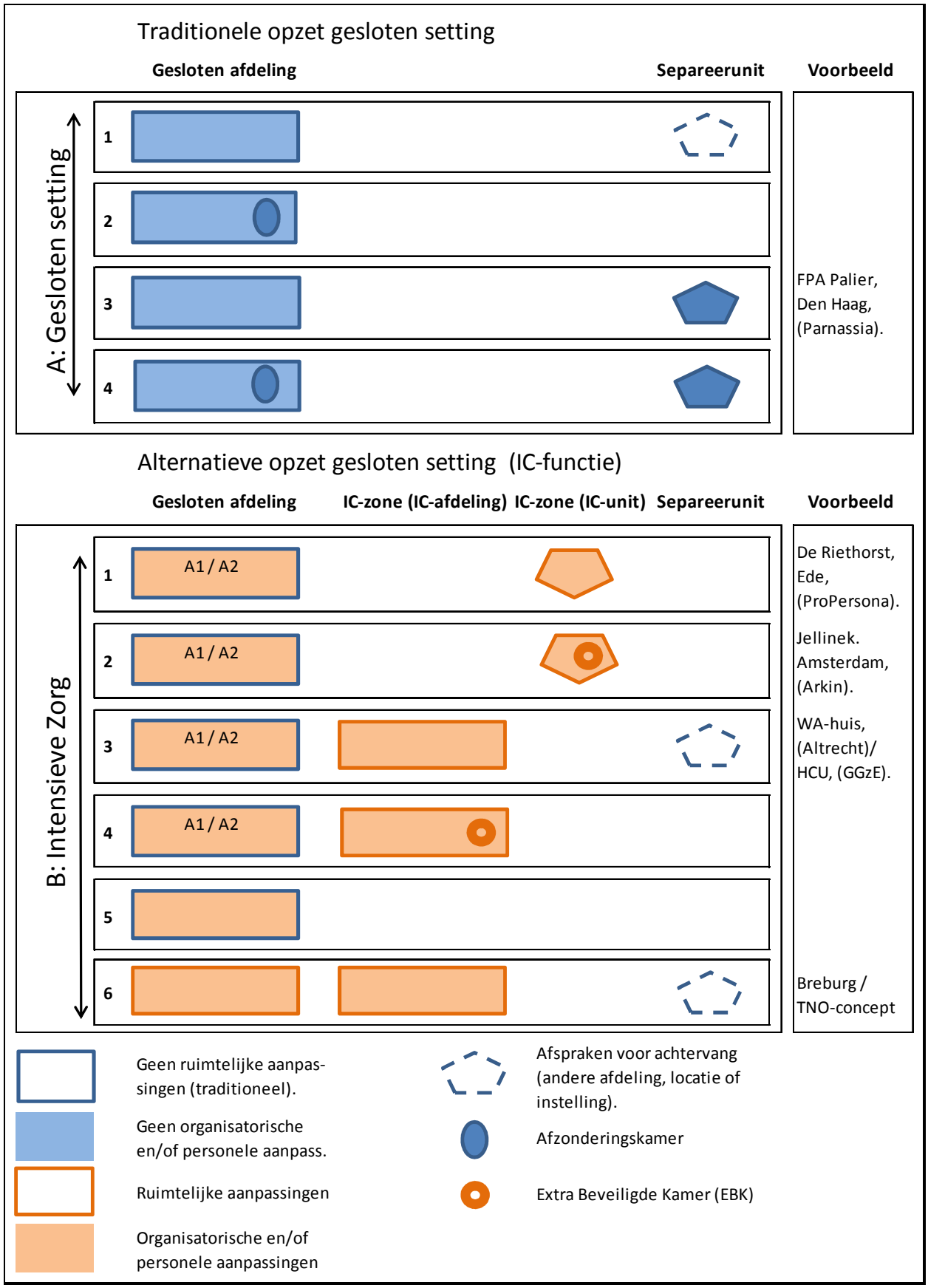
B Praktijkvoorbeelden

Bij de ontwikkeling van de veldnorm is in belangrijke mate gebruik gemaakt van wat diverse zorgorganisaties inmiddels te bieden hebben in het traject op weg van traditionele afzonderings- en separeerkamers naar eigentijdse vormen en concepten van intensieve zorg. Soms gaat het om complete afdelingen voor intensieve zorg, soms om een zone of unit, soms om innovatieve aanpassingen van of in traditionele afzonderings- of separeerkamers.

	organisatie	voorziening
1	Parnassia Bavo Groep	Den Haag – FPA Palier
2	GGzE	Eindhoven – Crisis Unit Centrum psychose
3	ProPersona	Ede – De Riethorst
4	Arkin	Amsterdam – Vlaardingenlaan
5	Altrecht	Utrecht – WA Huis
6	GGz Breburg	planopzet nieuwe IC-units Tilburg en Breda

In het schema op de volgende pagina zijn de meest voorkomende en denkbare varianten weergegeven van situaties waarin met escalatie en ernstig ontregelde patiënten moet worden omgegaan. Bedacht moet worden dat in al die situaties zowel zorginhoudelijke/organisatorische factoren en concepten, als de fysieke omgeving van invloed zullen zijn op de voorspelbaarheid, frequentie, ernst, beheersbaarheid, duur en impact/schade van escalaties/ontregeling.
Noch met alleen de juiste zorg en aandacht, noch met alleen de juiste fysieke omgeving, zal een goed resultaat bereikt worden. Alleen met de juiste combinatie van beide ‘componenten’ is optimale intensieve zorg mogelijk. Dan zullen dwang en vrijheidsbeperking en de impact van eventuele escalaties maximaal kunnen worden teruggebracht.

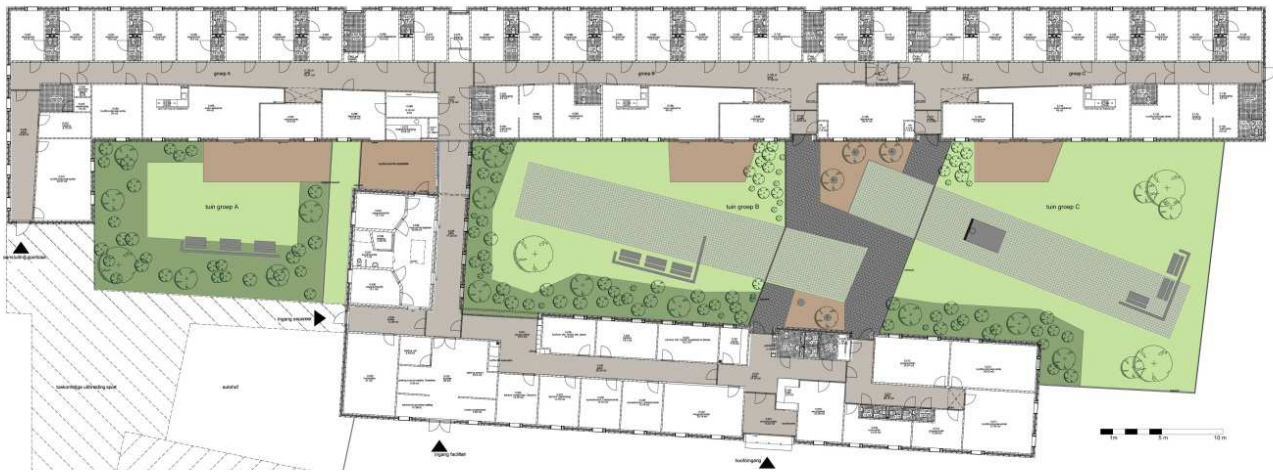
Na het schema wordt uitgebreid verslag gedaan van de context waarin de betreffende afdelingen, units of voorzieningen binnen de diverse organisaties functioneren en hoe ze kunnen bijdragen aan eigentijdse vormen en concepten van intensieve zorg en het terugdringen van dwang en vrijheidsbeperking.



Figuur B Combinaties van zorginhoudelijk/organisatorische en fysieke varianten.

