

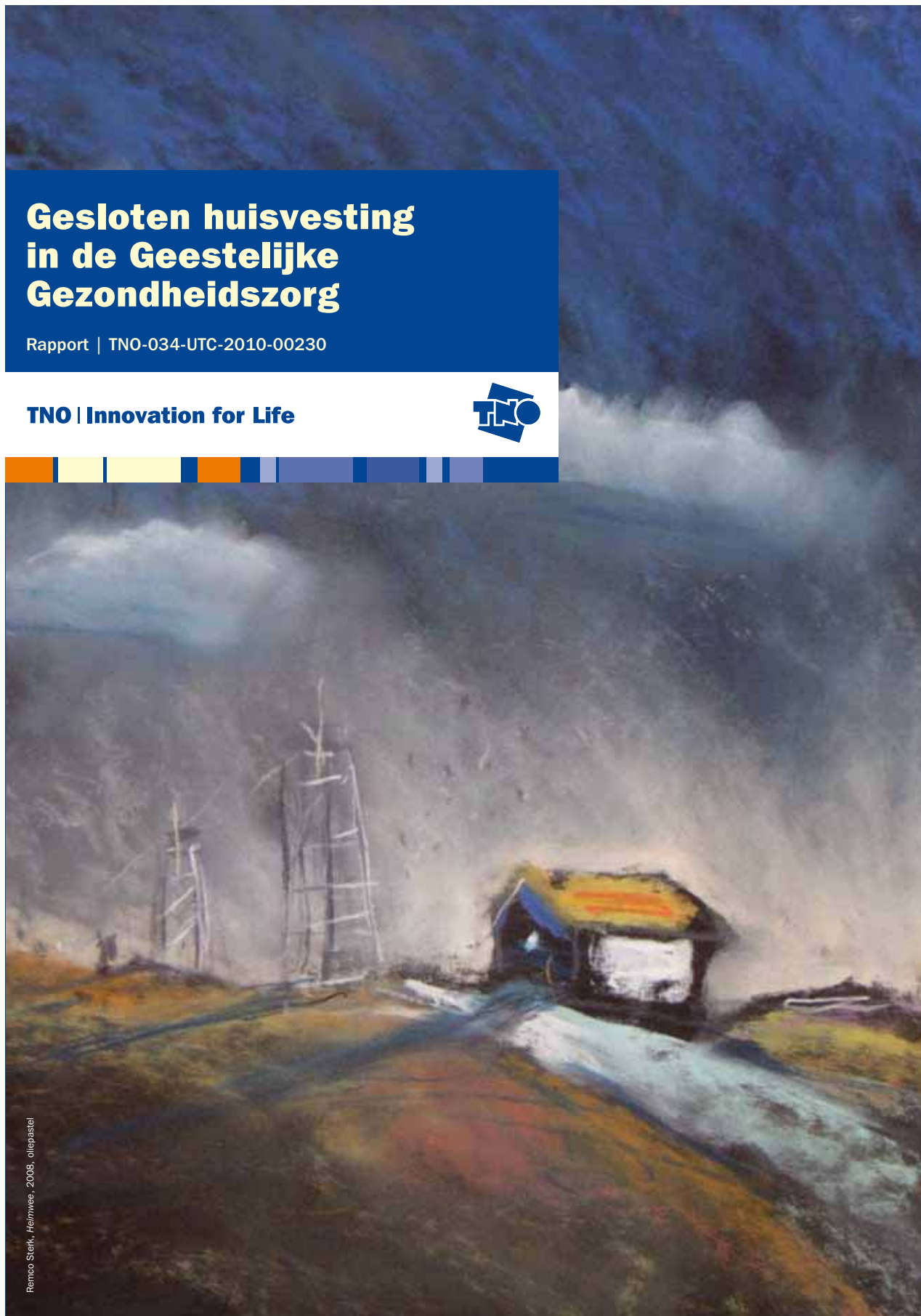
Gesloten huisvesting in de Geestelijke Gezondheidszorg

Rapport | TNO-034-UTC-2010-00230

TNO | Innovation for Life



Remco Sterk, *Heimwee*, 2008, oliepastel



TNO-rapport

Centrum Zorg en Bouw
TNO-034-UTC-2010-00230

Gesloten huisvesting in de Geestelijke Gezondheidszorg



Rapport opgesteld door:	Centrum Zorg en Bouw
Opdrachtgever:	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Projectnummer:	034.20597
Auteurs:	Harry van der Aalst Femmy Keuning Marjolein Maas Calon Leo Mimpfen
Aantal pagina's:	120
Datum:	Juli, 2010

TNO-rapport
TNO-034-UTC-2010-00230

Centrum Zorg en Bouw

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

T 088 866 29 00
F 088 866 29 45
E zorgenbouw@tno.nl

ISBN nummer: 978-90-5986-364-4

Het kwaliteitssysteem van TNO voldoet aan ISO NEN 9001-2008. TNO is ISO gecertificeerd, Centrum Zorg en Bouw is slechts een onderdeel van dit geheel.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke 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 onderzoeksoopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2010 Centrum Zorg en Bouw

Inhoud

Samenvatting — 5

1 Inleiding doelstelling en aanpak — 14

- 1.1 Inleiding — 14
- 1.2 Doelstelling onderzoek — 15
- 1.3 Afbakening — 16
- 1.4 Circuits en specifieke afdelingen — 18
- 1.5 Aanpak en fasering — 18
- 1.6 Uitwerking onderzoeksthema's — 19
- 1.7 Leeswijzer — 20

2 Capaciteitsgegevens en algemene gegevens locaties en gebouwen — 21

- 2.1 Inleiding — 21
- 2.2 Karakteristiek intramurale GGZ — 21
- 2.3 Typen capaciteiten — 23
- 2.4 Algemene capaciteitsgegevens Nederland — 23
- 2.5 Capaciteit per circuit en per categorie instelling — 24
- 2.6 Verdeling circuits over categorieën instellingen — 25
- 2.7 Verdeling capaciteit over open en gesloten plaatsen — 27
- 2.8 Verdeling van de capaciteiten open en gesloten plaatsen over de categorieën van instellingen — 28
- 2.9 Algemene locatiekenmerken — 30
- 2.10 Algemene gebouwkenmerken — 31
- 2.11 Samenvatting en slotbeschouwing — 34

3 Ruimtelijke kenmerken van de gesloten huisvesting — 36

- 3.1 Inleiding — 36
- 3.2 Gebouwen en locaties — 38
- 3.3 Entree van de gebouwen — 39
- 3.4 Afdelingen — 40
- 3.5 Cliëntenkamers — 44
- 3.6 Buitenruimte — 47
- 3.7 Sanitair — 46
- 3.8 Appartementen — 49
- 3.9 Samenvatting en slotbeschouwing — 50

4 Veiligheid, privacy en comfort — 52

- 4.1 Privacy — 53
- 4.2 Verblijfscomfort — 54
- 4.3 Veiligheid — 58
- 4.4 Personeelsveiligheid — 62
- 4.5 Samenvatting en slotbeschouwing — 63

5 Dwang en drang — 65

- 5.1 Inleiding — 65
- 5.2 Separeerbeleid van de instellingen — 65
- 5.3 Definities van ruimten en aantallen — 66
- 5.4 Aanwezigheid en ligging — 70
- 5.5 De (stripbare) cliëntenkamer — 72
- 5.6 Comfortrooms — 73
- 5.7 Afzonderingskamers en andere speciale kamers — 75
- 5.8 Ic-units — 77
- 5.9 Separeervoorzieningen — 78
- 5.10 Separeerkamers in de unit — 80
- 5.11 Samenvatting en slotbeschouwing — 84

Bijlagen

- A Afbakening onderzoek — 87
- B Overzicht algemene instellingsgegevens (basisinformatie) — 89
- C Opzet en fasering onderzoek — 93
- D Inspectiegegevens — 95
- E Samenstelling klankbordgroep en deelnemende instellingen pilot-onderzoek — 103
- F Uitwerking onderzoeksthema's — 104
- G Tabellen van gebouwen per circuit verdeeld naar setting en aantal cliënten per gebouw — 106
- H Overzicht (gesloten) afdelingen met alle speciale doelgroepen — 108
- I Ruimtelijke kenmerken, verzwaarde uitvoering en installaties afdelingen — 109
- J Overzicht kenmerken afzonderingsvoorzieningen — 112
- K Overzicht kenmerken separeervoorzieningen — 113
- L Overzicht van gebruikte afkortingen — 114
- M Bronvermelding — 115

Samenvatting

Inleiding

De meest kwetsbare mensen binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verblijven in gesloten huisvesting. In 2009 zijn in Nederland 25.055¹ (exclusief RIBW) intramurale plaatsen door de GGZ in gebruik. Bijna 30% van deze capaciteit betreft gesloten plaatsen. Het gaat dan in totaal om bijna 7.000 plaatsen. Het welbevinden van de mensen die op deze plaatsen verblijven hangt voor een deel samen met de kwaliteit van de huisvesting, omdat deze niet naar eigen keuze kan worden verlaten. Om deze reden is de gesloten huisvesting tot hoofdonderwerp van dit onderzoek gemaakt.

Het onderzoek wordt in opdracht van en onder verantwoordelijkheid van de inspectie gezondheidszorg (IGZ) door TNO Centrum Zorg en Bouw uitgevoerd. Het onderzoek sluit aan bij de thema's die de inspectie in het kader van het staatstoezicht op de zorg hanteert. Voor de periode van 2008 tot 2011 ligt het accent voor wat betreft de GGZ, bij de meest kwetsbare groepen en veiligheid.

Het doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de gesloten huisvesting binnen de GGZ. Het onderzoek tracht daartoe inzicht te geven in:

- de functionaliteit en veiligheidsaspecten van de gesloten huisvesting in Nederland;
- de mate waarin er binnen de gebouwen met gesloten huisvesting ook ruimten voor dagbesteding en therapie aanwezig zijn;
- welk beleid instellingen voor het verminderen van dwang- en drangmaatregelen op hoofdlijnen voeren en wat de aard en de kwaliteit is van de ruimten die in het kader hiervan door instellingen worden gebruikt.

Daarnaast wordt met dit onderzoek voor de inspectie de in gebruik zijnde klinische capaciteit in Nederland in beeld gebracht.

Reikwijdte van het onderzoek

De Geestelijke Gezondheidszorg kent vijf circuits te weten:

Kinder- en jeugdpsychiatrie	(tot 18 jaar)
Volwassenenpsychiatrie	(18 tot 65 jaar)
Ouderenpsychiatrie	(65 jaar en ouder)
Verslavingszorg	(18 jaar en ouder)
Forensische psychiatrie en KIB	(alle leeftijden)

De indeling in circuits is deels op leeftijdsgrenzen gebaseerd. In de praktijk worden deze leeftijdsgrenzen echter met een zekere flexibiliteit toegepast. De capaciteit in de circuits wordt vaak door instellingen geleverd die in meerdere circuits actief zijn.

¹ Basisinformatie Monitoringonderzoek GGZ 2009.

In het onderzoek zijn de volgende categorieën van instellingen betrokken: de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ), de categorale instellingen voor Kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) en de Verslavingszorg, de Psychiatrische afdelingen van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) en de Psychiatrische Universitaire Klinieken (PUK). De TBS-klinieken en de RIBW's (geen gesloten huisvesting) vallen buiten de scope van het onderzoek.

De capaciteit per circuit is bepaald door sommering van de capaciteit van de categorale instellingen en de capaciteiten van de afdelingen die voor deze circuits bij de andere instellingen aanwezig zijn.

In het voorliggende onderzoek zijn van voornoemde instellingen alle adres- en capaciteitsgegevens van locaties waar GGZ-cliënten verblijven die geïndiceerd zijn voor verblijf (in zowel open als gesloten setting) in combinatie met behandeling verzameld. Daaruit is een landelijk algemeen capaciteitsoverzicht en een landelijk overzicht per circuit gegenereerd. Vervolgens zijn van alle instellingen de gesloten huisvesting en de ruimten die in het kader van dwang- en maatregelen worden gebruikt nader onderzocht.

