

secretariaat Kabelweg 79 - 81
 Amsterdam
 Postbus 20584
 1001 NN Amsterdam
 Telefoon (020) 580 01 00
 Telefax (020) 580 01 50
 www.igz.nl



0800568

AMC de Meren Raad van Bestuur	
Cntv. 22 AUG. 2008	
Bekendeld door:	

Aan de Raad van Bestuur van
 AMC De Meren
 Postbus 75867
 1070 AW AMSTERDAM

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorgestuurd naar	Amsterdam,
2008-118793/pr9/PLjn	Mw. J. Hourmer	(020) 580 0100	21 augustus 2008
Onderwerp	Gijgaeln	Uw brief	Uw nummer
Verslag inspectiebezoek	1		--
18 mei 2008			

Geachte Raad van Bestuur,

Op 16 mei 2008 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een toezichtbezoek aan uw Kliniek gebracht in het kader van het Thematisch Toezichtonderzoek "Separatie op de eerste dag van opname". Het toezicht werd uitgevoerd door de heer drs. P.A.Q.M. Lemers, inspecteur.

In deze conceptrapportage kunt u de resultaten lezen van het onderzoek naar de kwaliteit van zorg met betrekking tot het hierboven genoemde onderwerp. Achteromvolgens worden drie vragen beantwoord:

- Wat zijn de bevindingen van de inspectie? (hoofdstuk 1)?
- Welke zijn, alle bevindingen overziende, de conclusies van de inspectie? (hoofdstuk 2)?
- Welke acties moet de kliniek binnen welke termijn nemen (hoofdstuk 3)?

Het toezichtonderzoek richtte zich op de volgende vragen:

- a) Hoe vaak worden patiënten op de eerste dag van hun opname gesepareerd? Welke eventuele trends kunnen hierin worden onderkend?
- b) Welke afwijkingen worden gemaakt en welke procedures worden hierbij gevolgd?
- c) In hoeverre is er een beleid operationeel dat zich richt op de preventie van het separeren en het toepassen van alternatieve interventies en benadering?
- d) In hoeverre maakt dit beleid actief onderdeel uit van het kwaliteitsbeleid van de afdeling en van instelling waarvan de afdeling onderdeel vormt?



Normatieve kader

Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen heeft de inspectie gebruik gemaakt van het Toezichtinstrument "Separeren bij Opname". Hierin staan de criteria op basis waarvan de inspectie toetst; deze zijn in bijlage 2 opgenomen. Het instrument is gebaseerd op de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet BOPZ en de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en op de daarvan afgeleide veldnormen die onder andere de beroepsverenigingen hebben ontwikkeld. Het gaat in het bijzonder om het normatieve kader zoals geformuleerd in het project Dwang en drang van GGZ Nederland. Een uitwerking hiervan treft u aan in paragraaf 2.1.

De presentatie van de resultaten van dit toezicht vindt u weergegeven in enkele tabellen met scores. Deze scores zijn weergegeven op een vierpuntschaal: 'beleid afwezig', 'beleid aanwezig', 'beleid operationeel effectief' en 'beleid geborgd'.

In de bijlage 1 treft u een nadere toelichting aan.

1 Resultaten inspectiebezoek

1.1 Aantal separaties en bouwkundige voorzieningen

Bouwkundige voorzieningen	2005	2007	2008
aantal separaaruimtes in kliniek	4	4	4
aantal separaorkamers in kliniek	20	20	20
aantal meerpersoonskamers in kliniek	1	1	1
aantal afzonderingsruimtes in kliniek	-	-	-
aantal overige kamers (zoals comfortroom) in kliniek	-	-	-

De geregistreerde meldingen van insluitingen van patiënten in een separaar aan de inspectie conform artikel 39 van de Wet Bopz zijn uitgangspunt geweest voor de selectie van afdelingen voor opname en klinische behandeling. De reden om deze selectiemaat te nemen is om zo scherp mogelijk het preventiebeleid over insluiting in een separaar in beeld te krijgen.