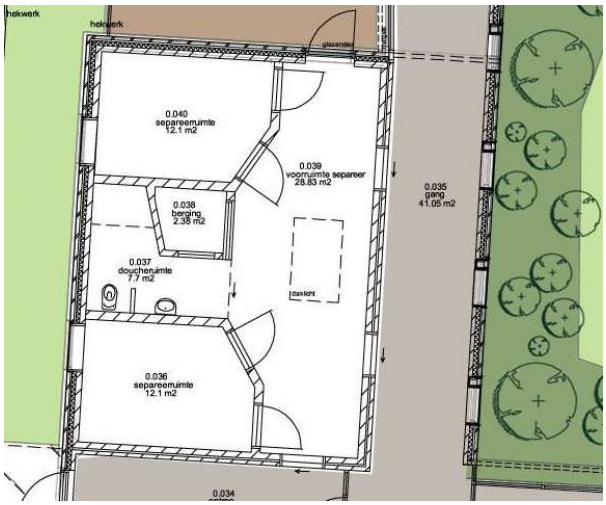
1. Palier Forensisch psychiatrische afdeling (FPA), Parnassia Den Haag (schema A3)

Het betreft een gebouw uit 2005 met één bouwlaag waarin verblijfs- en behandelvoorzieningen voor 25 forensisch psychiatrische patiënten zijn ondergebracht. Het gebouw bestaat uit twee vleugels waarvan in de eerste vleugel drie verblijfsafdelingen met oplopende zorgintensiteit en in de andere vleugel de ruimten voor behandeling en staf liggen. Beide vleugels worden verbonden met een bouwdeel waarin een separeerunit is opgenomen. De verblijfsafdelingen hebben een omvang van 8 à 9 plaatsen.
In het gebouw komen naast de separeerunit ook twee time-out- c.q. afzonderingskamers voor, waarvan er één tussen medium en low care en één binnen een afdeling ligt.



Figuur B1.1 Plattegrond FPA Palier.

Parnassia is intensief bezig met het terugdringen van dwang- en drangmaatregelen. In dat kader heeft zij ook veel aandacht besteed aan het humaniseren van het verblijf van patiënten in separeerunits en streeft ze ernaar separeren op termijn uit te bannen. In het kader van het humaniseren van het verblijf ontwikkelt zijzelf bijzondere voorzieningen waaronder een multimedia zuil. Deze is in één van de twee separeerkamers van de FPA geplaatst.
Gelijktijdig met de plaatsing zijn de kleuren van de wanden (lichte tinten), de vloerafwerking (kunststof met houtmotief) en het plafond in combinatie met de verlichting (contourverlichting van RGB-ledlampen) aangepast. Door de veranderingen van de afwerkingen heeft de kamer een warmere uitstraling gekregen en door de mediazuil heeft de patiënt binnen bandbreedten regie over klimaat, sfeer en activiteiten.
Voorbeelden van factoren die invloed uitoefenen op de sfeer zijn o.a. muziekkeuze, kleur van de (led-)verlichting, daglichttoetreding, geur en foto's op het beeldscherm met bijpassend geluid of het kunnen afspelen van Dvd's. De zuil biedt ook mogelijkheden voor tekenen, spelletjes, contact met personeel, het lezen van het reglement en tijdaanduiding.



Figuur B1.2 Deelplattegrond Separeerunit.

De aangepaste kamer ligt in een van de verblijfsafdelingen afzijdig gelegen separeerunit. Toezicht door personeel vindt vanwege de afstand tot de afdelingen vooral met gebruikmaking van camera's plaats. De sfeer vanaf de toegang tot de unit en tot aan de toegangsdeur van de kamer is die van een separeerunit.
De instelling spreekt zelf niet van een IC-unit maar van een separeerkamer en van separeren, zij het dat de condities waaronder dit gebeurt afwijken van hetgeen tot nu toe voor separeren gebruikelijk is.

Figuur B1.3 Voorgevormde bank met media-zuil en led-verlichting.

Ervaringen
Om het effect van de separeerkamer nieuwe stijl te kunnen meten, vindt momenteel een evaluatieonderzoek plaats. De resultaten daarvan zijn nog niet beschikbaar. Wel geeft de instelling desgevraagd aan dat de voorlopige indruk bestaat dat de aanpassingen een positief resultaat hebben. De inschatting is dat er minder en korter wordt gesepareerd.

2. GGzE (schema B2)

GGzE heeft een High Care Unit (HCU) als integraal onderdeel van de Crisis-Unit van het Centrum Psychose, onlangs in gebruik genomen. De High Care Unit is samen met andere verblijfsafdelingen in nieuwbouw gerealiseerd. De nieuwbouw vormt een uitbreiding op een bestaand gebouw. De crisisunit met een HCU ligt in een aparte vleugel van de uitbreiding.
Doelgroep voor de High Care-voorzieningen zijn patiënten met psychotische kwetsbaarheid die af en toe in crisis raken. GGzE besteedt veel aandacht aan het voorkomen van een crisis bij deze patiënten. De zorg die GGzE levert voldoet aan de uitgangspunten voor Planetree (mensgerichte zorg door betere zorg, gezonde organisatie en helende omgeving).
Ter voorkoming van een separatie worden fasen onderkend van vroegsignalering tot opname in de HCU. In principe behoudt de patiënt in iedere fase zoveel mogelijk de eigen regie.
Wordt een patiënt van buitenaf (gedwongen) opgenomen, dan vindt ontvangst plaats in de de-escalatieruimte (intake-ruimte) van de HCU. Na de intake wordt hij in de meest passende (behandel-)verblijfsomgeving geplaatst waaronder de HCU. Het verblijf en de behandeling in de HCU kan variëren van enkele uren tot enkele dagen, afhankelijk van het beeld van de patiënt.

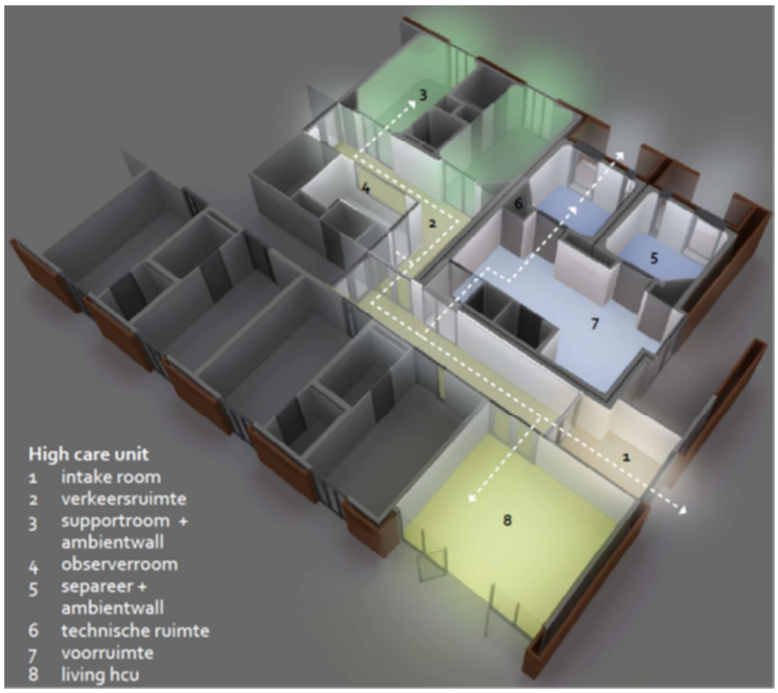
GGzE wil in de HCU-zorg op maat verlenen en ziet voor een patiënt in crisis één-op-één-zorg als de beste zorgvorm. Er is één zorgconcept voor de crisis- en highcare-unit ontwikkeld waarbinnen veel ruimte is voor zeggenschap c.q. eigen oplossingen binnen een kader. De HCU biedt in een rustige groepsdynamiek (kleine groep) de mogelijkheid tot prikkelreductie, de-escalatie en ondersteuning richting herstel. Kenmerk voor de HCU is dat naast het behoud van de eigen regie onder andere gestreefd wordt naar in contact blijven met de patiënt en gewerkt wordt van beheersing naar loslaten.
Verder is/wordt binnen GGzE separeren een voorbehouden handeling van de HCU.

De HCU is opgenomen in een nieuwbouw waarvan ook andere (deels gesloten) verblijfsafdelingen deel uitmaken. De HCU grenst aan één van de gesloten afdelingen.
In de HCU is plaats voor vier kwetsbare psychotische patiënten. De ruimtelijke opzet van de unit bestaat op hoofdlijnen uit een kleine bijzondere verblijfs- en een daaraan grenzende de-escalatie-afdeling. Tot de bijzondere verblijfsafdeling behoren twee gebruikelijke patiëntenkamers, twee zogenaamde supportrooms (een kamer voor intensieve één-op-één-begeleiding), een observatiekamer en een huiskamer. Het de-escalatiegedeelte heeft een de-escalatieruimte (voorruimte) en twee separeerkamers met elk een eigen buitenruimte. Los van de groepsdynamiek van de crisisunit kan in de HCU meer de één-op-één-begeleiding worden vormgegeven.

Bij de ontwikkeling van het bouwplan voor de uitbreiding en de HCU is veel aandacht gevraagd voor belevingsaspecten zoals ruimte, licht, kleur en zicht op buiten c.q. natuur. Voorts vond men voor het gebouw als totaliteit een open structuur en veel mogelijkheden voor beweging en ontmoeting van belang. Ruimtelijk is dit vertaald door het in veel ruimten toepassen van ronde hoeken en van grote raamvlakken en in veel ruimten de mogelijkheid te bieden om naar buiten te gaan voor frisse lucht of te roken.