In totaal zijn 108 instellingen voor het onderzoek aangeschreven. Van deze instellingen beschikken 94 instellingen over plaatsen voor verblijf in combinatie met behandeling. Enkele grote instellingen beschikken over 'werkmaatschappijen' (totaal 10). In het kader van dit onderzoek zijn deze 'werkmaatschappijen' als instelling meegenomen, waardoor het aantal instellingen in het onderzoek op 104 uitkomt. Van deze instellingen beschikken er 83 over gesloten plaatsen of gesloten afdelingen. De gesloten huisvesting van 77 instellingen is geïnspecteerd. In totaal zijn 505 gesloten afdelingen en 111 appartementen met samen bijna 6.000 plaatsen bezocht. Verder zijn 491 separeerkamers geïnspecteerd.

Onderzoeksthema's gesloten huisvesting

De gebouwen met een functie in de gesloten setting van de GGZ zijn onderzocht vanuit vijf aandachtsgebieden (thema's) die o.a. in kwaliteitskaders worden genoemd. Deze thema's zijn veiligheid, bewegingsruimte, privacy, verblijfscomfort en dwang en drang. De thema's zijn vervolgens vertaald naar bouwkundige aspecten rekeninghoudend met het gesloten karakter van de huisvesting.

Ruimtelijke kenmerken bepalen in grote mate de functionele kwaliteit van de verblijfsgebouwen en de bewegingsmogelijkheden voor de cliënt. Veiligheid, privacy en comfort spelen een rol bij de waardering van de huisvesting door cliënten en personeel. Voor de gesloten setting is veiligheid bij uitstek een belangrijk thema. Dit speelt in het bijzonder bij ruimten die bij dwang- en drangmaatregelen worden ingezet.

Regelgeving

In het kader van de Wet toelatingen Zorginstellingen (WTZi) was tot 2009 een bouwregime met een vergunningenstelsel van toepassing. Per 1 januari 2009 is het bouwregime opgeheven en zijn instellingen zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de gebouwen en financiering. Door de gewijzigde regelgeving zijn er geen toetsingskaders meer.

In april 2010 zijn door de veldpartijen veldnormen voor de care² geformuleerd. Normen voor separeer- en afzonderingsvoorzieningen maken hier deel van uit. Bij aanvang van het onderzoek waren deze nog niet bekend, in het onderzoek is hiermee dan ook geen rekening gehouden.

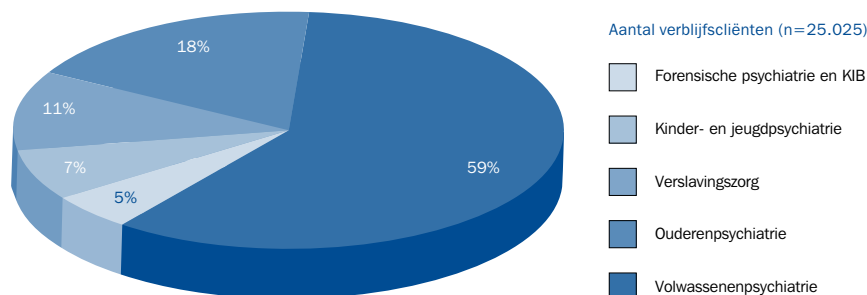
Vanwege het ontbreken van normen worden in dit rapport geen waardeoordelen over de huisvesting gegeven. Het rapport heeft daarom een beschrijvend karakter gekregen.

Capaciteitsgegevens, algemene gegevens locaties en gebouwen

Capaciteit

De in gebruik zijnde totale klinische capaciteit (open en gesloten) in Nederland bedraagt in 2009 25.055³ plaatsen. Ten opzichte van 2004 is dit een toename met 5%. De capaciteit per hoofd van de bevolking is in deze periode met 3,4% toegenomen. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor de toename. Onderzoek hiernaar viel evenwel buiten de onderzoeksopdracht.

De in gebruik zijnde capaciteit is als volgt verdeeld over de circuits:



Meer dan de helft van de in gebruik zijnde capaciteit betreft Volwassenenpsychiatrie. Circa 80% van de totale klinische capaciteit binnen de GGZ behoort toe aan de Algemene psychiatrische ziekenhuizen. Binnen de circuits Kinder- en jeugdpsychiatrie en Verslavingszorg wordt van de in gebruik zijnde capaciteit 70% door de categoriale instellingen en 30% door de APZ-en ingevuld.

² Veldnormen betreffen: noodstroomvoorziening, binnentemperatuur, afzonderings- en separeervoorzieningen.

³ Bron: basisinformatie Monitoringonderzoek GGZ 2009.

72% van de totale capaciteit betreft open en 28% gesloten plaatsen. Ten opzichte van 2004 is er nauwelijks iets gewijzigd in de procentuele verdeling tussen open en gesloten plaatsen.

Gesloten plaatsen komen procentueel het meest voor bij de Forensische psychiatrie (65%), de Ouderenpsychiatrie (40%) en de Volwassenenpsychiatrie (25%). In de Kinder- en jeugdpsychiatrie en Verslavingszorg is dit respectievelijk 18% en 14%.

Locaties en gebouwen (algemeen)

Het aantal instellingen dat klinische GGZ-zorg verleent is sinds 2004 als gevolg van fusies kleiner geworden. Het gemiddelde aantal plaatsen per instelling is als gevolg daarvan toegenomen.

De omvang van de locaties is iets afgenomen, het gemiddelde aantal plaatsen per gebouw is daarentegen licht gestegen. De verschillen tussen het aantal plaatsen per locatie en per gebouw zijn ten opzichte van het onderzoek uit 2004 klein. Er is daarmee niet echt een duidelijke lijn van toenemende kleinschaligheid in de GGZ waar te nemen.

Locatie- en ruimtelijke kenmerken van de gesloten huisvesting

De locaties en de gebouwen met gesloten plaatsen zijn veelal vrij te betreden. Meestal is er geen hekwerk om het terrein of om de gebouwen aanwezig. In het kader van veiligheid wordt op de meeste locaties volstaan met eenvoudige maatregelen zoals terreinverlichting, bewakingsdienst in de avond- en nachtsituatie en camerabewaking. Speciale aanvullende maatregelen worden genomen wanneer daartoe noodzaak bestaat. Dit is met name bij de beveiligde voorzieningen aan de orde (Forensische psychiatrie).

Van de gebouwen met gesloten huisvesting heeft een derde een entree met een sluis.

De cliënten van de GGZ zijn zelden lichamelijk gehandicapt en daardoor nauwelijks rolstoelgebonden. Een uitzondering vormen de cliënten van het circuit Ouderenpsychiatrie. Niet alle gebouwen met gesloten plaatsen zijn perfect toegankelijk voor rolstoelgebruikers, maar met beperkte hulp (deur open houden voor iemand in de rolstoel) zijn vier op de vijf gebouwen goed toegankelijk voor minder valide cliënten. Van de gebouwen met meerdere bouwlagen waarop cliëntenfuncties aanwezig zijn, beschikt 70% over een voldoende grote lift voor rolstoelgebruik.

Bijna alle cliënten in gesloten setting (98%) zijn op afdelingen gehuisvest. Appartementen komen in de gesloten setting weinig voor. Van recente datum is een project met 100 individuele gesloten appartementen van één instelling op één locatie. De ervaringen die hiermee worden opgedaan, zullen met het oog op toekomstige bouwprojecten wellicht door andere instellingen worden gevolgd.

De gesloten afdelingen zijn veelal ook opname-afdelingen (79%). In de Verslavingszorg zijn alle gesloten afdelingen opname-afdelingen. Het aantal cliënten per afdeling loopt uiteen van enkele tot 46 cliënten. Gemiddeld verblijven ruim elf cliënten op een afdeling. Procentueel gezien komen de grootste afdelingen in de Verslavingszorg voor. Bij de forensische en de Kinder- en jeugdpsychiatrie zijn de afdelingen kleiner dan gemiddeld.

Geconcludeerd kan worden dat er sprake is van een zekere 'bouwkundige standaard' voor een gesloten afdeling, die in grote mate terug te voeren is op het bouwregime zoals dat tot 2009 gold. Per circuit, voor speciale behoeften van cliëntgroepen en op basis van de behandelvisie, wordt hierop gevarieerd. De wijziging van het bouwregime is zo recent dat de invloed hiervan op de onderzoeksresultaten nog niet merkbaar is. Een modale (meest voorkomende) afdeling beschikt over 4 tot 6 m² huiskameroppervlak per cliënt. Daarnaast zijn een keuken en een rookruimte (bij afdelingen met volwassenen) voor algemeen gebruik aanwezig. Circa de helft van de afdelingen heeft een extra ruimte voor gemeenschappelijk gebruik (multifunctionele ruimte). Een aparte ruimte voor recreatieve dagbesteding komt bij een vijfde van de afdelingen voor en een ruimte voor arbeidsmatige dagbesteding slechts bij tien afdelingen (2%). Meestal is er een omheinde buitenruimte behorend bij de afdeling aanwezig. De hoogte van de omheining ligt tussen de 1,80 tot 3,50m. Bij bijna alle forensische afdelingen en klinieken is de omheining tussen de 3,5m en 5,5m hoog. Overigens hebben forensische afdelingen minder vaak dan gemiddeld een eigen buitenruimte.

Ruim 90% van de cliëntenkamers betreft éénpersoonskamers en ruim eenderde van de cliënten beschikt naast een eigen kamer ook over een eigen toilet en douche. Slechts 2% van de kamers betreft drie- en vierpersoonskamers. Deze kamers komen op afdelingen voor de forensische en voor de Kinder- en jeugdpsychiatrie niet voor. Ruim 70% van de cliënten heeft een kamer met een oppervlakte van 12 m² per persoon of meer.

Bij het merendeel van de afdelingen voor ouderen is rekening gehouden met minder validiteit. De meeste afdelingen beschikken over kamers met een oppervlakte die groter is dan 12 m² per cliënt en over rolstoeltoegankelijk sanitair.

Veiligheid, privacy en comfort

De balans tussen veiligheid enerzijds en privacy en comfort anderzijds ligt zeer genuanceerd. Per afdeling binnen dezelfde instelling en doelgroep kan de weging van deze aspecten verschillend zijn.

Toch is er wel een aantal algemeenheden te noemen die overal toegepast worden. Zo hebben alle cliëntenkamers uitzicht en daglicht via een voldoende groot raam in de buitengevel. De huiskamers van de afdelingen bieden uitzicht op een tuin of een combinatie van tuin en gebouwen. Veel afdelingen beschikken over een eigen buitenruimte of delen een buitenruimte met een andere afdeling.

Vanuit het oogpunt van privacy is een éénpersoonskamer gewenst. Voor de onderzochte afdelingen is dit ook bijna standaard. Alleen in de oudste gebouwen (tot 1994) komen meerpersoonskamers voor.

Een ander punt dat raakt aan privacy, comfort en veiligheid is de hoeveelheid sanitair op een afdeling. Bij nog maar 7% van de afdelingen is minder dan één toilet per vier cliënten en bij 23% is minder dan één douche per vier cliënten aanwezig.

Inkijk in een cliëntenkamer door bijvoorbeeld een spion of raampje in de kamerdeur kan in het kader van toezicht gewenst zijn. Dit betekent echter ook een inbreuk op de privacy voor de cliënt. Bij 15% van de kamers is wel een spion of raampje aanwezig, maar deze zijn regelmatig voorzien van een 'slot'. Alleen het personeel met een sleutel kan de spion openen om in de kamer te kijken.

Installaties zoals camera's worden wel in de verkeersruimten toegepast, maar niet in de cliëntenkamers. Een paar procent van de kamers is voorzien van een uitluisterstelsel.

Een intercom of een oproepsysteem in de cliëntenkamer komt sporadisch voor.

Een comfortverhogend aspect in de cliëntenkamer is o.a. het individueel kunnen regelen van de temperatuur en ventilatie op de kamers. Dit is op ruim 90% van de kamers mogelijk.

Een cai-aansluiting is op de helft van de kamers aanwezig, 40% van de kamers beschikt over een internetaansluiting.

De veiligheidsvoorzieningen wisselen sterk waar het gaat om molestbestendige uitvoering van de afdeling. Tussen de verschillende doelgroepen en opnameafdeling of afdeling vervolgbehandeling zijn geen significante verschillen gevonden. Bij de forensische afdelingen en de afdelingen binnen het circuit KJP wordt vaker speciale beglazing toegepast zoals gehard en gelaagd glas.