In het SPOC Oost bedroeg het percentage separaties ex art.39 Wet Bopz op de dag van opname ten opzichte van het totaal aantal separaties 41%, gemeten over de periode 2006 en 2007. Het percentage insluitingen in een separaat ten opzichte van het aantal patiënten dat met een IBS werd opgenomen is 64%, gemeten over de periode 2006 en 2007. Het totale percentage separaties, inclusief de separaties in het kader van artikel 38 van de Wet Bopz, is derhalve hoger.

1.2 Het kwaliteitsbeleid

Een afdeling voor psychiatische opname en behandeling biedt intensieve care die zo goed mogelijk is afgestemd op de zorgbehoeften van ernstig ontrouwe en vaak zich in een crisis bevindende patiënten. Daarom luisteren doelmatigheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid van zorg binnen een dergelijke afdeling nauw. Insluiting in een separaat op de dag van opname is uitkomst van een complex, maar meestal te struikelend interactie tussen patiënt en behandelteam.

Hieronder leest u hoe uw kliniek scoort op de verschillende komponenten van het kwaliteitsbeleid ten aanzien van het separeren van patiënten op de dag van opname.

	Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
Opnamebeleid	X			
Preventiebeleid separeren	X			
Scholing en training	X			
Project Oudwig en dreng	X			

Toelichting op de behaalde scores

Onder het personeel leeft duidelijk het besef dat er vaak wordt geseparerd en dat het nodig is om dit terug te dringen. Dit is in alle gesprekken terugkerend thema. Sinds korte tijd is er daarom een intern werkgroepje ingesteld met als doel het separeren te reduceren.



Deze interne werkgroep is op het moment van het toezicht twee keer bij elkaar geweest en richt zich op de specifieke situatie van de SPDC-Oost. De werkgroep vormt echter niet een onderdeel van het ggz-brede project "Dwang én Drang" van GGZ Nederland. Men gebruikt ook niet de Argusregistratie om aantal en duur van separaties te meten. Insluiting in de separeer wordt wel geregistreerd maar er worden niet overzichten van waargenomen cijfers periodiek teruggekoppeld naar het behandelteam. Men herkent wel de verschillende percentages die de inspectie baseert op de aantallen BOPZ-meldingen. Door het ontbreken van een registratiesysteem is er geen regelmatige terugkoppeling van aantal en duur van separaties naar het behandelteam, op grond waarvan men een preventiebeleid kan sturen. Men geeft aan dat er een gebrek is aan financiële middelen om meervoudige verbeteringen in het kader van een preventiebeleid door te voeren.

De kliniek beschikt over een Dopz-note (2001). Deze is echter niet recent geëvalueerd en bijgesteld. Er zijn niet een visie en beleid ontwikkeld en vastgelegd die de situatie van een psychiatrische opname beschrijven en aangeven aan welke materiële en immateriële randvoorwaarden de kliniek moet voldoen alomede hoe men zo tijdig en goed mogelijk kan inspelen op de zorgbehoeften van de patiënten. Men geeft aan een dergelijk visiedocument wel te gaan ontwikkelen.

Evenmin is er, als verbijzondering van het opnamebeleid, beleid ontwikkeld over de preventie van de toepassing van dwang, waaronder de maatregel van separatie. Wel is de procedure van het separeren protocolair beschreven. Deze procedure is overigens niet goijk op een preventiebeleid over het separeren.

Omdat een preventiebeleid over separeren ontbreekt is er evenmin een hierop aansluitend opleiding- en scholingsbeleid voor de behandelstaf (w.o. verpleegkundige team). De verpleegkundigen nemen wat deel aan de training "Controlle fysieke beheersing". Er vindt echter geen regelmatige (proactieve) intervisies of deskundighedsbevordering plaats voor de verpleegkundigen. In de supervisie aan arts-assistenten wordt aan het onderwerp separeren aandacht besteed. Maar deze wordt niet ingevuld door aandacht voor concrete en met de verpleegkundigen afgestemde interventies in het kader van een preventief separeerbeleid.

In de gesprekken met verpleegkundigen wordt aangegeven dat de patiënt vaak direct vanaf de brandard de separeer ingaat en dat de separeers meestal bezet zijn. Een deel van de onmiddellijke separaties wordt verklaard door zogenaamde carrousselplaatsingen. Er is echter geen beleid over "de eerste vijf minuten" na binnenkomst van de patiënt, waarin de toepassing van separatie wordt voorkomen door gebruik te maken van alternatieve interventies.