In een samenwerking met ervaringsdeskundigen (patiënten en naasten), architect, professionals (psychiaters en verpleegkundigen), TU/e en Philips is humanisering, zeggenschap en technologische ondersteuning vormgegeven. Veel voorstellen zijn voor de daadwerkelijke uitvoering met proefopstellingen (Mock-up) in de praktijk getest en vervolmaakt. Nadrukkelijk is voor de crisisunit en HCU niet gekozen voor het “oppimpen” van een separeer maar voor het aanbieden van alternatieven.

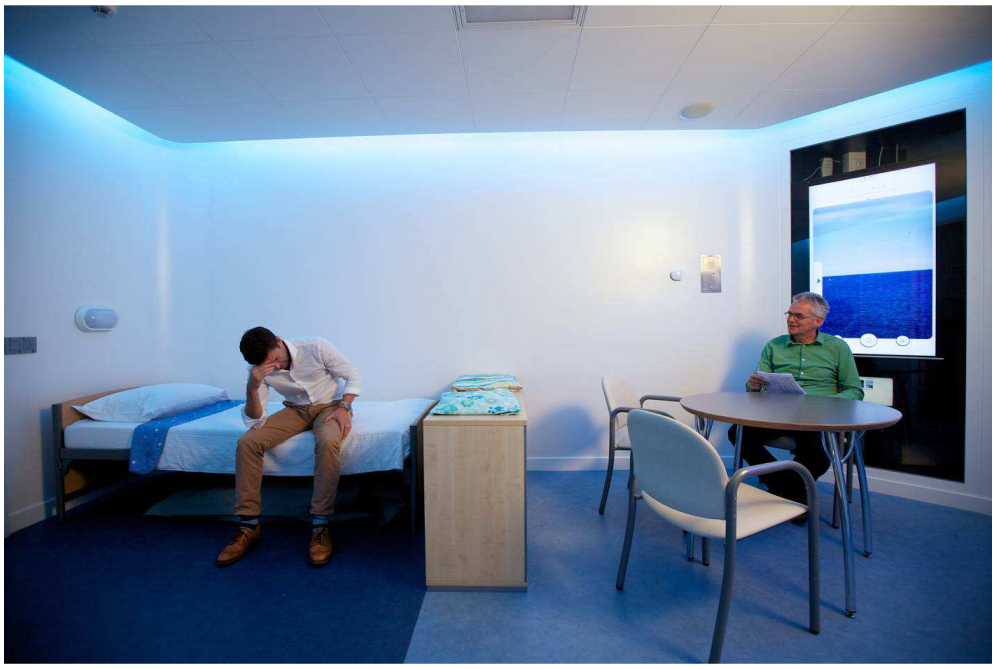
Figuur B2.1 Plattegrond nieuwbouw Crisis Unit Centrum psychose met in bouwdeel FF de HCU.



Figuur B2.2 Isometrie van de HCU.

Voor een deel van de technologie is er voor gekozen om het “Ambient Experience Concept“ van Philips (een installatiesysteem waardoor met licht, geluid en een interactief beeldscherm een persoonlijke omgeving kan worden gecreëerd) te vertalen naar de psychiatrie. In de ziekenhuizen zijn met dit systeem positieve resultaten voor het herstelproces en de beleving van het verblijf bereikt.
De toepassing van het systeem wordt bij de HCU al meteen zichtbaar in het opnametraject. Patiënten kiezen bij de intake voor een natuurthema (bos, zee) en dit wordt via beeldschermen en een lichtconcept (kleuren die beweging door het gebouw begeleiden) in de gang en met de ambientwall in de supportroom maar ook in de separeerkamer waarneembaar (visueel maar ook auditief) gemaakt. Vervolgens wordt de ambientwall (interactief scherm) ook ingezet voor communicatie (met hulpverleners, verwanten, vrienden of kennissen), herstel (foto’s), ontspanning (muziek, spelletjes, tekenen) en informatieverstrekking (dagprogramma).

De supportruimte geeft de patiënt middels de mogelijkheden die de ambientwall biedt, regie over de verlichting, geluid en “beeld” zodat hij/zij zijn/haar eigen leefsfeer binnen de (gedwongen) verblijfsruimte mee kan bepalen. Daarnaast is de ruimte verdeeld in twee zones op basis van de territoriumleer. Hiermee is naast een contact-zone in deze ruimte ook een privé-zone gecreëerd die de hulpverlener alleen kan/mag betreden met toestemming van de patiënt. De zonering is op de vloer met twee kleuren vormgegeven en wordt ondersteund door hoogteverschillen in plafond en door de verlichting.



Figuur B2.3 Impressie supportroom met de markering van de privé- en publieke ruimte.

De Ambient Experience support ruimte voor de GGZ verkeert nog in een experimenteel stadium en de “ambientwall” wordt door GGzE en Philips nog verder ontwikkeld.

Ervaringen
Omdat de HCU nog maar pas in gebruik is, zijn nog geen ervaringsgegevens beschikbaar.

3. De Riethorst, Centrum voor kortdurende behandeling in Ede, ProPersona Wolfheze (schema B1)

Het Centrum voor kortdurende behandeling is een opname- en behandelcentrum waarin ook ambulante behandeling wordt aangeboden. Een deel van de patiënten (met uiteenlopende psychiatrische en gedragsproblematiek) wordt na tussenkomst van de crisisdienst van buitenaf opgenomen op een gesloten afdeling en soms in de IC- of separeerunit.
Het Centrum is gehuisvest in een gebouw uit 2003 met meerdere bouwlagen dat annex het ziekenhuis Gelderse Vallei is gesitueerd. Het gebouw bestaat op hoofdlijnen uit een voorbouw met de behandel- en stafruimten en een achterbouw met de verblijfsruimten en een separeerunit. De separeerunit is door ProPersona deels tot IC-unit verbouwd. De IC- en separeerunit liggen in eenzelfde volume dat centraal tussen de gesloten afdelingen ligt. De gesloten afdelingen hebben een omvang van 12 plaatsen.

ProPersona is intensief bezig met het terugdringen van vrijheidsbeperking (dwang- en drangmaatregelen) en streeft ernaar om in 2017 niet meer te separeren. In dat kader besteedt zij al veel jaren aandacht aan het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen waaronder afzonderen/separeren en aan mildere (humanere) vormen van afzonderen. De instelling werkt voor het laatste op verschillende locaties al sinds enige tijd met IC-units. Deze zijn in alle gevallen gerealiseerd door verbouw van separeerunits of door (op het laatste moment) aanpassing van de separeerunit in ontwikkelde bouwplannen.

Ligging
Ook in de Riethorst is de IC-unit tot stand gekomen door een grondige verbouwing van de separeerunit. De IC-unit ligt aan een voorgebied van een gesloten afdeling.

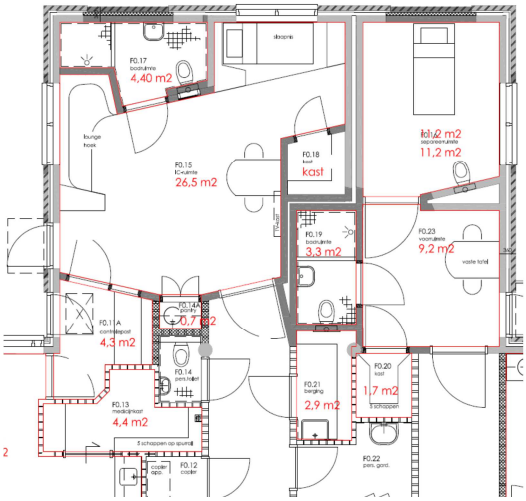
Figuur B3.1 Fragment begane grond achterste bouwdeel. IC-unit centraal gelegen in uitstekend volume.

Lay-out en uitrusting
Aanvankelijk was in het gebouw een volledige separeerunit met drie kamers aanwezig. De ruimtelijke omvang van de separeerunit is door verbouwing geminimaliseerd. Van de vrijkomende oppervlakte is één ruimte gemaakt, met een daarbinnen gelegen nieuwe badkamer. De grote ruimte binnen de IC-unit heeft een oppervlakte van ruim 25 m^2 en beschikt over een vanuit de unit toegankelijke buitenruimte. De ruimte is deels ingericht met vast en deels met verplaatsbaar meubilair. In de unit is een afsluitbare kitchenette (kast) aanwezig en een beeldscherm opgehangen. Door verbouw binnen de contouren is de ruimte geleed en het overzicht over de ruimten niet overal aanwezig.