Op bijna alle afdelingen beschikt het personeel over een personeelsbeveiligingssysteem. Het meest gebruikte systeem is een systeem met zone-aanduiding.

Controle op personen- en goederenstromen is binnen de psychiatrie een belangrijk item. Het begrenzen van te openen ramen wordt vreemd genoeg bij reguliere gesloten en forensische afdelingen niet overal toegepast. Tussen opname-afdelingen, afdelingen voor vervolgbehandeling en afdelingen voor de verschillende doelgroepen zijn op dit punt geen significante verschillen gevonden.

Dwang en drang

Binnen de gesloten setting van de psychiatrie wordt gebruik gemaakt van speciale ruimten voor incidentele afzondering van cliënten met agressief of ontwrichtend gedrag. Het landelijk beleid is erop gericht het gebruik van deze ruimten voor afzonderen en separeren terug te dringen. Over het separeerbeleid zijn de instellingen door middel van een enquête bevraagd.

Instellingen voeren vooral beleid speciaal gericht op bijscholing van het personeel en een andere benadering van de cliënt. Circa 60% zegt ook alternatieve ruimten te gebruiken in plaats van de reguliere afzonderings- en separeerkamers. Eén derde van de instellingen heeft volgens zeggen separeer- en afzonderingskamers buitengebruik gesteld. Circa 10% van de respondenten voert geen gericht beleid op het terugdringen van afzonderen en separeren.

Ten opzichte van 2004 is het aantal in dit onderzoek opgenomen separeerunits afgenomen. Daarnaast zijn ruimtelijke alternatieven voor afzonderen en separeren aangetroffen.

Van het beleid gericht op het terugdringen van afzonderen en separeren zijn daarmee de eerste tekenen ook in de gebouwen zichtbaar. Gelet op het beperkte aantal aangetroffen alternatieve ruimten moet dit voor die alternatieve ruimten nog goed op gang komen.

Voor de alternatieve ruimten is een schakering aan namen en uitvoering van ruimten gevonden. Soms lijkt een afzonderings- of separeerkamer echter alleen een andere naam te hebben gekregen zonder dat noemenswaardige ruimtelijke aanpassingen hebben plaatsgevonden. Hoewel een variatie aan ruimten wenselijk is, is het van belang helder zicht op het afzonderings- en separeerbeleid van instellingen te houden. Met een evaluatie zouden de voorwaarden, omstandigheden en uitvoering kunnen worden vastgesteld voor het op een verantwoorde manier inzetten van alternatieve ruimten bij de behandeling.

Hoewel er eisen aan de uitvoering van afzonderingskamers zijn gesteld, geven deze op veiligheidsniveau een wisselend beeld. Vooral de mogelijkheden voor toezicht van het personeel op de cliënt vanuit het aanliggende verkeersgebied verdienen meer aandacht.

De meest voorkomende separeerunit beschikt over twee separeerkamers, één sanitaire ruimte, een verpooshoek en een voorruimte. Separeerunits die na 2004 zijn gebouwd beschikken vaker, maar niet altijd over een buitenruimte. De separeerkamers hebben een hoog niveau van molestbestendigheid en veiligheid. Iedere separeerkamer heeft daglicht, maar niet altijd uitzicht naar buiten. Soms ontbreken eenvoudige doch wezenlijke zaken als een klok, een separeerreglement of een krijtwand of -bord. Gebleken is dat de separeerkamer vanuit de voorruimte met een spion of raampje in de toegangsdeur, niet altijd volledig is te overzien en dat camerabewaking bij circa driekwart van de kamers aanwezig is.

Binnen een unit zijn separeerkamers vaak niet identiek uitgevoerd. Het aantal toegangsdeuren en de aanwezigheid van camerabewaking, toilet, radio of tv kan variëren. Per cliënt en situatie kan bij deze units uit de meest geschikte kamer worden gekozen.

Door de variatie in de uitvoering van separeerkamers binnen een unit kan op de omstandigheden en behoefte van de cliënt worden ingespeeld.

Slotbeschouwing

Het klinische aantal plaatsen binnen de GGZ is zowel in absolute als in relatieve zin in de afgelopen periode van vijf jaar toegenomen. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor de toename. Onderzoek hiernaar viel evenwel buiten de onderzoeksopdracht.

Het gemiddelde aantal plaatsen per locatie of gebouw is in deze periode nagenoeg hetzelfde gebleven. Er is daarmee niet echt een duidelijke lijn van toenemende kleinschaligheid in de GGZ waar te nemen.

Het merendeel van de cliënten is op afdelingen ondergebracht. Opvallend is dat er weinig appartementen voor gesloten plaatsen zijn aangetroffen. Een uitzondering vormt één instelling die gesloten appartementen voor een bepaalde doelgroep heeft gerealiseerd. Na evaluatie van dit project kunnen mogelijk positieve ervaringen in de toekomst hierin verandering brengen. Voor de langdurig zorgafhankelijke cliënten die in instellingen verblijven, zou dit een verbetering van de leefomstandigheden (privacy) en voor instellingen een verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening kunnen betekenen.

Binnen de ruimtelijke opzet van de gesloten huisvesting is er veel aandacht voor een balans tussen enerzijds veiligheid en anderzijds comfort en privacy. Geconcludeerd wordt dat er op grond van het tot voor kort geldende bouwregime, een zekere bouwkundige standaard voor de ruimtelijke opzet van een afdeling is ontstaan. De wijziging van het bouwregime is zo recent dat de invloed hiervan op de huisvesting nog niet merkbaar is.

Per circuit of doelgroep zijn slechts op detailniveau verschillen tussen afdelingen aanwezig. Uit oogpunt van flexibiliteit is dit gunstig omdat de huisvesting daardoor zonder grote aanpassingskosten ook voor andere doelgroepen te benutten is.

Cliënten beschikken voor het overgrote deel over een eigen zit/slaapkamer en ruime eenderde over een eigen toilet of douche. De privacy op de kamers is gewaarborgd omdat veelal mogelijkheden voor inkijk in de kamers of uitluisteren ontbreken. De oppervlakte van de cliëntenkamers beslaat in de regel 12 m² of meer per plaats.

Binnen een afdeling is in veel gevallen een multifunctionele ruimte en soms een ruimte voor recreatieve dagbesteding aanwezig, zodat cliënten niet gedwongen zijn in de huiskamer of op de eigen kamer te verblijven. Daardoor kan ook therapie of dagbesteding op de afdeling geboden worden als een cliënt de afdeling niet mag of kan verlaten.

Het beleid gericht op het terugdringen van afzonderen en separeren vindt nog in beperkte mate zijn weerslag in de gebouwen.

Een variatie aan ruimten die in het kader van dwang- en drangmaatregelen kunnen worden ingezet, is wenselijk. Belangrijk is daarbij wel om zicht te houden op het afzonderings- en separeerbeleid van instellingen, waarvoor voorwaarden voor gebruik en uitvoering van alternatieve ruimten nodig zijn.

1 Inleiding doelstelling en aanpak

1.1 Inleiding

Sinds 2003 wordt er jaarlijks een monitoringonderzoek naar de gebouwkwaliteit in de gezondheidszorg uitgevoerd. In een cyclus van vijf jaar wordt er per jaar in één van de vijf sectoren in de gezondheidszorg een dergelijk onderzoek uitgevoerd. In 2004 heeft het eerste onderzoek voor de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) plaatsgevonden.

Tot 2009 werden de onderzoeken in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport door het Bouwcollege uitgevoerd. Met het vervallen van het bouwregime per 1 januari 2009 is het toezicht op de kwaliteit van de gebouwen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) neergelegd en worden de onderzoeken in opdracht van en onder verantwoordelijkheid van de IGZ door TNO Centrum Zorg en Bouw uitgevoerd.

Daarmee is er ook een verschuiving van aandachtspunten in de onderzoeken. Voorheen gingen de onderzoeken vooral in op de functionaliteit van de gebouwen en werd getoetst of de gebouwen voldeden aan eisen die in bouwkaders waren vastgelegd. Nu sluiten de onderzoeken meer aan bij thema's die de inspectie in het kader van het staatstoezicht op de zorg hanteert. Voor 2008 tot 2011⁴ ligt het accent van de IGZ voor wat betreft de GGZ bij de meest kwetsbare groepen en veiligheid.

De meest kwetsbare mensen binnen de geestelijke gezondheidszorg verblijven in gesloten huisvesting. In 2009 zijn in Nederland 28.643⁵ toegelaten en 25.055⁶ feitelijke intramurale plaatsen voor de GGZ beschikbaar. Circa 28% van de feitelijke verblijfplaatsen betreft gesloten plaatsen. Het gaat dan in totaal om bijna 7.000 plaatsen.

Het welbevinden van de mensen die op deze plaatsen verblijven, hangt voor een deel samen met de kwaliteit van de huisvesting omdat deze niet naar eigen keuze kan worden verlaten. Om deze reden is de gesloten huisvesting, tot hoofdonderwerp van dit onderzoek gemaakt. Aspecten die de kwaliteit van de huisvesting mede bepalen zijn o.a. privacy, leefruimte, bewegingsmogelijkheden en veiligheid voor zowel cliënt als personeel⁷.

Daarnaast blijkt uit onderzoek naar het zorgaanbod voor langdurige, zorgafhankelijke cliënten binnen de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) uit 2001⁸ en vervolg-

⁴ 'Sterk van Geest, naar herstel van regie: effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke gezondheidszorg 2008-2011', IGZ, 2008.

⁵ www.cibg.nl/wtzi.

⁶ TNO Centrum Zorg en Bouw, Monitoringonderzoek 2009, basisinformatie (capaciteiten incl. PUK's).

⁷ 'Zichtbare Zorg ggz' opgestelde basisset prestatie-indicatoren GGZ 2009-2010, stuurgroep Zichtbare zorg ggz.

⁸ 'Een keten van lege zondagen', tekorten in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten in het APZ, vergeleken met een standaard', B. van Wijngaarden, M.E.M. Bransen, H.J. Wennink, Trimbosinstituut, 2001.

studies dat een zinvolle dagbesteding ook belangrijk is voor het welbevinden van cliënten. Vandaar dat de aanwezigheid van de ruimten voor dagbesteding en therapie binnen de gebouwen met gesloten huisvesting in het onderzoek is betrokken.

In Nederland wordt ten opzichte van het buitenland relatief veel gesepareerd⁹ en minder door middel van medicatie gesedeerd. Reden waarom door GGZ Nederland¹⁰ en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beleid wordt gevoerd om het aantal separaties gedurende vijf jaar, ieder jaar met 10%, terug te dringen. Sommige instellingen streven ernaar om op de middellange termijn niet meer over separeerkamers te beschikken. Ten aanzien van het terugdringen van dwang- en drangmaatregelen in de GGZ heeft de IGZ graag op hoofdlijnen inzicht in het door instellingen gevoerde separeerbeleid en met name in de consequenties daarvan voor de gebouwen.

In dit onderzoek wordt op beschrijvende wijze ingegaan op de huisvestingsaspecten voor cliënten en ruimten die in het kader van dwang- en drangmaatregelen worden gebruikt, waarbij waar mogelijk en zinvol onderscheid zal worden gemaakt naar de in de GGZ voorkomende verschillende circuits¹¹.

1.2 Doelstelling onderzoek

Doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de verbetering van het toezicht op en verbetering van de kwaliteit van de gesloten huisvesting binnen de GGZ.

Het onderzoek geeft inzicht in:

- de aanwezige klinische capaciteit van Nederland;
- de functionaliteit en veiligheidsaspecten van de gesloten huisvesting in Nederland;
- de mate waarin binnen de gebouwen met gesloten huisvesting ook ruimte voor dagbesteding en therapie aanwezig is, zodat binnen de geslotenheid van het gebouw cliënten ook een zinvolle dagbesteding kan worden geboden;
- welk beleid instellingen voor het verminderen van dwang- en drangmaatregelen op hoofdlijnen voeren en wat de aard en de kwaliteit is van de ruimten (traditioneel en alternatieven hiervoor) die in het kader hiervan door instellingen worden gebruikt.

⁹ W.A. Janssen, E.O. Noorthoorn, W.J. de Vries, ea. (2009). Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. MGv nr. 64, 457-469).

¹⁰ Project 'Dwang en drang GGZ Nederland', 2006.