In alle gesprekken wordt aangegeven dat het verpleegkundig personeel de voortdurend grote opnamedruk en de complexiteit van psychiatrische ontregelingen ambivalent ervaart. Enerzijds maakt een werkhouding van "we kunnen iedereen aan" deel uit van de cultuur van de afdeling; anderzijds is er voortdurend een gevoel van overbelasting. Er is weinig reserve en geen beschermende buffer. Dit blijkt ook uit de structurele krapte van de personeelsbezetting. Het verpleegkundig hoofd geeft aan dat de verpleegkundige bezetting vaak lager is dan het noodzakelijk vereiste aantal verpleegkundigen: er bestaan structureel vacatures en men komt noodgedwongen tot minder dan wenselijke compromissen ten aanzien van de deskundigheid, ervaring en vakinhoudelijke bekwaamheid van personeel. Verloop en verzuim van verpleegkundig personeel zijn volgens opgave hoog.

1.3 Specifieke onderdelen van de uitvoering van zorg

Hieronder leest u hoe uw kliniek scoort op de enkele specifieke onderdelen van het beleid ten aanzien van de toepassing van separatie.

	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Overschik met verwijzende partijen		X		
Binnenkomst van de patiënt in kliniek	X			
Procedure bij bekeer tot separatie	X			
Separeren			X	

Troeflichting op de behaalde scores

Grotendeels zijn in deze sectie de bevindingen overeenkomstig die van de vorige paragraaf. Bezien vanuit de wenselijkheid om separatie terug te dringen ontbrekt het aan beleid en faciliteiten die het personeel erin ondersteunen om daadwerkelijk en systematisch kritische afwegingen te maken over de soort en intensiteit van de begeleiding en behandeling van de patiënt meteen na binnenkomst in de kliniek.



Wetiswaer vindt er overleg plaats met de verwijzende partij, zoals de TOA, maar in de praktijk is dit beperkt eenrichtingsverkeer waarbij het opnamepersoneel de informatie van de verwijzer niet zozeer als relevante informatie voor een eigen afweging en keuze van interventiestrategie neemt maar als (zij) het voorlopige) gedragsinstructies voor het eigen handelen. Het accent ligt niet op het beteren van een eigen en onafhankelijk inschatting op het moment van binnankomst van de patiënt. Er wordt duidelijk aangegeven dat het gebruikelijk is dat patiënten direct vanuit de TOA de separeren ingaan. Ook is er op het moment van de opname vaak weinig actuele informatie beschikbaar. In de praktijk vindt een onderzoek door een arts regelmatig vier tot zes uur na de opname plaats. Tijdens de nacht is dit routine. De drempel om te separeren ligt laag. De aandacht voor het welzijn van de patiënt en voor aspecten als gastvrijheid en communicatie schiet daardoor tekort en maakt gebrekkig onderdeel uit van het gehele proces van de opname, ten faveure van een sterk op beheersing gerichte interventiesystematiek.

In de patiëntendossiers is niet te reconstrueren in hoeverre er systematische aandacht uitgaat naar het voorkomen van insluiting van de patiënt in de separeren, dat wil zeggen het proces van risicotaxatie en de afweging van de type en mate van indringendheid van verschillende mogelijke interventies. De aantekeningen geven daarover geen uitsluitel omdat deze niet zozeer procesmatige informatie bevatten maar beknopte, meestal diagnostische conclusies en gedragsbeschrijvingen over de patiënt en daarop aansluitende interventies. Ofschoon er bij het beslissen tot separeren gebruik wordt gemaakt van een procedure van second opinion door een onafhankelijke psychiater is ook hieruit niet af te leiden in hoeverre er toepassing wordt gegeven aan een op preventie van separeren gericht opnamebeleid.

Na het separeren van een patiënt spreken de verpleegkundigen het proces van het insluiten in de separeren kort met elkaar door, maar er is geen regelmatig plaatsvindend proactief overleg over de preventie en toepassing van dwang waarin systematische en professionele uitwisseling en reflectie op het beroepsmatige handelen van de gehele behandelstaf plaatsvindt. Er is, in bredere zin, geen sprake van een operationele balgdecyclus, waarin men continue het handelen en resultaten evalueert en zo nodig bijstelt. Men geeft in de gesprekken aan dat er eerder een routine bestaat die ervoor zorgt dat de subjectieve gewaarwording van overbelasting zoveel mogelijk vermeden wordt. Deze defensieve werkcultuur weerhoudt het personeel om nieuwe inzichten toe te passen.