Om continu (24-uurs, één-op-één) face-to-face-contact mogelijk te maken, is in een “controlepost” tussen IC-unit en teamruimte voorzien. Deze ruimte fungeert tevens als geluidsbuffer tussen IC-unit en overige verblijfsruimten voor personeel en patiënten.
In het ontwerp is veel aandacht voor veiligheid en privacy van de patiënt geweest. Veiligheid is tot op het niveau van deurbeslag (speciale scharnieren en deurkrukken) en meubilair (hard schuimrubber met bekleding van leer zonder harde constructieonderdelen) doordacht. De instelling geeft aan dat bij de keuze voor materialen het een voortdurend balanceren is tussen harde en zachte materialen (meubilair), comfort/sfeer en degelijkheid. Voor privacy geldt dit onder andere door inkijk in de IC-unit en buitenruimte bij de IC-unit door derden tot een minimum te beperken, waardoor onder andere de ramen in de gevel zijn verplaatst en alle ramen zijn voorzien van luxaflex die door de patiënt is te bedienen. Overigens is voor toezicht door personeel een spion in de toegangsdeur opgenomen.

Er zijn diverse voorzieningen/gebruiksopties (water, licht en dergelijke) voor patiënten. Deze zijn door medewerkers van buitenaf overrulebaar.
In de IC-unit is vloerverwarming toegepast en zijn alle sanitaire toestellen van roestvrijstaal. In de unit ligt een (gesloten) PVC-vloer (gelaste banen) met houtmotief. De vloer is sfeervol en makkelijk schoon te houden.

Alle deuren hebben een centrale deurontgrendeling die (met vertraging) opent bij brand (gekoppeld aan de rookmelder).



Figuur B3.2 Plattegrond IC-unit en sfeerimpressie.

Ervaringen
De IC-unit bestaat uit een geheel van met elkaar samenhangende ruimten.
De ruimten zijn te typeren als leefkamer, badkamer, berging en buitenruimte.
De omvang en situering van de ruimten zijn zodanig dat intensieve zorg kan worden geboden aan één patiënt. De minder intensieve zorg wordt in de omliggende gesloten afdelingen geleverd.

Een situering van de IC-unit aan het voorgebied van de gesloten afdelingen heeft als voordeel dat deze vanuit alle gesloten afdelingen benaderbaar is, maar als nadeel dat personeel de afdeling min of meer moet verlaten om contact te houden met de patiënt. Daardoor zijn er beperkingen van de mogelijkheden voor het op- en terugschalen van de zorg.
De “controlepost” is daardoor niet altijd bezet waardoor aan 24-uurstoezicht ook niet altijd gestalte wordt gegeven. Als alternatief is toezicht met camera en intercom mogelijk, maar dat alternatief wordt weinig gebruikt. Enerzijds is dat onhandig, anderzijds goed, omdat het face-to-face-contact met patiënten bevordert. Desalniettemin is eigenlijk wel een intercom wenselijk om vanuit de afdeling contact te kunnen hebben met de patiënt. Een spraak/beeldverbinding ziet het personeel als ideaal.

In zijn algemeenheid wordt de situering van de IC-unit ten opzichte van de gesloten afdelingen, separeerunit en de “controlepost” door het personeel als prima ervaren.

Door de ruime afmetingen is in de IC-unit veel bewegingsruimte aanwezig.
De grootte van de ruimte wordt door het personeel als niet te klein (benepen) maar ook niet te groot (verloren in ruimte), dus als goed, aangemerkt. Ook de vorm (geleding) wordt als prettig ervaren. Door de geleding kunnen aparte hoeken met een aparte activiteit worden gemaakt: bijvoorbeeld slapen, eten en zitten. De beperkingen ten aanzien van de overzichtelijkheid als gevolg van de geleding vormen voor het personeel geen bezwaar.

In detail zijn er wel een aantal verbeterpunten zoals:
- de bedopstelling (tweezijdige bereikbaarheid is van belang);
- vitrine voor (zicht op) eigen waardevolle bezittingen;
- opnemen van TV in de wand en onzichtbare bevestiging van materiaal (dubbel glas) en meubilair;
- spraak-/beeldverbinding;
- stabiliteit stoelen (door het ontbreken van een frame);
- putje aanbrengen dan wel drempel naar badkamer verwijderen.

Samengevat wordt de IC-ruimte ervaren als een relatief aangename, comfortabele ruimte met voldoende privacy en regie, goede sfeer, voldoende licht(regelmogelijkheden) en uitzicht.
Het is een geslaagd concept en goed uitgevoerd, ondanks de compromissen van inpassing in een bestaande situatie, aldus het personeel werkzaam op de gesloten afdelingen.

4. Kliniek aan de Vlaardingenlaan in Amsterdam, Jellinek/Arkin, Amsterdam (schema B2)

Aan de Vlaardingenlaan wordt door Arkin behandeling geboden aan verslaafden met psychiatrische en vaak ook andere bijkomende problematiek. Daarnaast is hier ook een deel van de kliniek voor kortdurende intensieve behandeling (KIB) gehuisvest. In totaal zijn op de locatie 144 klinische plaatsen aanwezig.

Arkin streeft op inhoudelijke gronden naar het volledig uitbannen van separeren, maar betwijfelt overigens of dat helemaal haalbaar is. Zo vragen manische patiënten nadrukkelijk om een prikkelarme afsluitbare ruimte.
Vrijheidsbeperking kent qua fysieke setting vier niveaus: comfortroom, afzonderingskamer, IC-unit en separeerkamer. Op concernniveau worden steeds meer separeerkamers omgebouwd tot of vervangen door IC-units. Aan de Vlaardingenlaan is men inmiddels van zes naar één separeerkamer teruggegaan.
Binnen de organisatie wordt nog zeer uiteenlopend gedacht en gehandeld.
Elke afdeling of kliniek voert haar eigen beleid.
In de IC-unit aan de Vlaardingenlaan wordt in principe één-op-één-zorg aan de patiënt geboden.

Op hoofdlijnen liggen de verblijfsvoorzieningen voor de patiënten in twee langwerpige bouwdelen met daartussen een bouwdeel met behandel- en stafvoorzieningen. De bouwdelen hebben alle drie of meer bouwlagen.
Eind jaren negentig is als eerste aan de Vlaardingenlaan een verslavingskliniek gebouwd. Circa vijf jaar geleden is hierachter een kliniek voor langdurende zorg bijgebouwd en is aan de eerste kliniek een “torentje” aangebouwd met op de eerste twee bouwlagen elk een separeerunit (elk met drie kamers) en daarboven enkele bouwlagen met zelfstandige wooneenheden voor patiënten.
De IC-unit is daarna gerealiseerd door verbouw van de separeerunit op de onderste bouwlaag. De IC-unit is middels een tussengang (waaraan ontsluiting van de bovenliggende wooneenheden) vanaf de gesloten opname-afdeling (gesitueerd in het kliniekgebouw) bereikbaar. Deze afdeling heeft ruimtelijk gezien een traditionele opzet en omvat 12 plaatsen. Gelijktijdig met de verbouw van de IC-unit is binnen de afdeling overigens wel een comfortroom gemaakt.

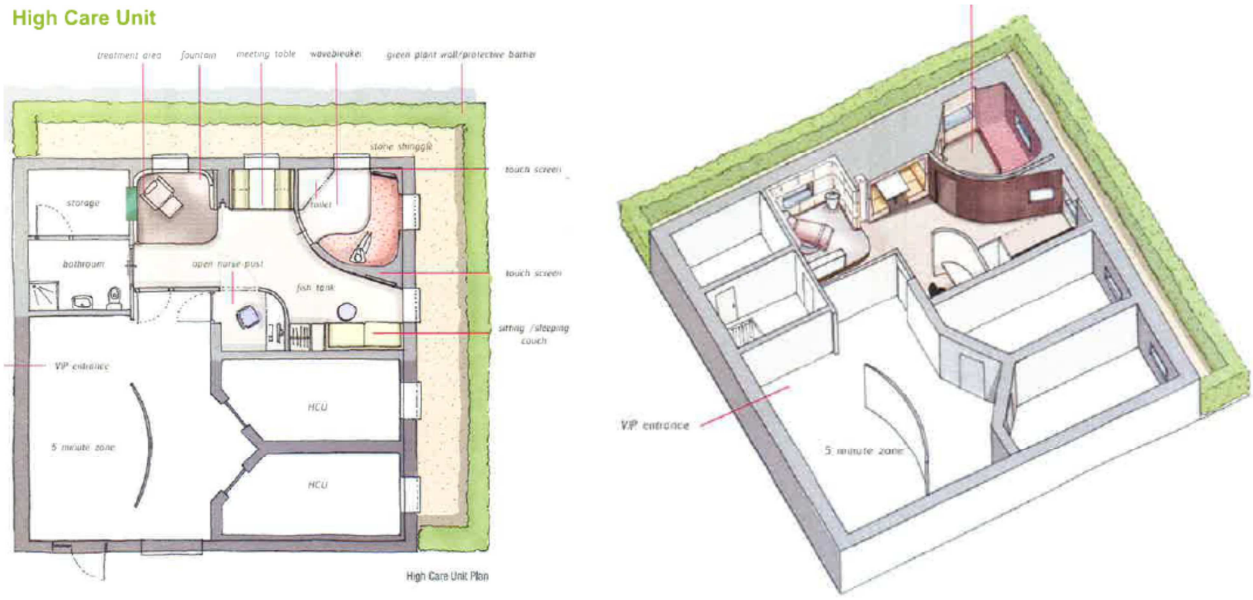
Figuur B4.1 Fragment huidige plattegrond oudste bouwdeel.