¹¹ De Geestelijke Gezondheidszorg kent vijf circuits te weten:

- Kinder- en jeugdpsychiatrie (0 tot 18 jaar);
- Volwassenenpsychiatrie (18 tot 65 jaar);
- Ouderenpsychiatrie (65 jaar en ouder);
- Verslavingszorg (18 jaar en ouder);
- Forensische psychiatrie en KIB (alle leeftijden).

1.3 Afbakening

Definities

Voor een open, een gesloten en een besloten setting zijn in dit onderzoek de volgende omschrijvingen gehanteerd:

'In een open setting heeft de cliënt de mogelijkheid de huisvesting in en uit te lopen wanneer hij/zij dat wenst zonder tussenkomst van personeel. De deur staat open, of de cliënt beschikt over een sleutel of pasje.'

'In een gesloten setting (in de meeste gevallen een gesloten afdeling) is de entree deur van de huisvesting op slot, de cliënt heeft niet de mogelijkheid in en uit te lopen wanneer hij/zij dat wenst zonder tussenkomst van het personeel. Hier verblijven ook mensen die gedwongen opgenomen zijn (in het kader van de BOPZ (IBS of RM) of na tussenkomst van justitie (forensische afdelingen)). Ook beveiligde afdelingen zijn gesloten afdelingen, de toegang tot de afdeling is bewaakt.'

'De huisvesting van een besloten setting (afdeling) kan zowel open als gesloten functioneren (zonder bouwkundige of installatietechnische aanpassingen). Individueel wordt er met de cliënt afgesproken welke vrijheden hij/zij heeft met betrekking tot het verlaten en betreden van de afdeling. Soms wordt dit gerealiseerd door een pasjes-systeem. De afdeling fungeert een substantieel deel van de tijd van het jaar (minimaal drie maanden) als gesloten afdeling en heeft onlangs als zodanig of zal op korte termijn als zodanig gaan functioneren.'

Instellingen/Capaciteiten

Het onderzoek omvat het verzamelen van alle adres- en capaciteitsgegevens van locaties waar GGZ-cliënten verblijven die geïndiceerd zijn voor verblijf (in zowel open als gesloten setting) in combinatie met behandeling.

Voor cliënten die in gesloten huisvesting verblijven, wordt voor de huisvesting een verdiepingsslag gemaakt. Dit betreft een verder inzoomen op de kwaliteit van de gesloten/besloten huisvesting binnen de GGZ waarvoor de IGZ een taak vervult in het kader van het toezicht op de gezondheidszorg en de wet BOPZ¹². Concreet gaat het om de gesloten huisvesting van de in het kader van de WTZi toegelaten instellingen voor verblijf in combinatie met psychiatrische behandeling voor volwassenen, ouderen, kinderen en jeugdigen, verslaafden en forensische psychiatrische cliënten¹³.

¹² De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) regelt een gedwongen opname en beschermt mensen die hiermee te maken krijgen. Het gaat dan om de rechten van een patiënt die gedwongen is opgenomen in een bopz-aangemerkt psychiatrisch ziekenhuis, verpleeghuis of instelling voor verstandelijk gehandicapten.

¹³ De Forensische (beveiligde) afdelingen vallen sinds 2007 onder de financiering van het Ministerie van Justitie. Geestelijke Gezondheidszorg instellingen leveren forensische zorg die door het Ministerie van Justitie wordt ingekocht. Het toezicht op het leveren van verantwoorde forensische zorg ligt bij de IGZ.

De forensische voorzieningen betreffen Forensisch psychiatrische klinieken, Forensisch verslavingsklinieken, Jeugd- forensisch psychiatrische kliniek, Forensisch psychiatrische afdelingen inclusief Long Stay en Forensisch verslavingsafdelingen.

Naast algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ), categorale instellingen voor Kinder- en jeugdpsychiatrie en Verslavingszorg behoren hiertoe ook de Psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) en de Psychiatrische universitaire kliniek (PUK).

De TBS-klinieken vallen buiten de scope van het onderzoek.

De forensische zorg die binnen het onderzoek valt, betreft de forensische zorg aan cliënten waarvoor het Ministerie van Justitie de zorg inkoopt bij de ex WTZi-toegelaten instellingen. Het gaat hier om strafrechtelijk geplaatsten.

RIBW's zijn toegelaten voor verblijf in combinatie met ondersteunende begeleiding en vallen daardoor buiten de reikwijdte van het onderzoek. Uit navraag bij instellingen blijkt dat BW-locaties met een BOPZ-aanmerking niet over gesloten huisvesting beschikken. In het geval een hier verblijvende cliënt een gesloten omgeving nodig heeft wordt deze tijdelijk in gesloten huisvesting van een APZ opgenomen.

In totaal zijn 108 instellingen voor het onderzoek aangeschreven. Van deze instellingen beschikken 94 instellingen over plaatsen voor verblijf in combinatie met behandeling. Een aantal grote gefuseerde instellingen beschikt over 'werkmaatschappijen' (totaal 10). In het kader van dit onderzoek zijn deze 'werkmaatschappijen' als instelling meegenomen, waardoor het aantal instellingen in het onderzoek op 104 uitkomt. Van deze instellingen beschikken er 83 over gesloten plaatsen.

Huisvesting

De huisvesting van alle gesloten plaatsen is ter plaatse opgenomen. Een uitzondering vormen interimhuisvesting of huisvesting die in 2009 is of wordt verlaten en de huisvesting van instellingen die niet aan het onderzoek hebben meegewerkt of waarvan onvoldoende gegevens zijn ontvangen.

De gesloten huisvesting van 77 instellingen is geïnspecteerd. Van de 83 instellingen met gesloten plaatsen zijn er zes instellingen niet bezocht. Drie instellingen wilden niet aan het onderzoek deelnemen en bij de andere drie kwam het niet tot sluitende afspraken voor het inspectiebezoek.

In totaal zijn 505 afdelingen met circa 6.000 plaatsen geïnspecteerd. Voorts zijn 491 separeerkamers opgenomen.

Brandveiligheid

Het thema brandveiligheid is in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Bij de start van dit onderzoek (februari 2009) was het voornemen van de VROM-inspectie een zorgbreed brandveiligheidsonderzoek op te zetten. Dit onderzoek is inmiddels gestart.

In bijlage A is de afbakening nader beschreven.

1.4 Circuits en specifieke afdelingen

In het plan van aanpak voor het onderzoek is aangegeven, dat het capaciteitsoverzicht op het niveau van doelgroepen binnen de circuits wordt weergegeven. De capaciteiten per doelgroep zijn in de beginfase van het onderzoek gevraagd. Een overzicht van de doelgroepen is in bijlage B opgenomen. Tijdens het onderzoek is gebleken dat het instellingen (door een andere manier van registratie) niet of nauwelijks lukt om informatie over doelgroepen op de gevraagde wijze aan te leveren. In overleg met de IGZ en GGZN is daarom besloten de capaciteitsinformatie op circuitniveau te verzamelen en te presenteren.

De IGZ doet onderzoek naar het voorkomen van separeren. Ze heeft daartoe in 2008 een onderzoek uitgevoerd onder de naam 'Separeren op de dag van opname' en in 2009 een vervolgonderzoek onder de naam 'Preventie van separeren GGZ 2009'. Ook voor 2010 en 2011 zijn vervolgonderzoeken gepland. In het monitoringonderzoek 2009 zijn de opnameafdelingen apart benoemd. Mocht bij een vervolgonderzoek naar opnameafdelingen de huisvesting worden betrokken dan is het mogelijk de inspectiegegevens van de opnameafdelingen hiervoor te gebruiken.

1.5 Aanpak en fasering

Het onderzoek is in drie fasen opgedeeld, te weten:

- basisinformatie: verzamelen van capaciteits- en algemene gegevens;
- inspectiefase: verzamelen van gebouwgegevens op locatie;
- rapportagefase: opstellen van een landelijk rapport en instellingsrapporten.

In bijlage C is een beknopt overzicht opgenomen van de werkzaamheden per fase van het onderzoek. In bijlage B zijn voor de fase basisinformatie en in bijlage D voor de inspectiefase de gevraagde gegevens vermeld. In de fase 'basisinformatie' zijn de capaciteitsgegevens en essentiële gebouwgegevens gevraagd. Uit de aangeleverde informatie zijn de capaciteitsoverzichten samengesteld en is een selectie gemaakt van de in de inspectiefase te inspecteren gebouwen.

Inspectie van de gebouwen heeft aan de hand van een uitgebreide inspectielijst plaats gevonden. Deze inspectielijst is voorafgaand aan de bezoeken aan de instellingen in een aantal praktijksituaties getest (zie bijlage E). Na inspectie is de instellingen gelegenheid gegeven om de belangrijkste gegevens te controleren. Na verwerking van de opmerkingen zijn de gegevens vastgesteld.

De gegevens zijn in een database verwerkt en met statistische programma's geanalyseerd. De resultaten van de analyses zijn in voorliggende macrorapportage weergegeven. Daarnaast is met de landelijke en de instellingsgegevens voor iedere individuele instelling een instellingsrapport gemaakt.

Het onderzoek is door een klankbordgroep begeleid. De klankbordgroep is vier keer bij elkaar geweest. Tussendoor heeft diverse malen technisch overleg plaatsgevonden met enkele vertegenwoordigers van de klankbordgroep. In bijlage E is de samenstelling van de klankbordgroep opgenomen.

1.6 Uitwerking onderzoeksthema's

Zoals eerder onder paragraaf 1.1 is vermeld, is uit het beleidsdocument 'Sterk van Geest' van de IGZ het hoofdonderwerp van het onderzoek afgeleid. Door de stuurgroep 'Zichtbare Zorg ggz' is een basisset prestatie-indicatoren GGZ 2009-2010 opgesteld. Hierin zijn twee prestatie-indicatoren opgenomen die een relatie hebben met huisvesting, te weten:

- Dagbesteding en arbeid: Cliëntenparticipatie aan dag- en werkactiviteiten (3.8);
- Cliëntenoordeel over woon- en leefomstandigheden in een klinische of RIBW-setting (3.9).

Uit de actuele onderwerpen die in de sector GGZ spelen zijn de onderwerpen separeerbeleid en de ruimtelijke consequenties daarvan en mogelijkheden voor een zinvolle dagbesteding afgeleid.

Voor het verzamelen van de gegevens over de gesloten huisvesting op locatie is een gestandaardiseerde inspectielijst ontwikkeld. De vragen die hierin zijn opgenomen, zijn aan de hand van vijf thema's geformuleerd en gerubriceerd.

Deze thema's zijn: veiligheid, privacy, bewegingsvrijheid, verblijfscomfort en drang. De thema's en vragen zijn afgeleid van aspecten die voor het welbevinden van mensen en het leveren van verantwoorde zorg van belang zijn. Alleen die aspecten die een relatie met huisvesting hebben, zijn hierbij in beschouwing genomen.

De gebouwgerelateerde thema's en daarvan afgeleide gebouwgebonden aspecten zijn in bijlage F weergegeven. In bijlage D zijn de onderwerpen uit de vragenlijst opgenomen.

In voorliggende macro-rapportage vindt de beschrijving van de functionaliteit van de huisvesting aan de hand van de hierboven genoemde thema's plaats waarbij het thema veiligheid centraal staat. Bij de beschrijving zijn, waar mogelijk en zinvol, circuit gerelateerde aspecten belicht.

Daar er door de wijziging van het bouwregime in 2009 geen specifieke toetsingskaders voor huisvesting¹⁴ in de zorgsector zijn, wordt in deze rapportage over de huisvesting geen kwaliteitsoordeel gegeven. In het kader van het terugdringen van dwang- en drangmaatregelen is op instellingsniveau een inventarisatie gemaakt van het separeerbeleid op hoofdlijnen en mogelijke gebouwelijke consequenties. Onder andere zijn de alternatieve ruimten voor separeer- en afzonderingsvoorzieningen geïnventariseerd en beschreven.

¹⁴ Door veldpartijen zijn in april 2010 veldnormen voor o.a. separeer- en afzonderingsvoorzieningen geformuleerd. Dit was in de eindfase van het onderzoek, reden waarom hiermee in het onderzoek geen rekening is gehouden.