2 Beschouwing en conclusies

Na de presentatie van de bevindingen die u hierboven heeft kunnen lezen volgen hierna discussie en conclusie.

2.1 Uitwerking van het normatieve kader

Voor mensen die als gevolg van een psychische stoornis een gevaar voor zichzelf of anderen dreigen te worden kan een gedwongen (civielrechtelijke) opname onder de Wet Bopz plaatsvinden. Het accent in de Wet Bopz ligt op gedwongen opname met als doel het dreigende gevaar af te wenden, maar de wet regelt ook en in het verleden hiervan een aantal mogelijkheden voor het toepassen van dwang en dwangbehandeling. Vergelijken met diverse andere landen lijkt Nederland relatief hoog te scoren op het separeren van patiënten. Het wetenschappelijk onderzoek dat is uitgevoerd (o.a. Psychiatric Services 56: 1051, september 2005, American Psychiatric Association) laat echter zien dat het effect van separeren schadelijk kan zijn.

Soms biedt separeren wel tijdelijke veiligheid maar het leidt zeker niet altijd tot een vermindering van de psychiatrische ontregeling van de patiënt; integendeel, deze kan er ook door verergeren. Om die reden heeft GGZ Nederland het terugdringen van het separeren van psychiatrische patiënten als één van haar beleidsspeerpunten gekozen. Een belangrijke indicator die laat zien in hoeverre men uitvoering geeft aan een op preventie gericht beleid betreft de frequentie van het inkluiten van de patiënt in een separeer op de eerste dag van zijn of haar klinische dwangopname. Immers, tijdens en kort na het moment van de psychiatrische opname is de kans op toepassing van dwanginterventies het grootst, omdat vooral dan de opname zich als een noodsituatie kan kenmerken. Het preventiebeleid raakt de kern van de professionele expertise van een opnameafdeling. Het staat voor een patiëntgerichte benadering en voor een scala aan alternatieve interventies en vaardigheden die niet van de ene op de andere dag aanwezig zijn. Het maakt eveneens een heroriëntatie en ontwikkeling van een daarop afgestemd opnamebeleid, waaronder zware verpleegkundige bezetting noodzakelijk.

De toepassing van separatie in een noodsituatie of in het kader van dwangbehandeling is aan wettelijke voorschriften gebonden. Inclusie in een separeer aan het begin van een gedwongen (klinische) opname omdat het een opname is en omdat informatie ergraaf: dat een patiënt in de situatie voorafgaande aan de opname zich agressief gedroeg, vormen een onvoldoende legitimatie.



2.2 SPDC Oost

SPDC Oost maakt onderdeel uit van AMC de Meren. De instelling is HKZ-gecertificeerd. Deze heeft nog geen uitwerking gekregen die op een virtuele wijze ten dienste komt aan de kwaliteit van de uitvoering van zorg in de kliniek en het preventiebeleid van het insluiten in de separeren op de dag van opname in het bijzonder. Er is daarom reeds een interne werkgroep gestart die hieraan aandacht wil besteden. De medewerkers geven echter aan weinig inzicht te hebben in de beleidsmatige en financiële beleidskaders van de kliniek en de instelling als geheel. De daarvoor noodzakelijke inbedding van de werkgroep in het beleidskader van het management en de raad van bestuur ontbreekt.