Lay-out en uitrusting

Van de oorspronkelijke drie separeerkamers in de unit zijn er twee behouden. Eén daarvan fungeert als EBK en de andere als een werkplek voor personeel. De overige ruimten binnen de unit zijn herbestemd en/of intensief verbouwd. Met de verbouwing zijn bijzondere plekken voor een gerichte activiteit met een bijzondere sfeer gecreëerd.

Op hoofdlijnen:

- een “5 minuten zone” grenzend aan de toegangen tot de gesloten afdeling of voor de ambulance. Deze ruimte fungeert als opvangruimte en hier vindt een vorm van triage plaats. Vanuit het aansluitende open verkeersgebied zijn de IC-unit, de werkplek voor personeel en de separeerkamer bereikbaar;
- een IC-unit met vier sfeer-/activiteitenplekken en een centraal gelegen ruimte voor personeel;
- een vanuit de IC-unit bereikbare sanitaire ruimte.



Figuur B4.2 Plattegrond en isometrie van de IC-unit.

De vier sfeer-/activiteitenplekken zijn te onderscheiden naar een behandel- c.q. relaxplek, een ontmoetings- c.q. spreekplek, een “cocon” c.q. terugtrekplek en een zit- c.q. lounge-plek (met multimedia zuil, touchscreen). De plekken hebben allemaal een onderling significant afwijkende inrichting en kleurstelling. Iedere plek heeft eigen daglicht en uitzicht, maar ook kunstverlichting op maat. Inkijk van buitenaf wordt belemmerd door een wand van struiken aan de buitenzijde. Behalve de “cocon” staan alle plekken in open verbinding met een verkeersgebied waaraan ook een centraal gelegen personeelsruimte ligt.
Om continu (24-uurs, één-op-één-) face-to-face-contact mogelijk te maken, is in de wanden van de centrale personeelsruimte veel glas opgenomen. De openingen van de sfeerplekken naar het verkeersgebied liggen zodanig dat vanuit de personeelsruimte op iedere plek (voor de “cocon” via een raam in de deur) een zichtrelatie aanwezig is.

Figuur B4.3 Beelden van verschillende sfeerplekken.

Zoals al gezegd is de inrichting en dan met name het meubilair speciaal ontworpen voor doel en sfeer van de plek. Daarbij is naast veel aandacht aan vormgeving ook veel aandacht aan veiligheid en comfort geschonken. Daardoor ademt de IC-unit niet de sfeer die kenmerkend is voor voorzieningen met molestbestendige afwerkingen en een hoog niveau van (veiligheids-)installaties.
Voorts heeft veiligheid de instelling er niet van weerhouden om bijvoorbeeld schakelaars en wandcontactdozen in de IC-unit op te nemen.
Via het touchscreen heeft de patiënt de mogelijkheden voor zelfregie. Instellingen die de patiënt heeft gemaakt zijn daarbij wel door personeel te overrulen.

De EBK is in één van de twee overgebleven voormalige separeerkamers ondergebracht. De andere overgebleven kamer is een werkruimte voor personeel geworden. De EBK heeft de vorm en uitrusting van een separeerkamer. Ten behoeve van het face-to-face contact is er een raam gemaakt in de scheidingswand tussen personeelsruimte van de IC-unit en de EBK. De EBK is in groen-tinten geverfd en er is aangepast (verwijderbaar) meubilair in geplaatst.
Aan de Vlaardingenlaan zijn ook nog andere ruimten die in het kader van dwangmaatregelen worden gebruikt aanwezig. Ook van deze ruimten is het interieur veranderd. Door nieuwe kleuren, motieven en meubilair is de sfeer ervan sterk verbeterd (zie laatste onderstaande foto).

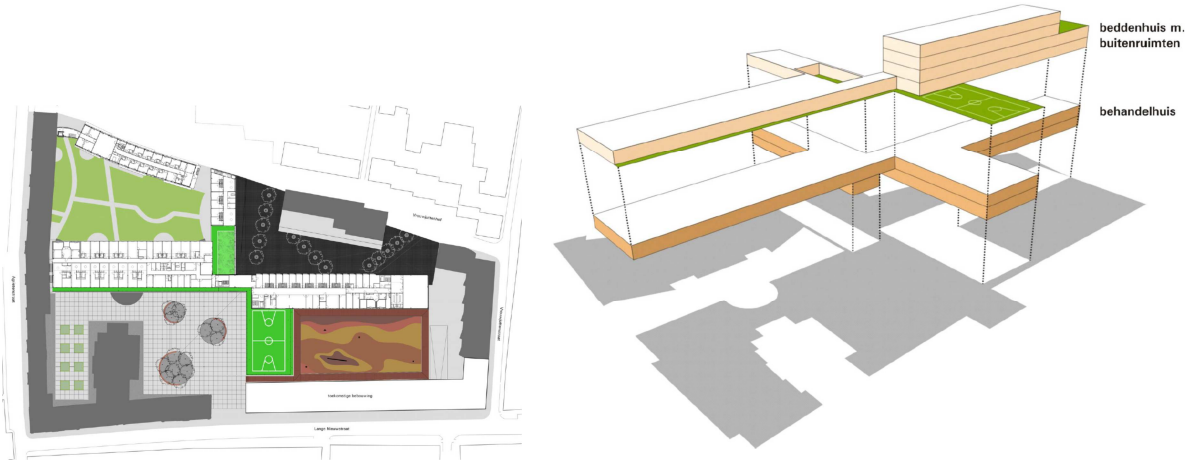
Figuur B4.4 Impressie van de personeelsruimte (links) en het aangepaste interieur van een afzonderingskamer aan de Vlaardingenlaan (rechts).

Ervaringen
De ligging van de IC-unit is zodanig dat deze voor één afdeling fungeert.
De ruimtelijke opzet biedt de mogelijkheid om intensieve zorg te verlenen aan één patiënt.

5. WA-huis, Utrecht, Altrecht Den Dolder (schema B3)

Op een locatie in de oude binnenstad van Utrecht is in 2007 de vervangende nieuwbouw van het WA-huis in gebruik genomen. De nieuwbouw omvat onder andere een behandelcentrum voor kortdurende psychiatrie met 71 klinische plaatsen. Op de locatie zijn de acute opnamefuncties voor de stad geconcentreerd en in de toekomst ook die van de regio. De behandeling is er op gericht dat patiënten na 6 à 8 weken uitstromen naar andere voorzieningen van Altrecht of naar de thuissituatie, eventueel met ambulante zorg.

Ook Altrecht houdt zich intensief bezig met het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de instelling. Altrecht werkt daarvoor samen met ASVZ (een instelling voor gehandicaptenzorg). Het daar ontwikkelde/gebezigde concept gaat er (simpel verwoord) van uit dat een normale omgeving tot normaal gedrag uitnodigt. Waar zich ontspoord gedrag manifesteert, moeten niet de symptomen worden bestreden (beheersen, opsluiten), maar moet contact worden gemaakt, teneinde te kunnen begrijpen en behandelen.
Vanuit die optiek wil Altrecht in het WA-huis een bestaande gesloten afdeling organisatorisch en ruimtelijk omvormen tot een IC-unit. In afwijking van de eerder beschreven voorbeelden omvat de IC-unit van Altrecht een hele afdeling (8 à 9 plaatsen).
De stelling "de beste IC-unit is een lege IC-unit", onderschrijft Altrecht niet. High/Intensive Care is niet zozeer een fysiek gedefinieerde of begrensde afdeling, maar meer een functie (inhoudelijk/organisatorisch bepaald): elke patiënt moet op elk moment de juiste hoeveelheid en type zorg krijgen, dat kan dus ook IC-zorg zijn. Op voorhand is het streven naar minimalisatie of voorkoming van IC-gebruik bij Altrecht geen doel. De IC is een 'tussenafdeling' tussen enerzijds de gewone gesloten afdelingen en anderzijds (het uiterste 'middel') separeren. Doel is door extra zorg de greep naar separeren te voorkomen. Mocht dit doel niet bereikbaar blijken, dan behoudt Altrecht de mogelijkheid om binnen het gebouw te separeren. De te leveren zorg wordt als volgt gezien: als een patiënt niet op de 'normale' afdeling te handhaven is, komt eerst de IC in beeld (voor het hanteerbaar maken van de psychische problemen). Voldoet dat niet omdat daarnaast sprake is van onhanteerbare/onacceptabele fysieke/gedragsproblemen, dan komt als uiterste 'middel' de separeer in beeld. De verblijfsduur op de IC-unit wordt waarschijnlijk maximaal vijf dagen.
Binnen de unit is geen extra beveiligde of beschermende kamer aanwezig.
De separeerkamers op de aanliggende bouwlagen worden in het kader van de oprichting van de IC-afdeling ook niet aangepast.