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zijn voor Nederland de intramurale capaciteitsgegevens medio 2009 voor de GGZ opgenomen. Het betreft in gebruik zijnde capaciteit voor open en gesloten plaatsen die door de instellingen zijn opgegeven. Daarnaast wordt een korte beschrijving van de circuits en een typering van voorkomende instellingen gegeven. In dit hoofdstuk wordt, waar relevant, ook een vergelijking gemaakt met de gegevens uit 2004. In dit hoofdstuk worden verder ook algemene locatie- en gebouwenkenmerken voor de sector gegeven.

In de daarop volgende hoofdstukken wordt specifiek op aspecten voor de gesloten huisvesting ingegaan.

Hoofdstuk 3 behandelt de ruimtelijke kenmerken van de gesloten setting. Onderwerpen die hier aan bod komen zijn o.a. veiligheidsaspecten van de locatie, toegankelijkheid van gebouwen, het type verblijf, groepsgrootte, oppervlakte van cliëntenkamers en algemene ruimten.

In hoofdstuk 4 komen belevingsaspecten van de huisvesting zoals veiligheid, privacy en verblijfscomfort aan de orde.

Tenslotte gaat hoofdstuk 5 nader in op het beleid van instellingen in het kader van het terugdringen van dwang- en drangmaatregelen en op de lay-out en uitvoering van ruimten die in het kader van dwang- en drangmaatregelen worden gebruikt.

2 Capaciteitsgegevens en algemene gegevens locaties en gebouwen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt op macroniveau een beeld van de klinische GGZ-capaciteit per medio 2009 gepresenteerd. In de beschouwingen wordt in eerste instantie de capaciteit in zijn totaliteit gezien en in tweede instantie de capaciteit verdeeld over de circuits en de categorieën instellingen. De genoemde capaciteit betreft niet de officieel toegelaten capaciteit zoals die door het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) wordt geregistreerd maar de capaciteit die bij de instellingen, volgens eigen opgave, in gebruik is. Alvorens hiertoe over te gaan wordt eerst een algemene karakteristiek van de onderzochte sector geschetst.

Na de beschouwingen over de capaciteiten wordt in dit hoofdstuk nader ingegaan op algemene kenmerken van locaties en gebouwen van de instellingen. Specifieke locatie- en gebouwkenmerken voor de gesloten setting komen in hoofdstuk 3 aan de orde.

2.2 Karakteristiek intramurale GGZ

De onderzochte sector betreft het intramurale deel van de geestelijke gezondheidszorg exclusief de zogeheten Regionale instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's). Het capaciteitsonderzoek richt zich op zowel de open als de gesloten verblijfplaatsen met geneeskundige behandeling. De gesloten plaatsen komen bij de RIBW's niet voor.

De Geestelijke Gezondheidszorg kent vijf circuits te weten:

- Kinder- en jeugdpsychiatrie¹⁵ (tot 18 jaar)
- Volwassenenpsychiatrie (18 tot 65 jaar)
- Ouderenpsychiatrie (65 jaar en ouder)
- Verslavingszorg (18 jaar en ouder)
- Forensische psychiatrie en KIB (alle leeftijden)

De indeling in circuits is op leeftijdsgrenzen gebaseerd. In de praktijk worden deze leeftijdsgrenzen met een zekere flexibiliteit toegepast. De capaciteit in de circuits wordt bij verschillende categorieën instellingen aangetroffen.

In de geestelijke gezondheidszorg wordt onderscheid tussen klinische en ambulante zorg gemaakt. Klinische zorg wordt door de algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ), instellingen voor Kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP), instellingen voor Verslavingszorg en psychiatrische afdelingen in ziekenhuizen of universiteitsklinieken (PAAZ en PUK) aangeboden. Ambulante zorg kan door deze instellingen maar ook door RIAGG's worden aangeboden.

¹⁵ Sinds 2006 is ook een aantal plaatsen KJP-Verslavingszorg gerealiseerd. Deze plaatsen maken deel uit van het circuit Kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP).

De geestelijke gezondheidszorg heeft in de laatste jaren een aantal ontwikkelingen doorgemaakt. In veel regio's zijn zowel de categorale instellingen als de RIAGG's met een (groter) algemeen psychiatrisch ziekenhuis gefuseerd en kunnen mensen met hun zorgvraag bij één geïntegreerde ggz-instelling terecht. De geïntegreerde instellingen worden in dit rapport verder APZ genoemd.

Er bestaan echter ook nog enkele categorale instellingen, met name voor de Kinder- en jeugdpsychiatrie (Kliniek KJP) en de Verslavingszorg (Kliniek Verslaafden). De forensische functie is veelal ondergebracht als afdeling bij andere instellingen, in het bijzonder bij een aantal APZ-en.

Er zijn enkele instellingen met een afwijkende positie ten aanzien van de circuits. Deze volgende instellingen worden in dit rapport toegekend aan de rubriek Overigen. Het betreft:

- Dr. Henri van der Hoevenkliniek, korte intensieve behandeling (KIB) in TBS Kliniek;
- De Hoop, vooral verslavingszorg en enige Kinder- en jeugdpsychiatrie;
- Arta-Lievegoedgroep, vooral Verslavingszorg en enige Volwassenenpsychiatrie;
- Brijder (werkmaatschappij Parnassia Bavo-groep), vooral Verslavingszorg (volwassenen en jeugd) en enige Volwassenenpsychiatrie;
- Palier (werkmaatschappij Parnassia Bavo-groep), vooral Forensische psychiatrie, korte intensieve behandeling (KIB) en enige Verslavingszorg en Volwassenenpsychiatrie;
- CWZV Gelderland (voorheen Groot Batelaar en de Wending), vooral Forensische psychiatrie en enige Verslavingszorg en Volwassenenpsychiatrie.

Samengevat worden in dit rapport de volgende categorieën instellingen onderscheiden: APZ, PAAZ en PUK, Kliniek voor KJP, Kliniek voor Verslavingszorg en Overige.

In hierna volgende beschouwingen is voor wat betreft de capaciteit van de circuits het volgende aangehouden:

- KJP (capaciteit afdelingen KJP van een APZ, PAAZ en PUK en de categorale instellingen KJP);
- APZ Volwassenen (capaciteit afdelingen volwassenen van een APZ, PAAZ en PUK);
- APZ Ouderen (capaciteit afdelingen voor ouderen van een APZ, PAAZ en PUK);
- Verslavingszorg (capaciteit afdelingen Verslavingszorg van een APZ en categorale klinieken voor Verslavingszorg);
- Capaciteit afdelingen voor Forensische psychiatrie van een APZ, forensische afdelingen van categorale instellingen voor KJP en Verslavingszorg en de klinieken voor Kortdurende Intensieve Behandeling (KIB's).

2.3 Typen capaciteiten

In dit rapport worden drie verschillende typen capaciteiten vermeld, te weten:

- de toegelaten capaciteit zoals deze door het CIBG wordt geregistreerd;
- de in gebruik zijnde capaciteit, zoals deze door de instelling in de fase basis-informatie is verstrekt en vergelijkbaar is met de capaciteit zoals deze in de jaar-documenten Zorg van de IGZ zijn opgenomen;
- de capaciteit zoals die op het moment van inspectie van de gebouwen in gebruik was. Deze capaciteit is afhankelijk van het moment van opname van het gebouw en kan per dag anders zijn.

In dit hoofdstuk worden alleen de toegelaten en de door de instellingen opgegeven capaciteiten vermeld. In hoofdstuk 3 t/m 5 wordt vooral de opgenomen capaciteit tijdens de inspecties gehanteerd. De capaciteitsgegevens zijn ontleend aan de door de instellingen aangeleverde informatie en geven de situatie voor medio 2009 weer.

De instellingen hebben voor de gebouwen waarin cliënten verblijven aangegeven:

- het aantal daarin verblijvende cliënten verdeeld over open en gesloten plaatsen;
- het aantal cliënten per circuit verdeeld over open en gesloten plaatsen.

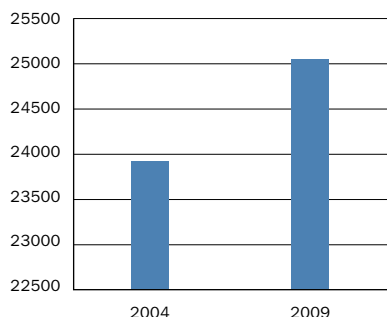
Ter verificatie van de van de instellingen verkregen gegevens zijn deze vergeleken met de capaciteiten zoals die in het 'Jaardocument Zorg' 2008 en in de toelatingen van het CIBG zijn opgenomen. Vanzelfsprekend is dat er geringe afwijkingen tussen de in gebruik zijnde capaciteiten uit het jaardocument 2008 en de opgegeven capaciteit voor 2009 zijn. Daar waar echter grote verschillen werden geconstateerd, is instellingen gevraagd de verstrekte capaciteitsgegevens op fouten en volledigheid te controleren en het verschil tussen de toegelaten en in gebruik zijnde capaciteit te verklaren. Dit heeft in veel gevallen tot aanvullende gegevens en bijstelling van de verstrekte capaciteiten geleid.

2.4 Algemene capaciteitsgegevens Nederland

De in gebruik zijnde totale klinische capaciteit (open en gesloten samen) in Nederland bedraagt in 2009 25.055 plaatsen. In 2004 waren dit er 23.853; een toename van circa 1.200 plaatsen (5%) in vijf jaar tijd (zie Figuur 2.1).

Omgerekend naar het aantal plaatsen per hoofd van de bevolking was de toename (als gevolg van de bevolkingsgroei) beperkter. In 2004 was het daadwerkelijke gebruik per 1000 inwoners 1,47; in 2009 was dit toegenomen tot bijna 1,52 per 1000 inwoners (inwonersaantallen bron: CBS). De toename per hoofd van de bevolking bedraagt in de afgelopen periode van vijf jaar 3,4%.

Figuur 2.1 Aantal verblijfscliënten in 2004 en 2009



De in gebruik zijnde capaciteit wijkt af van de officieel toegelaten capaciteit. De toegelaten capaciteit bedraagt in 2009 28.643¹⁶ plaatsen. Dit is ruim 14% hoger dan de feitelijk in gebruik zijnde klinische capaciteit. In 2004 bedroeg de toegelaten capaciteit 28.140 plaatsen en de in gebruik zijnde capaciteit 23.853¹⁷ plaatsen, een verschil van 19%. Het verschil tussen de toegelaten en in gebruik zijnde capaciteit was in 2004 groter dan in 2009. Als belangrijkste oorzaak voor het verschil tussen de toegelaten en de in gebruik zijnde capaciteit kan de ambulantisering¹⁸ van de volwassenenzorg, die in 2003 is ingezet, worden genoemd. Mede als gevolg van de substitutie van klinische naar ambulante plaatsen zijn de deeltijdbehandeling, de poliklinisch zorg en het beschermd wonen in omvang toegenomen.

Overigens is het niet zo dat bij instellingen door substitutie grote aantallen bedden leegstaan. Voor substitutieplaatsen zijn niet altijd 'bedden' gebouwd en voor (latere) capaciteitsuitbreidingen zijn door substitutie vrijgekomen 'bedden' benut.

In 2009 zijn er 104 instellingen die klinische zorg aanbieden. De gemiddelde grootte per instelling is circa 240 in gebruik zijnde plaatsen. Als het genoemde aantal instellingen dat klinische zorg aanbiedt wordt gecorrigeerd voor de werkmaatschappijen, die met name bij grote fusie instellingen voorkomen, dan komt het aantal instellingen op 94 uit. De gemiddelde grootte per instelling is dan 266 plaatsen. In 2004 waren er meer instellingen, namelijk 112 met elk gemiddeld 213 in gebruik zijnde plaatsen.

De gemiddelde instellingsgrootte is toegenomen met bijna 13%. Deze schaalvergroting is het resultaat van de fusies die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden, onder andere met het oog op het creëren van een compleet zorgaanbod en de verwachte efficiencyvoordelen.