De morbiditeit van de patiënten in SPDC Oost is opgenomen met een IBS of RM. Meestal is de DSM-diagnose die van een schizofrene stoornis of anderzins psychotische stoornis (incl. bipolaire stoornis). Hiertoe behoren ook met enige regelmaat jongeren met drugspsychosen en dak- en thuisloze patiënten. Ongeveer de helft van de opgenomen patiënten behoort tot een van de allochtone groeperingen van Amsterdam (binnen het behandelteam zijn allochtone medewerkers daarentegen ondervertegenwoordigd). Een specifiek probleem betreft de groep zwakbegaafde psychotische patiënten die de kliniek onvoldoende passende zorg kan bieden en waarvoor nog steeds gehrekkige vervolgvoorzieningen bestaan. Overigens wijken deze gegevens niet af van patiëntkenmerken van andere opnameafdelingen in Amsterdam. Men geeft aan dat er in Amsterdam en de wijdere omgeving nog steeds een groot gebrek aan noodbedden bestaat, ofschoon de kliniek niet gegevens kan overleggen die dit gebrek kunnen aantonen. Anderzijds blijkt uit de inspectiebezoeken aan de onliggende psychiatrische voorzieningen in de stad en wijde omgeving dat zij regelmatig gastplaatsingen realiseren.

Een en ander geeft aan dat er voortdurend een grote opnamedruk bestaat. De kliniek is echter niet voldoende toegerust om adequaat met deze opnamedruk om te gaan door deze te vertalen in een patiëntgericht en effectief op preventie van separeren uitgewerkt beleid. Een combinatie van factoren werkt in gezamenlijkheid negatief in op de kwaliteit van zorg in het algemeen en op de preventie van insluiting in de separeren in het bijzonder.

- Het ontbreekt aan beleidsdocumenten die het opnamebeleid en het daarmee samenhangende beleid ter voorkoming van separatie beschrijven en uitwerken en die voor het voltallige personeel een gemeenschappelijk referentiekader vormen voor het professionele handelen.



- De verpleegkundige bezetting is kwetsbaar zodat de noodzakelijke ruimte om het professionele handelen door te ontwikkelen naar een effectief preventiebeleid ten aanzien van het separeren niet goed mogelijk is.
- Het verpleegkundig personeel is niet toegerust met een aan dit preventiebeleid consistente beroepsattitude, kennis en vaardigheden; het ontbreekt bovendien een systematische bij- en nascholing die aansluiting biedt op de "state of the art". Er vindt geen regelmatigge interventie plaats die systematische reflectie mogelijk maakt op basis van periodieke terugkoppeling van cijfers over het aantal en de duur van separaties.
- Tussen psychiaters en verpleegkundigen is er geen eenduidige afstemming over het ontwikkelen en uitvoering geven aan een preventief beleid en zodanige innovatie van het opnamebeleid dat de zorg patiëntgericht kan worden genoemd.
- Het verpleegkundige team werkt in een voortdurende staat van overbelasting. Er heerst een werkcultuur waarin demoralisatie lijkt te domineren. Nieuwe ideeën vinden daardoor niet hun weg en boven uit onder druk van de dagelijkse routines.
- De fysieke en bouwkundige kenmerken van de kliniek bieden weinig mogelijkheid om een preventief en vernieuwd opnamebeleid ten uitvoer te brengen. Er zijn geen afzonderingsruimtes noch comfortrooms die als alternatief voor de separeer kunnen worden gebruikt en die zo nodig keuzemogelijkheden bieden tussen het verblijf op de afdeling en de separeer.
- De kamers, zalen, gangen en separeerruimten zijn verwaarloosd en niet onderhouden. Zij missen de attributen die noodzakelijk zijn om invulling te geven aan diverse aspecten van begeleiding die relevant zijn voor het effectief werken met een preventiebeleid: gastvrijheid, veiligheid, geborgenheid en mogelijkheid tot tijdelijke hechting. Het separeerblok ruikt bovendien onfris. Er is geen schoonmaakdienst die dagelijks de afdeling en het separeerblok schoon houdt.
- De afdeling biedt gebrekkige mogelijkheid tot informele en gestructureerde therapeutische (groeps-)contacten als wel aan mogelijkheden tot respectvolle privacy.



- De 'tuin' van de kliniek bestaat uit een kaal grasveldje met open uitzicht op de straat en een laag hek waar patiënten zonder veel moeite overheen (en naar binnen) kunnen klimmen.

Conclusie

De zorg in SPDC Oost ten aanzien van het systematisch en professioneel uitvoeren geven aan een dagelijks patiënt- en op preventie van separeren gericht opnamebeleid is beneden de maat. De mogelijkheden om alternatieve interventies toe te passen en over het geheel genomen meer aandacht te besteden aan een gestructureerd, open en therapeutisch klimaat op de afdeling zijn ontoereikend. Er wordt niet voldaan aan de voorwaarden die daarvoor noodzakelijk zijn.