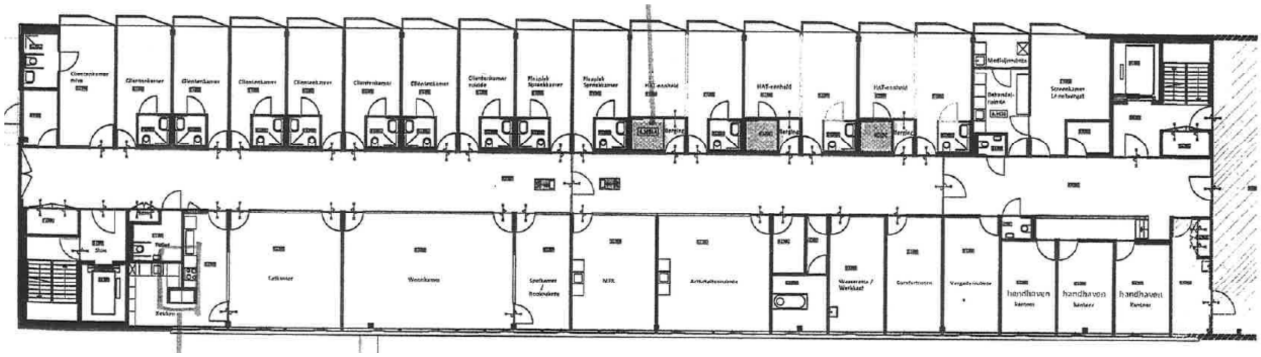


Figuur B5.1 Situatietekening WA-huis en ligging van functies in bouwdeel met IC-afdeling.

Altrecht realiseert de IC-unit op de derde verdieping van de hoogbouw.
Op de onder- en bovenliggende verdieping liggen gesloten afdelingen met separeerruimten (een separeerruimte wordt voorlopig gehandhaafd, de andere afgestoten), waarvan door de IC-unit gebruik kan worden gemaakt. Op de derde verdieping ligt op het dak van een ander bouwdeel een als verblijfsgebied ingerichte en veilige buitenruimte, die vanuit de IC-unit toegankelijk is.
Hoewel de in het programma van eisen genoemde ruimtelijke ingrepen op de derde verdieping beperkt van omvang zijn, vindt toch een grote metamorfose van de afdeling plaats door herbestemming en opdelen van ruimten, maar ook door het vervangen van afwerkingen om een gastvrijere uitstraling te bereiken. Het veiligheidsniveau op de gesloten afdelingen is voor de IC-unit voldoende, met uitzondering van de entree. Met het oog op ontvluchten wil men een sluis aanbrengen. Verder zijn hiervoor geen aanpassingen voorzien.
Op hoofdlijnen wil men de volgende ingrepen doen:

- twee appartementen voor patiënten die graag teruggetrokken leven en één appartement reserveren voor 24-uursverblijf van familie op de afdeling;
- opdelen van de huiskamer in een eet- en een woonkamer en realisatie van een tweede woonkamer;
- nabij de toegang tot de afdeling een screenings- c.q. triage-ruimte;
- realisatie van een comfortroom binnen de afdeling;
- verbouw van de badkamer tot een wellness-badkamer.

Vermeldenswaardig is verder dat er geen mogelijkheden zijn de patiënten op de eigen kamer in te sluiten. Alleen de toegangen tot de afdeling zijn gesloten. Altrecht vindt insluiten niet passen in het concept van een IC-unit.



Figuur B5.2 Aangepaste plattegrond 3e verdieping.

Door de ingrepen loopt de capaciteit van de afdeling (nu 13, oorspronkelijk 16 plaatsen) terug naar acht à negen klinische plaatsen. Alle ruimten van de IC-unit liggen aan een inpandige, gecompartimenteerde, rechte, brede gang.
Zeven patiëntenkamers liggen aan een compartiment van de centrale gang en de drie appartementen (patiënten en familie) aan het aansluitende compartiment.

Met name de totale opvatting/invulling van het concept (H)IC wijkt bij Altrecht af van de eerder beschreven voorbeelden. Kenmerkend voor het IC-concept van Altrecht is niet de afdeling (de fysieke omgeving), maar de functie (intensiteit en omvang van de zorg). Dat betekent ook dat niet de ruimten of de voorzieningen bepalend aan eisen moeten voldoen of te certificeren zouden zijn, maar de zorg.

Ervaringen
De IC-unit (IC-afdeling) is nog niet gerealiseerd. Desgevraagd ziet het personeel het verplaatsen van een patiënt naar een andere verdieping als moet worden gesepareerd, niet als een onoverkomelijk probleem. In de huidige situatie moeten patiënten ook onder dwang naar een andere verdieping worden gebracht.

6. GGZ Breburg Breda (schema B6)

GGZ Breburg is ontstaan uit een fusie van GGZ Regio Breda en GGZ Midden-Brabant. De instelling beschikt over een hoofdlocatie in Etten-Leur en in Tilburg. Op beide locaties wil men in het kader van het terugdringen van dwang en vrijheidsbeperking het aantal separeerunits tot één afbouwen door onder andere het realiseren van een High Intensive care (HIC), waarvan een IC-unit en een separeerunit deel gaan uit maken. GGZ Breburg beschikt op beide locaties over gebouwen met nog een relatief hoge boekwaarde, waardoor zij opteert om de HIC door verbouw van een bestaand pand te realiseren.

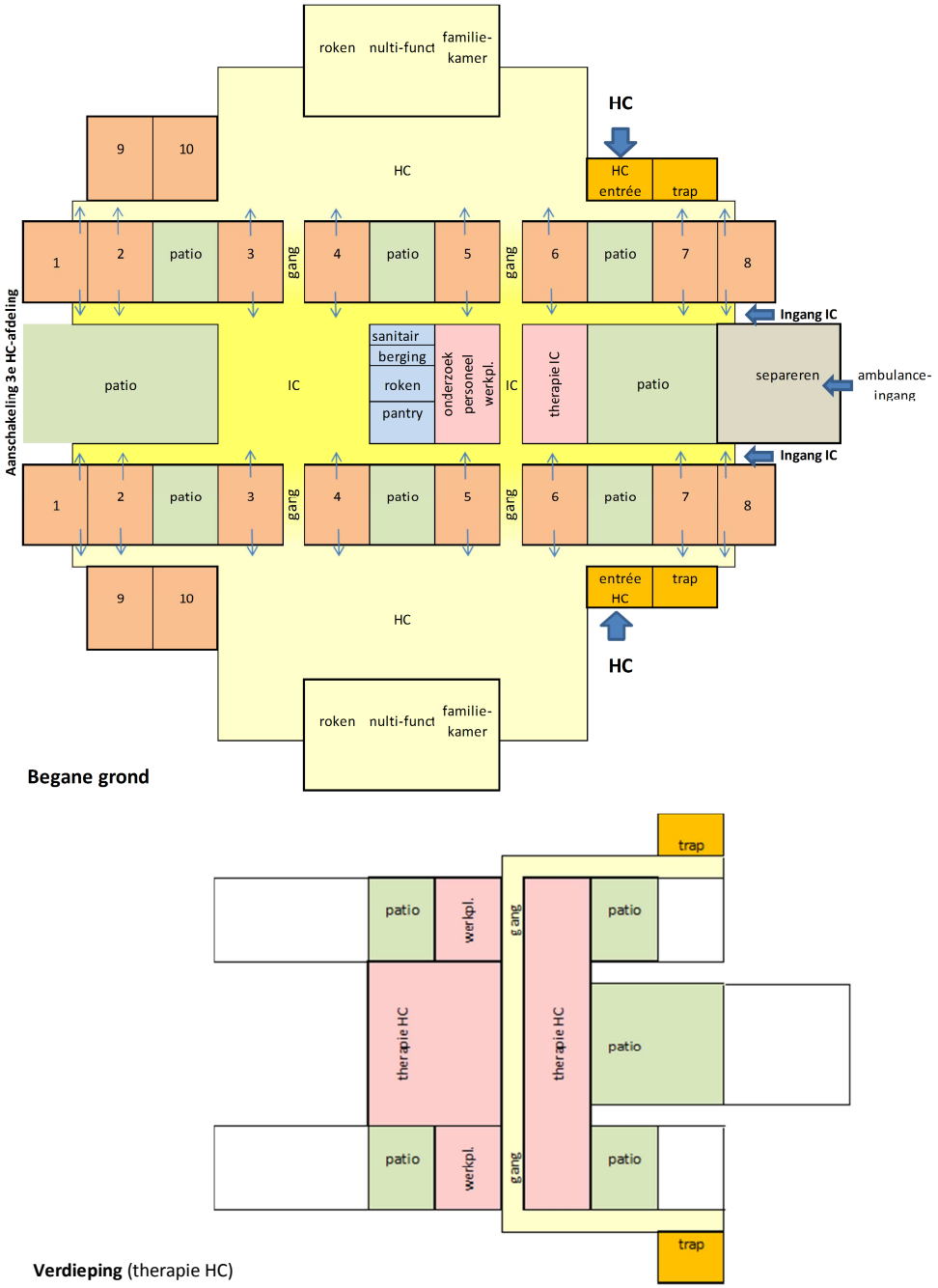
In de optiek van Breburg zijn HIC- en IC-unitsvoorzieningen waarin patiënten worden opgenomen op basis van een bepaald doelsymptoom dat ambulante zorg of regulier verblijf binnen de instelling niet mogelijk maakt. Doel is na een korte interventie (gastverblijf op de HIC-unit) de patiënt weer ambulant in de eigen omgeving te helpen. Het verblijf bij Breburg is in haar visie een korte (gastvrije) interventie in het leven van de patiënt.