2.5 Capaciteit per circuit en per categorie instelling

Meer dan de helft van de in gebruik zijnde capaciteit in 2009 betreft de Volwassenenpsychiatrie. De gebruikte capaciteit in de circuits Ouderenpsychiatrie en Verslavings-

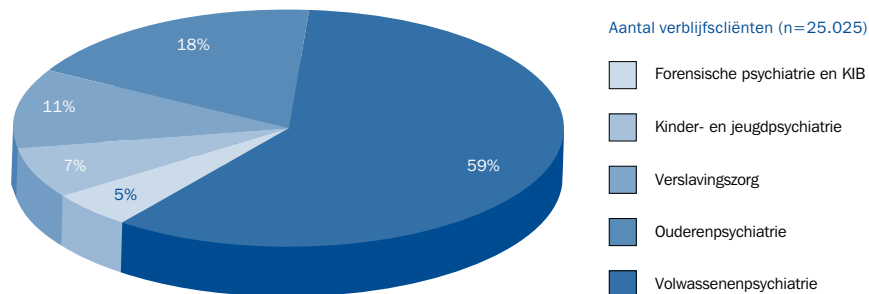
¹⁶ (bron: www.cibg.nl/wtzi/).

¹⁷ (bron: Gebouwkwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, juli 2004, rapportnummer 571).

¹⁸ Ambulantisering is het omzetten van de klinische capaciteit in andere vormen van zorg zonder verblijfscomponent.

zorg bedraagt resp. 18 en 11% van de totale capaciteit. De Kinder- en jeugdpsychiatrie nam ruim 7% voor haar rekening en het circuit Forensische psychiatrie ruim 5%. Van dit laatste circuit is het grootste deel van de capaciteit in gebruik door volwassenen (78%). (Zie figuur 2.2 en tabel 2.1)

Figuur 2.2 Verdeling capaciteit over circuits in 2009



Het gebruik per 1000 inwoners (zie tabel 2.1) van de relevante bevolkingsgroep blijkt het hoogst te zijn bij de Ouderenpsychiatrie (ruim 1,8 plaatsen per 1000 inwoners van 65 en ouder), gevolgd door de Volwassenenpsychiatrie (ruim 1,4 plaatsen per 1000 inwoners van 18 tot 65). Bij de groep kinderen en jeugdigen (tot 18 jaar) blijkt het aantal in gebruik zijnde plaatsen circa 0,5 te zijn per 1000 inwoners. Voor de circuits Verslavingszorg en Forensische zorg ligt het gebruik per 1000 inwoners aanmerkelijk lager (resp. op 0,21 en 0,07).

Tabel 2.1 Verdeling capaciteit 2009 over circuits en per 1000 inwoners (alle leeftijden)

	Verdeling capaciteit		Per 1000 inwoners
Kinder- en jeugdpsychiatrie	1.863*	7%	0,53 (tot 18 jaar)
Volwassenenpsychiatrie	14.715	59%	1,40 (18 tot 65 jaar)
Ouderenpsychiatrie	4.530	18%	1,83 (65 jaar en ouder)
Verslavingszorg	2.765	11%	0,21 (18 jaar en ouder)
Forensische psychiatrie en KIB	1.182	5%	0,07 (alle leeftijden)
Totaal	25.055	100%	1,52 (alle leeftijden)

* Inclusief Jeugdverslavingszorg

2.6 Verdeling circuits over categorieën instellingen

Circa 80% van de in gebruik zijnde capaciteit behoort toe aan de APZ-en (zie tabel 2.2.). Het aandeel van de andere categorieën instellingen in de totaal in gebruik zijnde capaciteit varieert van ruim 5% (klinieken voor Verslavingszorg) tot ruim 1% (PUK).

Tabel 2.2 Verdeling capaciteit over categorieën in 2009

APZ	PAAZ	PUK	Kliniek KJP	Kliniek Verslavingszorg	Overige	Totaal
20.137	951	365	1.221	1.290	1.091	25.055
80%	4%	1%	5%	5%	4%	100%

Uit tabel 2.3 blijkt dat de circuits Verslavingszorg, Kinder- en jeugdpsychiatrie en Forensische zorg zowel in categorale instellingen als in APZ-en (en de categorie overige) voorkomen; Kinder- en jeugdpsychiatrie komt ook bij PAAZ-en en PUK-en voor. Voor de circuits Volwassenen en Ouderen bestaan geen categorale instellingen. Deze circuits komen voor bij APZ-en, PAAZ-en en PUK-en (en bij vier instellingen in de categorie Overige).

Tabel 2.3 Circuits verdeeld over categorieën instellingen 2009

	APZ	PAAZ	PUK	Kliniek KJP	Kliniek Verslavingsz.	Overige	Totaal
Kinder- en jeugdpsychiatrie	15	1	1	11	0	1	29
Volwassenenpsychiatrie	40	30	7	0	0	4	80
Ouderenpsychiatrie	33	2	0	0	0	0	41
Verslavingszorg	15	0	0	0	10*	5	31
Forensische psychiatrie en KIB	13	0	0	1	1	3*	6
Totaal aantal instellingen	40	30	7	11	10	6	104*

* Werkmaatschappijen van grote instellingen (in totaal 10) zijn om praktische redenen in dit onderzoek als aparte instelling opgenomen

Uit tabel 2.4 blijkt dat ruim 30% van de capaciteit van het circuit Kinder- en jeugdpsychiatrie en het circuit Verslavingszorg bij APZ-en is ondergebracht. De circuits Volwassenen- en Ouderenpsychiatrie komen hoofdzakelijk bij APZ-en, PAAZ-en en PUK-en voor, waarbij de capaciteiten van PAAZ-en en PUK-en relatief gering is. Voor de Volwassenenpsychiatrie is dit circa 10%.

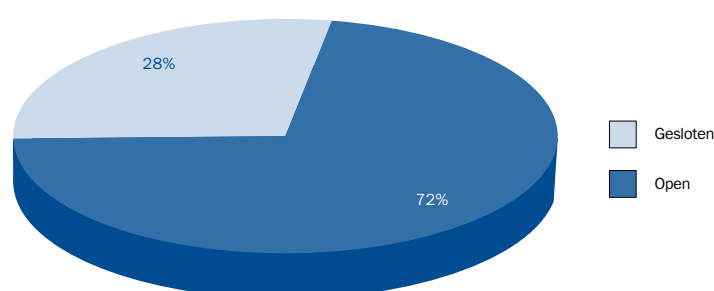
Tabel 2.4 Verdeling capaciteit circuits over categorieën instellingen 2009

Verdeling capaciteit over circuit en instellingen	APZ	PAAZ/ PUK	Kliniek KJP	Kliniek Verslavingsz.	Overige	Totaal
Kinder- en jeugdpsychiatrie	614	20	1.213	0	16	1.863
Volwassenenpsychiatrie	13.304	1.278	0	0	133	14.715
Ouderenpsychiatrie	4.512	18	0	0	0	4.530
Verslavingszorg	894	0	0	1.247	624	2.765
Forensische psychiatrie en KIB	813	0	8	43	318	1.182
Totaal	20.137	1.316	1.221	1.290	1.091	25.055

2.7 Verdeling capaciteit over open en gesloten plaatsen

De focus in dit onderzoek ligt op de zogeheten gesloten plaatsen. In figuur 2.3 wordt de verdeling van de in gebruik zijnde totale capaciteit in 2009 weergegeven over de open en gesloten plaatsen. Bijna driekwart (72%) van de in gebruik zijnde capaciteit blijkt de open plaatsen te betreffen. De overige 28% zijn gesloten plaatsen. De verdeling wijkt nauwelijks af van de verdeling uit het onderzoek van 2004 (respectievelijk 73% en 27%).

Figuur 2.3 Open en gesloten plaatsen 2009



De verhouding open/gesloten verschilt per circuit (zie tabel 2.5). Uiteraard is het percentage gesloten plaatsen in het forensisch circuit het hoogst (72%). Ook bij het ouderencircuit is het percentage gesloten met ruim eenderde van het aantal plaatsen hoog. In de Kinder- en jeugdpsychiatrie en de Verslavingszorg komen gesloten plaatsen naar verhouding in beperkte mate voor.

Tabel 2.5 Verdeling capaciteit per circuit in 2009

	Open		Gesloten		Totaal	
Kinder- en jeugdpsychiatrie	1.536	82%	327	18%	1.863	100%
Volwassenenpsychiatrie	11.079	75%	3.636	25%	14.715	100%
Ouderenpsychiatrie	2.729	60%	1.801	40%	4.530	100%
Verslavingszorg	2.391	86%	374	14%	2.765	100%
Forensische psychiatrie en KIB	413	35%	769	65%	1.182	100%
Totaal	18.148	72%	6.907	28%	25.055	100%

Het gebruik van open plaatsen bedraagt in Nederland in 2009 1,10 per 1000 inwoners. Voor de gesloten plaatsen gaat het om 0,42 plaatsen per 1000 inwoners. Het gebruik van gesloten plaatsen per 1000 (relevante) inwoners is het hoogst bij de categorieën volwassenen en ouderen (zie tabel 2.6).

Tabel 2.6 Gebruik open en gesloten plaatsen per circuit in 2009

	Open	Gesloten
Kinder- en jeugdpsychiatrie	0,44	0,09 (tot 18 jaar)
Volwassenenpsychiatrie	1,06	0,35 (18 tot 65 jaar)
Ouderenpsychiatrie	1,10	0,73 (65 jaar en ouder)
Verslavingszorg	0,18	0,03 (18 jaar en ouder)
Forensische psychiatrie en KIB	0,03	0,05 (alle leeftijden)
Totaal	1,10	0,42 (alle leeftijden)

2.8 Verdeling van de capaciteiten open en gesloten plaatsen over de categorieën van instellingen

In de tabellen 2.7 a tot en met 2.7 e is voor 2009 per categorie instelling de verdeling van de capaciteit naar circuit en open en gesloten vermeld.

Tabel 2.7a Verdeling capaciteit per categorie instelling in 2009, APZ

	Open	Gesloten	Totaal
Kinder- en jeugdpsychiatrie	495	119	614
Volwassenenpsychiatrie	10.222	3.082	13.304
Ouderenpsychiatrie	2.711	1.801	4.512
Verslavingszorg	656	238	894
Forensische psychiatrie en KIB	184	629	813
Totaal	14.268	5.869	20.137

66 % van de capaciteit in APZ-en betreft het volwassencircuit, 22% het ouderencircuit en resp. 3, 4 en 4% de Kinder- en jeugdpsychiatrie, de Verslavingszorg en de forensische zorg. Ruim een kwart (29%) van de totale klinische capaciteit van de APZ-en betreft gesloten plaatsen. Bij de Ouderenpsychiatrie (40%), de Verslavingszorg (27%) en uiteraard de forensische zorg (77%) ligt dit percentage hoger. De capaciteit in de PAAZ-en en PUK-en betreft vrijwel uitsluitend Volwassenenpsychiatrie. Het percentage gesloten plaatsen (43%) ligt bij deze instellingen hoger dan bij de APZ'en (29%).

Tabel 2.7b Verdeling capaciteit per categorie instelling in 2009, PAAZ en PUK

	Open	Gesloten	Totaal
Kinder- en jeugdpsychiatrie	14	6	20
Volwassenenpsychiatrie	724	554	1.278
Ouderenpsychiatrie	18	0	18
Verslavingszorg	0	0	0
Forensische psychiatrie en KIB	0	0	0
Totaal	756	560	1.316

De capaciteit in de categorale instellingen voor Kinder- en jeugdpsychiatrie betreft vanzelfsprekend nagenoeg volledig het circuit voor Kinder- en jeugdpsychiatrie. Het percentage gesloten plaatsen is relatief gering (16%).

Tabel 2.7c Verdeling capaciteit per categorie instelling in 2009, Kliniek KJP

	Open	Gesloten	Totaal
Kinder- en jeugdpsychiatrie	1.027	186	1.213
Volwassenenpsychiatrie	0	0	0
Ouderenpsychiatrie	0	0	0
Verslavingszorg	0	0	0
Forensische psychiatrie en KIB	0	8	8
Totaal	1.027	194	1.221

Ook voor de categorale instellingen voor Verslavingszorg geldt dat de capaciteit overwegend het 'eigen' circuit betreft. Het aantal gesloten plaatsen ligt onder de 10%.

Tabel 2.7d Verdeling capaciteit per categorie instelling in 2009, Kliniek voor Verslavingszorg

	Open	Gesloten	Totaal
Kinder- en jeugdpsychiatrie	0	0	0
Volwassenenpsychiatrie	0	0	0
Ouderenpsychiatrie	0	0	0
Verslavingszorg	1.171	76	1.247
Forensische psychiatrie en KIB	17	26	43
Totaal	1.188	102	1.290

Het merendeel (57%) van de capaciteit van de instellingen die in de categorie 'Overige' zijn ingedeeld, bevindt zich binnen het circuit Verslavingszorg (zie tabel 2.7e). Van de zes instellingen die onder deze categorie vallen, betreft het vier instellingen die oorspronkelijk alleen een toelating voor Verslavingszorg hadden. Recent hebben deze instellingen zich toegelegd op zorg voor cliënten uit andere circuits, met name op Volwassenen- (12%) en Forensische psychiatrie (29%).