Ik verzoek u binnen drie weken na ontvangst te reageren op deze conceptreportage. Indien u van mening bent dat er feitelijke onjuistheden beschreven staan verzoek ik u deze te noemen. Daarna zal de Inspectie een definitieve brief sturen met daarin opgenomen de eventueel te nemen maatregelen.

Wanneer binnen deze termijn geen reactie wordt ontvangen ga ik ervan uit dat u zich kunt vinden in de inhoud van deze brief.

De resultaten van dit toezichtbezoek zullen door de Inspectie actief openbaar worden gemaakt zoals ook in de aankondigingsbrief is beschreven.

Hoogachtend,

Dr. P.A.C.M. Lamers,
Inspecteur



Bijlage 1

Toelichting op beoordelingsniveaus

De eerste categorie "beleid afwezig" duidt aan dat de instelling of zorgaanbieder niet beschikt over een vastgesteld document waarin de visie en het beleid over een onderdeel of aspect worden beschreven.

De categorie "beleid aanwezig" geeft aan dat een dergelijk document beschikbaar en bij de medewerkers van de instelling bekend is. Het schriftelijk vastgelegde beleid is echter (nog) niet of ten dele geïmplementeerd.

De categorie "beleid operationeel effectief" geeft aan dat een beleid inmiddels instellingsbreed, binnen alle afdelingen of onderdelen waarop het beleid betrekking heeft op systematische wijze wordt uitgevoerd.

De laatste categorie "beleid geborgd" geeft aan dat een beleid niet alleen volledig wordt uitgevoerd, maar dat ook de uitvoering van dit beleid geborgd is door middel van een concrete, bij voorkeur cijfermatige meting van belangrijke aspecten van het zorgproces en van de uitkomsten van de gebooden zorg. Deze informatie is de sturingsinformatie op grond waarvan vooral de professionals (de uitvoering van) beleid verder kunnen verbeteren. De vier niveaus van het kwaliteitsbeleid verwijzen naar de PDCA- Demingcyclus.



Bijlage 2: Toetsingskader T.T. Separatie bij opname

	Afwezig	Aanwezig	Operationeel effectief	Geborgd
Opnamebeleid	De kliniek heeft geen schriftelijk vastgelegd beleid dat beschrijft welke de specifieke stressoren zijn die niet een concerta vergezeld kunnen gaan en hoe daarmee zodanig kan worden omgegaan dat veiligheid, cliëntgerichtheid en effectiviteit gegarandeerd worden.	De kliniek heeft een dergelijk beleid helder vastgelegd maar het wordt niet systematisch, volledig en gemeenschappelijk gedragen en/of uitgevoerd.	Diverse op de individuele patiënt aangesloten stressreducerende activiteiten worden consistent en geïntegreerd uitgevoerd zoals ondersteuning van een therapeutisch klimaat, effectieve hulp, vroegsignalering, betrokkenheid van familie, voorlichting en informatie.	Periodiek wordt dit beleid door het behandelteam aantoonbaar geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.
Preventiebeleid ter voorkoming van separeren	Er is niet een schriftelijk vastgelegd beleid beschikbaar waarin een restrictieve visie op toepassing van separatie wordt beschreven in samenhang met mogelijkheden tot toepassing van verschillende preventieve maatregelen.	De kliniek heeft wel een dergelijk beleid schriftelijk uitgewerkt, maar dit is niet of slechts ten dele bijvoorbeeld in beperkte zin in het kader van het project Dwang en Drang operationeel.	De kliniek werkt systematisch met een op preventie van separatie gericht zorgbeleid; de afwezigheid van dit kunnen leiden tot separatie worden zorgvuldig getoetst aan alle relevante criteria die in dit beleid zijn geformuleerd.	De kliniek voert aan de hand van uitkomstgegevens, zoals die verzameld worden met de Argus registratiesysteem, periodiek evaluaties uit die kunnen leiden tot verbeteringen in het beleid over separatie.
Scholing en training	De kliniek heeft niet een schriftelijk beleid beschikbaar waarin scholing en training van preventie van separatie en toepassing van alternatieve strategieën worden beschreven.	De kliniek heeft een dergelijk beleid wel schriftelijk vastgelegd, maar dit wordt niet of slechts ten dele uitgevoerd.	De kliniek werkt actief en systematisch met een scholingsbeleid waarin alle medewerkers periodiek worden geschoold en getraind.	Er vindt periodiek een evaluatie plaats van het scholingsbeleid op basis waarvan verbeteringen worden ingevoerd in de scholing en training van alle kliniekmedewerkers.
Project Dwang en drang	De kliniek heeft geen beleid vastgesteld waarin deelname aan het project Dwang en Drang uitgewerkt wordt in termen van de consequenties op het beleid van de kliniek ten aanzien van de preventie en toepassing van dwang incl. insluiting in een eerdere.	De kliniek heeft een dergelijk beleid wel vastgesteld maar neemt niet deel aan het project of doet dit slechts gedeeltelijk of zonder dat hiervoor voldoende draagvlak bestaat.	De kliniek werkt systematisch en met voldoende steun van alle medewerkers aan de uitvoering van dit project.	De taakindische of inhoudelijke uitkomsten van de deelname aan dit project wordt geëvalueerd met de medewerkers van de kliniek en leiden tot structurele verbetering van de preventie en toepassing van separatie.