Voor HIC- en IC-units is recent door Breburg een concept-plan (zorginhoudelijk en ruimtelijk p.v.e.) ontwikkeld. Het concept is nog niet gerealiseerd en er zijn nog geen praktijkervaringen mee opgedaan (geen experimenten).
Onderstaande beschrijving is gebaseerd op het p.v.e. dat aan TNO is voorgelegd.

Op hoofdlijnen zal de HIC-unit als opname-afdeling (2 x 10 plaatsen) fungeren. Een patiënt wordt bij een toenemende zorgvraag verplaatst naar een IC-unit (2 x 4 plaatsen). In de IC wordt intensievere zorg (24 uur één-op-één) verleend door het vertrouwde personeel uit de HIC-unit. Bij de IC-unit is vooralsnog een separeerunit aanwezig om in onacceptabele agressieve situaties te kunnen gebruiken. Bij de HIC- en IC-unit zijn naast verblijfsvoorzieningen ook ruimten voor therapie, behandeling en dagbesteding aanwezig. In de HIC zijn verder logeerfaciliteiten voor familie of zeer nabije kennissen en kinderkamers en een besloten buitenruimte aanwezig.

Bij de uitwerking van het p.v.e. naar een bouwplan is naast huiselijkheid en gastvrijheid ook nadrukkelijk aandacht gevraagd voor elementen van Healing Environment. Daarnaast wordt voor zover verantwoord de patiënt de regie geboden over de bediening van “huisinstallaties” waarvan de door de patiënt gemaakte instellingen te overrulen zijn door personeel. Voorts staan de patiënt moderne communicatiemiddelen ter beschikking.
Het p.v.e. voor het verblijfsareaal in de HIC-unit komt in grote lijnen overeen met dat van een gesloten afdeling, zij het dat hierin een comfortroom is opgenomen. Het p.v.e. van de IC-unit gaat uit van een kleinere groep. Voorts is hierin veel ruimte voor de individuele kamers opgenomen. Deze zijn respectievelijk 17 m^2 (exclusief sanitair) en 25 m^2 (inclusief sanitair).

Op basis van de zorginhoudelijke beschrijving en het programma van eisen heeft TNO een gebouwconcept voor nieuwbouw van de HIC ontwikkeld.



Figuur B6.1 Concept voor lay-out HIC- en IC-afdeling op basis van p.v.e. GGZ Breburg.

Essentie van het concept is dat ondanks een gescheiden HC- en IC-afdeling de patiënten niet hoeven te verhuizen, doordat nagenoeg alle kamers (8 per HC) zowel vanuit het HC- als het IC-deel toegankelijk zijn te maken. Middels korte gangen tussen HIC en IC kan het personeel gemakkelijk op de HIC dan wel de IC, zorg verlenen.

Ervaringen
Er zijn nog geen ervaringen met het nieuwe concept opgedaan.
De HC- en de IC-unit zijn nog niet gerealiseerd. Een bouwplan is in ontwikkeling.

C Lay-out voorbeelden door verbouw

Legenda

1 Separeerkamer
2 Verpoosruimte
3 Badkamer
4 Berging
5 Werkkast
6 Voorruimte
7 Ambulance–ingang
8 Gang naar IC–zone
9 Personeelsruimte
10 Extra beveiligde kamer (EBK)
11 Toilet
12 Triage–ruimte
13 IC–zone

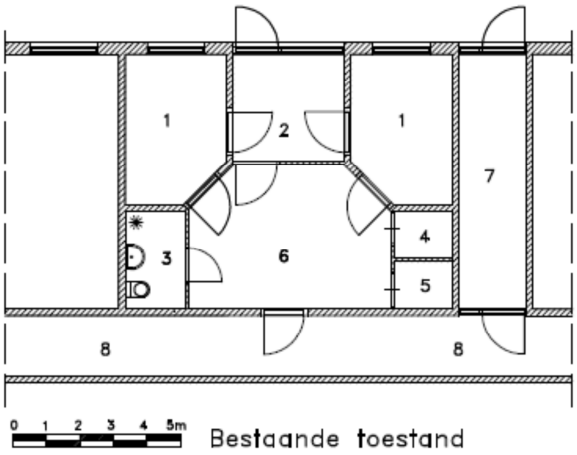
A	B
C	D

Op tekening A is een bestaande lay-out van een separeerunit met alleen twee separeerkamers en ondersteunende ruimten gegeven. Op de tekeningen B t/m D zijn varianten gegeven voor aanpassing van deze unit ten behoeve van de EBK als onderdeel van de fysieke ruimte waarbinnen de IC-functie (IC-zone) wordt uitgeoefend.

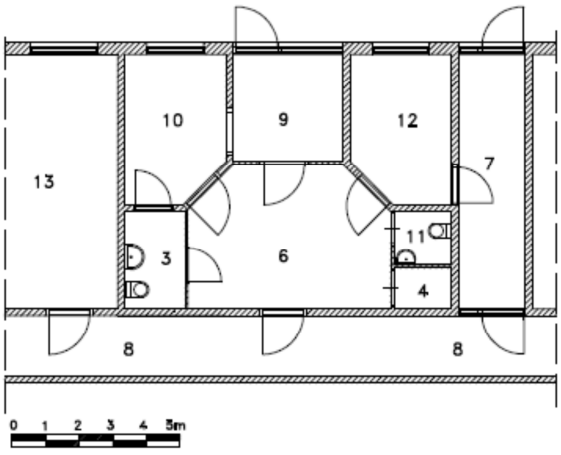
In alle varianten grenst de EBK (10) aan een verkeersgebied (6) dat als intermediair ligt tussen enerzijds de EBK en anderzijds de IC-zone (13) of de hoofdverkeersstructuur (gang 8).
Als de EBK grenst aan de IC-afdeling (D) is face-to-face-contact mogelijk via een raam in de scheidingswand tussen de zone en de EBK. In de twee andere varianten (B en C) is nabij de EBK een personeelsruimte (9) gerealiseerd met eveneens een raam voor contact in de scheidingswand met de EBK.
De EBK beschikt in alle varianten over een toilet (11) dat vanuit de EBK en de interne verkeersruimte (6) toegankelijk is.

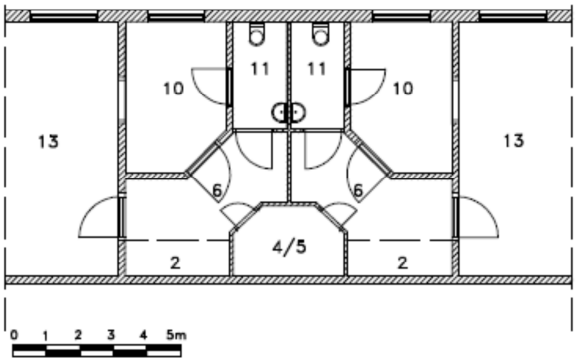
Er zijn verschillen tussen de varianten door de ligging van de oorspronkelijke unit ten opzichte van de IC-afdeling en de keuzes die voor de triageruimte (12) zijn gemaakt (wel of niet een afzonderlijke ruimte en grootte).
Alleen bij variant D is de EBK rechtstreeks vanuit de IC-zone (13) te bereiken. Bij de andere varianten zal daarvoor van de hoofdverkeersruimte (gang 8) gebruik moeten worden gemaakt. Om de EBK vanuit de ambulance-ingang (7) te kunnen bereiken moet in alle gevallen van deze gang gebruik worden gemaakt, zij het dat bij variant B dit ook mogelijk is vanuit de triageruimte.