Tabel 2.7e Verdeling capaciteit per categorie instelling in 2009, Overige

	Open	Gesloten	Totaal
Kinder- en jeugdpsychiatrie	0	16	16
Volwassenenpsychiatrie	133	0	133
Ouderenpsychiatrie	0	0	0
Verslavingszorg	564	60	624
Forensische psychiatrie en KIB	212	106	318
Totaal	909	182	1.091

2.9 Algemene locatiekenmerken

In totaal zijn in het huidige onderzoek 552 locaties met 1.239 gebouwen betrokken. Het betreft locaties en gebouwen waar cliënten in open en/of gesloten settings verblijven. Op een gemiddelde locatie staan twee verblijfsgebouwen en verblijven 45 cliënten. In 2004 was het gemiddeld aantal gebouwen op een locatie 2,8 en het aantal cliënten op een locatie 48.

Uit tabel 2.8 blijkt dat het merendeel van de locaties (65%) en gebouwen (67%) alleen open plaatsen huisvest.

Tabel 2.8 Spreiding van locaties en gebouwen over open en/of gesloten plaatsen in 2009

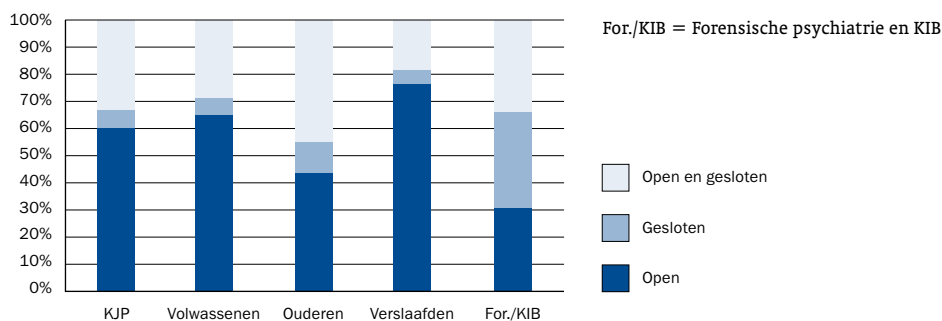
	Locaties		Gebouwen			Cliënten	
	Aantal	%	Aantal	%	Gemiddeld aantal gebouwen per locatie	Aantal	Gemiddeld aantal cliënten per locatie
Open	361	65%	832	67%	2,3		
Gesloten	32	6%	201	16%	6,3		
Open en gesloten	159	29%	206	17%	1,3		
Totaal	552	100%	1239	100%	2,2	25.055	45,4

In figuur 2.4 is het percentage locaties per circuit en setting weergegeven. Volwassenenpsychiatrie is op meer dan de helft van de locaties aangetroffen, waarvan het merendeel open plaatsen betreft. Ook in de Kinder- en jeugdpsychiatrie en Verslavingszorg hebben de meeste locaties alleen open plaatsen.

In de Ouderenpsychiatrie, Forensische psychiatrie en KIB zijn de locaties met alleen open plaatsen en gecombineerde open/gesloten plaatsen meer evenredig verdeeld.

In het onderzoek van 2004 was bij de locaties geen onderverdeling gemaakt in de verschillende circuits, zodat een vergelijking met de huidige gegevens niet mogelijk is.

Figuur 2.4 Locaties per circuit en open en/of gesloten plaatsen



2.10 Algemene gebouwkenmerken

Uit tabel 2.9 blijkt dat in een gebouw gemiddeld 20 cliënten verblijven. De spreiding is echter groot. In de meeste gebouwen verblijven tussen de één en 24 cliënten.

Het gemiddelde aantal cliënten per gebouw, in het huidige onderzoek, wijkt minimaal af ten opzichte van het onderzoek uit 2004 met een gemiddelde van negentien cliënten per gebouw. Waarbij wordt opgemerkt dat in het onderzoek van 2004 de PAAZ-en en PUK-en niet waren betrokken.

Tabel 2.9 Gebouwen en cliënten per gebouwklasse met aantal cliënten in 2009

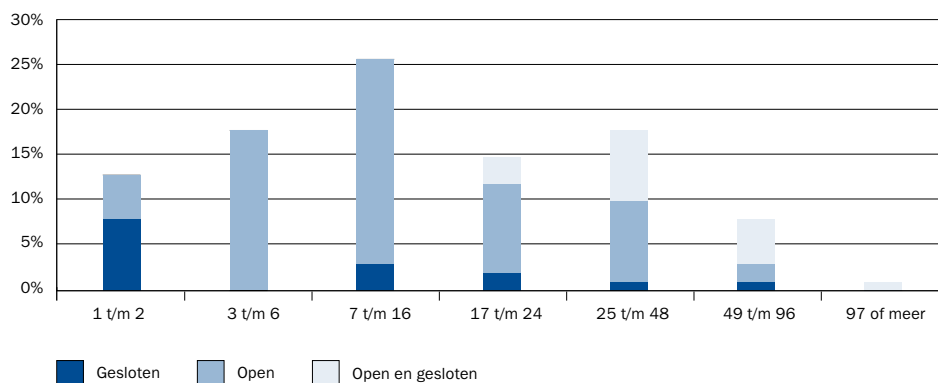
Klasse-indeling	Gebouwen		Cliënten		
Aantal cliënten per gebouw	Aantal	%	Aantal	%	Gemiddeld aantal cliënten per gebouw
1 t/m 24	896	72,3%	8.982	35,8%	10,0
25 t/m 48	228	18,4%	7.929	31,6%	34,8
49 t/m 96	100	8,1%	6.395	25,5%	64,0
97 of meer	15	1,2%	1.749	7,0%	116,6
Totaal	1.239	100,0%	25.055	100,0%	20,2

De gebouwen zijn verdeeld naar setting (open, gesloten of combi open/gesloten). Het overgrote deel van de gebouwen met alleen open plaatsen huisvest tussen de zeven en zestien cliënten en van de gebouwen met alleen gesloten plaatsen één of twee cliënten (zie figuur 2.5). Het geringe aantal cliënten per gebouw bij gebouwen met alleen gesloten plaatsen is te verklaren uit het feit dat bij één instelling 100 individuele éénpersoons-appartementen zijn gerealiseerd. Deze appartementen zijn als afzonderlijk gebouw gedefinieerd. Als deze appartementen buiten beschouwing worden gelaten, zijn er voor de gesloten setting verder geen andere gebouwen meer die één of twee cliënten huisvesten. De meeste gebouwen met alleen gesloten plaatsen huisvesten dan meer dan 25 cliënten. Tenslotte huisvest het merendeel van de gebouwen met zowel open als gesloten plaatsen tussen de 25 en 48 cliënten.

In bijlage G zijn voor de verschillende circuits tabellen opgenomen waaruit valt af te lezen hoeveel cliënten en het percentage van de cliënten uit het betreffende circuit in een gebouw met een bepaald aantal cliënten zijn gehuisvest. De gebouwen zijn onderverdeeld naar gebouwen met aantal cliënten dat er in is gehuisvest (klasse-indeling) en naar gebouwen met alleen open, alleen gesloten en open in combinatie met gesloten plaatsen.

In de meeste gebouwen met alleen open plaatsen voor Volwassenenpsychiatrie zijn de cliënten gelijkmatig verdeeld over de gebouwklassen tussen drie en zestien cliënten.

Figuur 2.5 Gebouwen per setting en aantal cliënten per gebouw



Deze gelijkmatige verdeling geldt eveneens de gebouwen voor Ouderenpsychiatrie in de gebouwklassen tussen de zeven en 96 cliënten alsmede in gebouwen voor Forensische psychiatrie en KIB in de gebouwklassen tussen de drie en zestien cliënten. In de Verslavingszorg, Kinder- en jeugdpsychiatrie verblijven in het merendeel van de gebouwen tussen de zeven en zestien cliënten.

Opvallend is dat er geen appartementen (één of twee cliënten) gerealiseerd zijn in de Ouderenpsychiatrie, Verslavingszorg, Forensische psychiatrie en KIB. In de Ouderenpsychiatrie is verder alleen een grootschalig verblijfsgebouw (97 of meer cliënten) gerealiseerd.

In het overgrote deel van gebouwen met alleen gesloten plaatsen voor Ouderenpsychiatrie verblijven tussen de 25 en 48 cliënten en in het merendeel van de gebouwen voor Volwassenenpsychiatrie één of twee cliënten. In de meeste gebouwen voor Kinder- en jeugdpsychiatrie verblijven tussen de zeven en zestien cliënten. In gebouwen voor Forensische psychiatrie en KIB zijn de cliënten gelijkmatig verdeeld over de gebouwklassen tussen de zeventien en 48 cliënten en in gebouwen voor Verslavingszorg tussen de zeven en 48 cliënten.

Opvallend is dat alleen in de Volwassenenpsychiatrie appartementen (één of twee cliënten) gerealiseerd zijn. Het merendeel van deze appartementen komt bij één instelling voor. Als deze appartementen buiten beschouwing worden gelaten, vormen de gebouwen met zeventien tot vierentwintig cliënten de grootste klasse.

In de ouderen-, Kinder- en jeugdpsychiatrie zijn zeer beperkt gebouwen voor tussen de drie en zes cliënten aanwezig. Alleen voor de Forensische psychiatrie en KIB is één grootschalig verblijfsgebouw (97 of meer cliënten) gerealiseerd.

In het grootste gedeelte van gebouwen met gecombineerde open en gesloten plaatsen voor Volwassenenpsychiatrie verblijven tussen de 25 en 48 cliënten. In het merendeel van de gebouwen voor Ouderenpsychiatrie zijn tussen de 49 en 96 cliënten gehuisvest. In het merendeel van de gebouwen voor Kinder- en jeugdpsychiatrie en KIB wonen

tussen de zeventien en 24 cliënten en in gebouwen voor Verslavingszorg tussen de 25 en 48 cliënten. In gebouwen voor Forensische psychiatrie en KIB zijn de cliënten gelijkmatig verdeeld over de gebouwklassen tussen de zeventien en 96 cliënten.

In tabel 2.10 zijn de bouwjaarklassen van de gebouwen aangegeven in 2004 en 2009. 39% van het aantal cliënten, in het huidige onderzoek, verblijft in gebouwen die voor 1984 zijn gerealiseerd. Van een aantal cliënten is niet bekend wanneer het gebouw waarin ze verblijven is gerealiseerd. In het onderzoek uit 2004 was de helft van de cliënten in de bouwklasse voor 1984 ingedeeld. De gebouwen met een PAAZ of PUK waren toen niet meegenomen, evenals de gebouwen die niet geïnspecteerd waren. Ten opzichte van het huidige onderzoek is er wel een verschuiving opgetreden. Nog maar 2/5-deel van de cliënten verblijft in 2009 in deze bouwjaarklasse en 40% in bouwjaarklasse 1994 tot heden.