<p>Overleg verwijzende partijen</p>	<p>De kliniek heeft geen beleid beschreven waarin de eigen en actieve verantwoordelijkheid van het overleg met de verwijzende partijen (crisisdienst, RIJGG, etc.) is geregeld.</p>	<p>De kliniek heeft wel een dergelijk beleid beschreven maar werkt niet slechts aan dat hiernaas.</p>	<p>De medewerkers van de kliniek onderhouden een actief en op de behoeften van de patiënt afgestemd overleg met verwijzende partijen.</p>	<p>Er vindt periodiek een evaluatie plaats met de verwijzende partijen (crisisdienst, etc) op basis waarvan verbeteringen worden ingevoerd in de begeleiding van de patiënt naar de kliniek.</p>
<p>Binnenkomst van de patiënt in kliniek</p>	<p>De kliniek heeft niet of gedeeltelijk een beleid waarin beschreven wordt hoe van de patiënt bij binnenkomst zodanig kan ondervragen dat deze een optimaal niveau van welbevinden kan ervaren.</p>	<p>De kliniek heeft een dergelijk beleid geformuleerd, maar dit wordt niet systematisch uitgevoerd.</p>	<p>De kliniek richt zich op binnenkomst van de patiënt volgens het daartoe vastgestelde beleid systematisch op het tot stand brengen van een optimaal niveau van welbevinden van de patiënt.</p>	<p>Er vindt periodiek een evaluatie plaats van het proces van binnenkomst van de patiënt waarbij de beleving en beoordeling van medewerkers en de patiënt uitgangspunten zijn voor verbeteringen in het proces van binnenkomst.</p>
<p>Procedure bij besluit tot toepassing separatie</p>	<p>Procedure en criteria voor beoordeling van de preventie en de toepassing van separatie zijn niet schriftelijk vastgelegd.</p>	<p>Dergelijk beleid is volledig en helder vastgelegd. Het maakt echter niet of gebrekkig deel uit van het werk van de medewerkers van de kliniek.</p>	<p>De beslissing die leidt tot preventie en het toepassen van separatie wordt systematisch gebaseerd op een zorgvuldige afweging van de verschillende criteria's.</p>	<p>Er wordt periodiek een de hand van de patiënt en anderszels op andere gegevens geëvalueerd hoe men het proces van afweging dat leidt tot het besluit om te separeren kan verbeteren.</p>
<p>Toepassen van separatie</p>	<p>De kliniek heeft niet een protocol voor separatie opgesteld en leidt niet tot handelen van de medewerkers.</p>	<p>De kliniek heeft wel een dergelijke leidraad opgesteld, maar daarmee wordt niet of slechts gedeeltelijk gewerkt.</p>	<p>De medewerkers van de kliniek werken allen met het protocol voor het separeren.</p>	<p>De medewerkers evalueren systematisch met elkaar en met de patiënten de beleving, gevolgen en (uiteindelijk) beoordeling van de van separatie en stellen zo nodig dit beleid bij.</p>