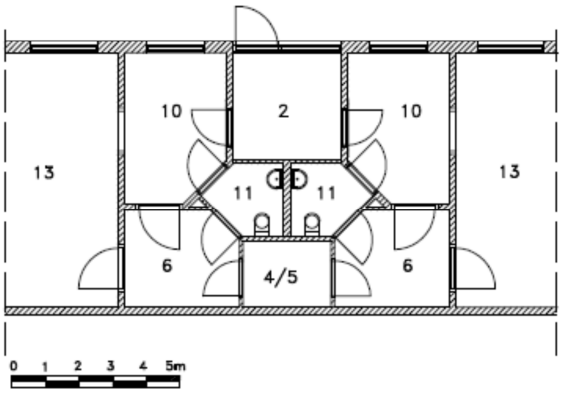
In de varianten B en C is voor personeel in de personeelsruimte een extra toilet grenzend aan het interne verkeersgebied (6) opgenomen. In variant D beschikt de triageruimte over een toilet. Bij variant B is voor de triageruimte het toilet aan het interne verkeersgebied te gebruiken. In variant C ontbreekt dit toilet.

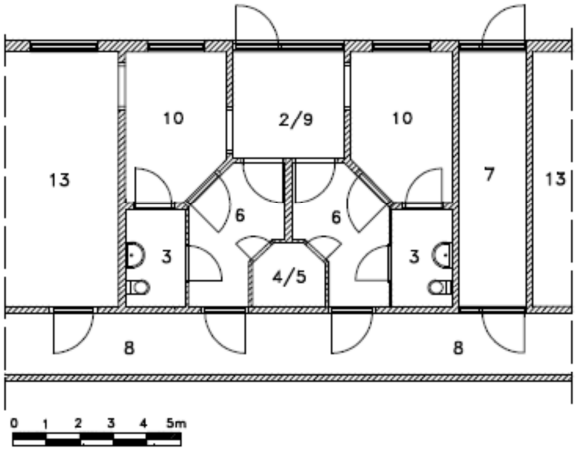


Bestaande toestand









Legenda

1 Separeerkamer
2 Verpoosruimte
3 Badkamer
4 Berging
5 Werkkast
6 Voorruimte
7 Ambulance-ingang
8 Gang naar IC-zone
9 Personeelsruimte
10 Extra beveiligde kamer (EBK)
11 Toilet
12 Triage-ruimte
13 IC-zone

E	F
G	H
I	

Op tekening E is een bestaande lay-out van een separeerunit met twee separeerkamers, een verpoosruimte en ondersteunende ruimten gegeven.
Op de tekeningen F t/m I zijn varianten gegeven voor aanpassing van deze unit ten behoeve van de EBK als onderdeel van de fysieke ruimte waarbinnen de IC-functie wordt uitgeoefend (IC-zone).

In alle varianten grenst de EBK (10) aan een verkeersgebied (6) dat als intermediair ligt tussen enerzijds de EBK en anderzijds de IC-zone (13) of de hoofdverkeerstructuur (gang 8).
Als de EBK grenst aan de IC-zone (G en H) is face-to-face-contact mogelijk via een raam in de scheidingswand tussen de zone en de EBK. In de twee andere varianten (F en I) is nabij de EBK een personeelsruimte (9) gerealiseerd met eveneens een raam voor contact in de scheidingswand met de EBK.De EBK beschikt in alle varianten over een toilet (11) dat vanuit de EBK en de aangrenzende verkeersruimte (6) toegankelijk is.

Er zijn verschillen tussen de varianten door de ligging van de oorspronkelijke unit ten opzichte van de IC-zone, de keuzes die zijn gemaakt voor onder andere één of twee EBK's (G, H en I), voor wel of geen triageruimte (F, 12) en voor wel of geen verpoosruimte (H en I, 2) of verpooshoek (G, 2).

Alleen bij de varianten G en H is de EBK rechtstreeks vanuit de IC-zone te bereiken. Bij de andere varianten zal daarvoor van de hoofdverkeersruimte (gang 8) gebruik moeten worden gemaakt.
Om de EBK vanuit de ambulance-ingang (7) te kunnen bereiken moet in alle varianten van deze gang gebruik worden gemaakt, zij het dat bij variant F dit ook mogelijk is vanuit de triageruimte (F,2).

In variant F is een triageruimte aanwezig, bij de andere varianten is deze te maken ter plekke van de EBK die aan de ambulance-ingang grenst.
In de varianten H en I is een verpoosruimte grenzend aan een buitenruimte aanwezig. De verpoosruimte zou kunnen worden gebruikt bij de laatste stap in het normalisatietraject, maar ook bijvoorbeeld om agressie of energie te reduceren, door hier fitnesstoestellen in te plaatsen.
In variant G is alleen een verpooshoek aanwezig. Deze plek leent zich meer voor een inrichting met een zitplek.
In variant F is voor personeel in de personeelsruimte een extra toilet grenzend aan het interne verkeersgebied (6) opgenomen. Dit toilet is in variant I te realiseren ten koste van de bergruimte/werkkast (4/5).

D Samenstelling klankbordgroep

	naam	organisatie	functie
De heer	Hamp Harmsen*	GGZ Nederland	beleidsadviseur
Mevrouw	Marja van der Zanden	IGZ	senior inspecteur
De heer	Rob Vermeulen	IGZ	medewerker AOI
Mevrouw	Lutien Bakker	IGZ	medewerker AOI
Mevrouw	Christien van der Hoeven	Landelijk Platform GGz	senior beleidsmedewerker
Mevrouw	Ingeborg Berkenbosch	GGZ Drenthe	beleidsmedewerker
Mevrouw	Bertille Soogelee	Mondriaan	manager vastgoed
De heer	Erik Kuijpers	GGZ Eindhoven	stafmedewerker R&D
De heer	Edwin Hellendoorn	Parnassia Bavo Groep	projectmanager
De heer	Kirk Tijl	ProPersona	projectleider huisvesting
De heer	Hans Lammers	Arkin	projectmanager vastgoed
De heer	Jeroen Vervoort	Arkin	projectleider vastgoed
De heer	Frank ten Voorde**	TNO	adviseur / onderzoeker
Mevrouw	Petra van der Schaaf	TNO	research scientist
De heer	Anne Klein	TNO	senior business consultant

* voorzitter van de klankbordgroep

** projectleider namens TNO

andere TNO-medewerkers aan het ontwikkeltraject

Mevrouw	Femmy Keuning	TNO	researcher
De heer	Harry van der Aalst	TNO	scientist integrator
De heer	Stefan van Heumen	TNO	technisch consultant

E Bronnenlijst

bron

Avest, ter M. Bovenberg, F, Mierlo, van T. Mulder, N. Widdershoven, G. (red.). Werkboek High & Intensive Care GGz. Concept, november 2012.

Borgesius, H.E. (in opdracht van GGZ Nederland). Intensive Care in de GGZ. Op weg naar veldnormen. Maart 2010.

Bos, van den, L., Harmsen, H. Tussenrapportages GGZ instellingen Projectgelden terugdringen Dwang en Drang 2011. GGZ Nederland, mei 2012.

Bossche, van den S. e.a. Agressie op het werk, risico's, impact en behoefte aan maatregelen. TNO-rapport R10252, juli 2012.

Currier GW. The controversy over chemical restraint in acute care psychiatrie. Journal of Psychiatric Practices; 9: 59-70.

GGz Breburg/Landelijk Platform HIC. Factsheet Ontwikkeling kader en monitor High & Intensive Care (HIC). Juni 2012.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten. Uitkomsten inspectieonderzoek naar de preventie van separeren 2008-2011. Utrecht, december 2011.

Janssen, WA. e.a. Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. 2009, MGv 6:64 457-469.

GGz Breburg/Landelijk Platform HIC. Factsheet Ontwikkeling kader en monitor High & Intensive Care (HIC). Juni 2012.

Ministerie van VWS (2012). Actieplan veilig werken in de zorg. Brief tweede kamer.

Moerbeek, J. De kracht van de eenvoud. Ontwikkelingsgeschiedenis van de Very Intensive Care Workhomes. Uit de serie IN ZICHT. ASVZ Groep 2003.

Schaaf, PS. Dusseldorp, E. Keuning, F. Janssen, WA. Noorthoorn, EO. The physical environment of psychiatric wards and the impact on seclusion. British Journal of Psychiatry (2013), accepted.

Voskes, Y. Theunissen, J. Widdershoven, G. Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg.

Wijngaart, van den M.A.G., Bongers, I.M.B. Separaties binnen zeer complexe zorgsituaties. Een vervolgonderzoek naar separaties bij cliënten met complexe problematiek en langdurige separaties binnen de GGz. IVA beleidsonderzoek, juni 2011.