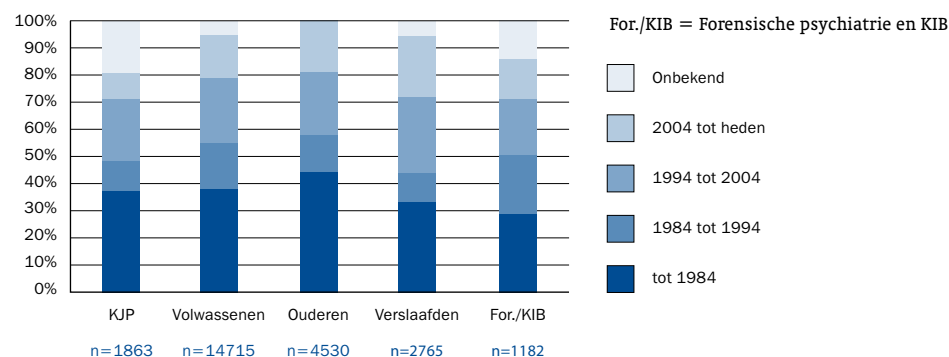
Tabel 2.10 Cliëntenverdeling per setting in gebouwen met specifieke bouwjaarklasse in 2004 en 2009

Bouwjaar- klasse	2004		Cliënten		2009		Cliënten	
	Gebouwen Aantal	%	Aantal	%	Gebouwen Aantal	%	Aantal	%
tot 1984	504	51%	9.630	50%	479	39%	9.566	38%
1984 tot 1994	203	20%	3.640	19%	212	17%	4.100	16%
1994 tot 2004	224	22%	4.795	25%	210	17%	5.877	23%
2004 tot heden*					222	18%	4.134	16%
Onbekend	67	7%	1.115	6%	116	9%	1.378	5%
Totaal	998	100%	19.180	100%	1.239	100%	25.055	100%

* Klasse kwam in onderzoek 2004 niet voor

In figuur 2.6 is het percentage cliënten per circuit in de verschillende bouwjaarklassen weergegeven. Voor alle circuits geldt dat op basis van de klasse-indeling de grootste groep cliënten in gebouwen verblijft die tot 1984 zijn gerealiseerd. Van alle circuits is de Volwassenen-psychiatrie in deze bouwjaarklasse (in absolute aantallen) het meest vertegenwoordigd.

Figuur 2.6 Percentage cliënten per circuit en bouwjaarklasse



In tabel 2.11 is de eigendomssituatie van de gebouwen weergegeven in 2009. Circa de helft van de gebouwen is eigendom van de instelling of rechtspersoon en 37% van de gebouwen wordt door de instelling gehuurd. Van een gedeelte van de gebouwen (12%) is niet bekend wat de eigendomssituatie is.

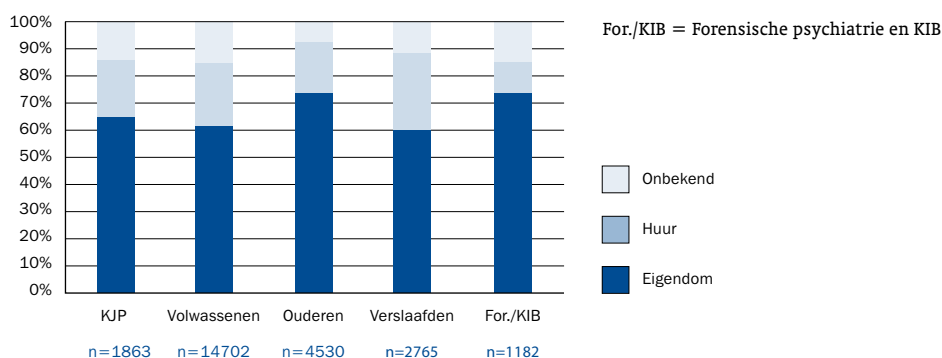
In het onderzoek in 2004 was bijna 65% van de gebouwen eigendom van de instellingen, 25% werd gehuurd van woningbouwverenigingen en ongeveer 10% werd van koepels of andere zorginstellingen gehuurd. Ten opzichte van het onderzoek uit 2004 is er een verschuiving zichtbaar bij de gebouwen van eigendom naar huur.

Tabel 2.11 Gebouwen en cliënten verdeeld per eigendomssituatie

Eigendomssituatie	Gebouwen		Cliënten	
	Aantal	%	Aantal	%
Eigendom	628	51%	16.060	64%
Huur	464	37%	5.673	23%
Onbekend	147	12%	3.322	13%
Totaal	1.239	100%	25.055	100%

In figuur 2.7 is het percentage cliënten per circuit aangegeven. De circuits zijn verdeeld naar de eigendomssituatie van het gebouw waarin deze cliënten verblijven. In alle circuits verblijft het merendeel van de cliënten in gebouwen die eigendom zijn van de instelling of rechtspersoon.

Figuur 2.7 Percentage cliënten per circuit en eigendomssituatie



2.11 Samenvatting en slotbeschouwing

De in gebruik zijnde totale klinische capaciteit (open en gesloten) in Nederland bedraagt in 2009 25.055 plaatsen; in 2004 waren dit 23.853 plaatsen. Dit is een toename ten opzichte van 2004 van circa 1.200 plaatsen (5%) in een periode van vijf jaar. In 2004 was het gebruik per 1000 inwoners 1,47 en in 2009 1,52 plaatsen. Per hoofd van de bevolking is de toename 3,4%.

Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor de toename. Onderzoek hiernaar viel evenwel buiten de onderzoeksopdracht.

Het aantal instellingen in 2009 dat verblijf in combinatie met psychiatrische behandeling aanbiedt, bedraagt 104. De gemiddelde grootte komt uit op 240 plaatsen per instelling. Ten opzichte van het onderzoek in 2004 is het aantal instellingen dat klinische GGZ-zorg verleent met circa 8% afgenomen, terwijl het gemiddelde aantal plaatsen per instelling met circa 13% is toegenomen.

Meer dan de helft van de in gebruik zijnde capaciteit in 2009 betreft Volwassenenpsychiatrie, gevolgd door de Ouderenpsychiatrie (18%), Verslavingszorg (11%), Kinder- en jeugdpsychiatrie (7%) en als laatste de Forensische psychiatrie (5%). Circa 80% van de in gebruik zijnde capaciteit behoort toe aan de Algemeen psychiatrische ziekenhuizen, 5% aan de categorale klinieken voor Verslavingszorg, 5% aan de categorale klinieken voor Kinder- en jeugdpsychiatrie, 4% aan de PAAZ-en en 1% aan de PUK-en.

Binnen de circuits Kinder- en jeugdpsychiatrie en Verslavingszorg wordt ruim 30% van de in gebruik zijnde capaciteit door Algemene psychiatrische ziekenhuizen ingevuld.

De verdeling tussen open en gesloten plaatsen is respectievelijk 72% en 28% en wijkt nauwelijks af van de verdeling in 2004. Het percentage (65%) gesloten plaatsen is in de Forensische psychiatrie naar verhouding het grootst. Voor de Ouderenpsychiatrie en de Volwassenenpsychiatrie is dit percentage respectievelijk 40% en 25%.

In totaal zijn in het huidige onderzoek 552 locaties met 1.239 gebouwen betrokken. Op een gemiddelde locatie staan twee gebouwen en verblijven 45 cliënten. Ten opzichte van het onderzoek in 2004 is er een toename met 2,4% van het aantal locaties en circa 29% van het aantal gebouwen. Het aantal cliënten op één locatie is beperkt afgenomen (6%). In circa 75% van de gebouwen verblijven tussen de één en 24 cliënten. Gemiddeld verblijven 20 cliënten in één gebouw. Het gemiddelde aantal plaatsen per gebouw is sinds 2004 iets gestegen (5%).

De verschillen tussen het aantal plaatsen per locatie en per gebouw zijn ten opzichte van het onderzoek uit 2004 klein. Er is daarmee niet echt een duidelijke lijn van toenemende kleinschaligheid waar te nemen.

2/3-deel van de cliënten verblijft in een gebouw dat eigendom is van de instelling of rechtspersoon. Dit geldt zowel voor cliënten die gehuisvest zijn in open als gesloten setting. 1/4-deel van de cliënten verblijft in gebouwen die gehuurd worden. Voor de overige plaatsen is de eigendomssituatie van de gebouwen niet bekend. In 2009 was de helft van de gebouwen in eigendom van de instellingen. In 2004 was dit nog 65%. Ten opzichte van 2004 is een verschuiving van eigendom naar huur waar te nemen.

3 Ruimtelijke kenmerken van de gesloten huisvesting

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk en de hoofdstukken 4 en 5 worden de gegevens gepresenteerd zoals deze verkregen zijn door ter plaatse de gesloten huisvesting in de gebouwen van de GGZ op te nemen. Opgemerkt wordt dat het niet altijd mogelijk was om alle gegevens te verzamelen op een afdeling die in gebruik is. Per item wordt dan ook het aantal (n=) genoemd om aan te geven over welke aantallen wordt gerapporteerd. Indien er per circuit (doelgroep) verschillen zijn, dan worden de gegevens per circuit gepresenteerd onder vermelding van de n= waarde. De meetgegevens worden in een totaal (landelijk) overzicht getoond. Bij alle gegevens is het uitgangspunt wat een gebouw objectief biedt, los van de individuele behoefte van cliënten.

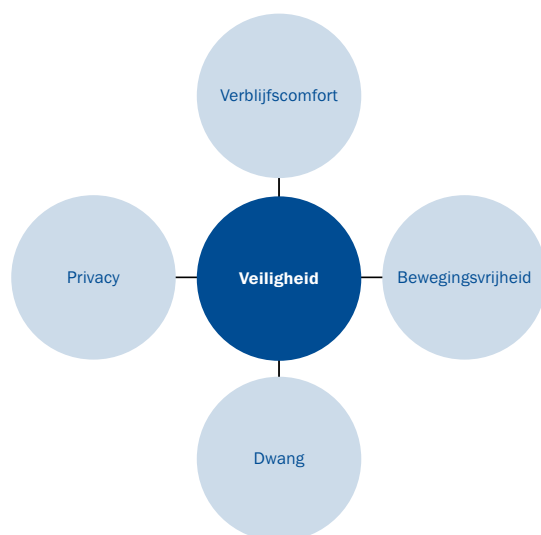
Centraal in dit onderzoek staat de functionele kwaliteit van de verblijfsgebouwen in de gesloten setting van de psychiatrie. Met functionele kwaliteit wordt bedoeld dat het gebouw geschikt is voor de functie verblijf, waarin een cliënt met zijn of haar beperkingen en mogelijkheden veilig, comfortabel en met de noodzakelijke bewegingsvrijheid, dagbesteding en privacy kan verblijven gedurende 24-uur per dag. Naast de ruimtelijke kenmerken (bewegingsvrijheid: hoofdstuk 3) die in hoge mate de functionaliteit van de huisvesting bepalen, is het eveneens van belang dat de huisvesting veilig en comfortabel is en deze de cliënten de nodige privacy biedt (veiligheid, privacy en comfort: hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 worden de ruimtelijke aspecten rondom dwang en drang beschreven. De thema's zijn verwerkt tot een onderzoeksmodel. Veiligheid staat hierin centraal en beïnvloedt de andere vier thema's (figuur 3.1). Bij de analyse en de beschrijving van de gegevens is het model het uitgangspunt.

De thema's spelen een belangrijke rol bij de waardering van de huisvesting door cliënten en personeel. Steeds meer wordt in de gezondheidszorg aandacht gevraagd voor de kwaliteit van de huisvesting: niet alleen de ruimte en aanwezigheid van voorzieningen, maar ook de aankleding en sfeer zijn belangrijk. Uit onderzoek blijkt dat deze zogenaamde omgevingsfactoren (healing environment) invloed hebben op de gemoedstoestand en herstel van cliënten¹⁹.

De verschillende aspecten die een rol spelen bij de waardering van de huisvesting zijn apart te benoemen, maar bepalen in samenhang de sfeer. De aspecten die van invloed zijn op de beleving bestaan uit vele details zoals daglicht, kleur- en materiaalgebruik,

¹⁹ Dijkstra, K., Pieterse, M. & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *J. Adv. Nurs.* 56, 166-181.
Ulrich, R. & Zimring, C. (2004). *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity*. Center for Health Systems and Design, Texas A&M University.

Figuur 3.1 Schematische weergave van de thema's



ruimte, akoestiek en uitzicht. Voor dit onderzoek zijn enkele details (o.a. daglicht, ruimte en uitzicht) opgenomen in een aantal thema's, dat vanuit de invalshoek van het gebouw wordt beschouwd. Andere factoren die van invloed zijn op de sfeer, zoals cliënten en personeel op een afdeling, worden hier verder buiten beschouwing gelaten omdat deze niet in de context van een onderzoek van gebouwen passen.

Voor de afdelingen met de gesloten verblijfplaatsen in de psychiatrie is veiligheid zeer belangrijk. Centraal staat daarom het thema veiligheid van mensen (cliënten en personeel). Op gebied van veiligheid kan in gebouwen een aantal aanpassingen gedaan worden zoals materiaalkeuze (speciaal glas), bouwkundige uitvoering (zwaardere uitvoering van wanden, deuren enz.) en lay-out (zichtlijnen op de afdeling) die de kans op en gevolgen van onveilige situaties reduceren.

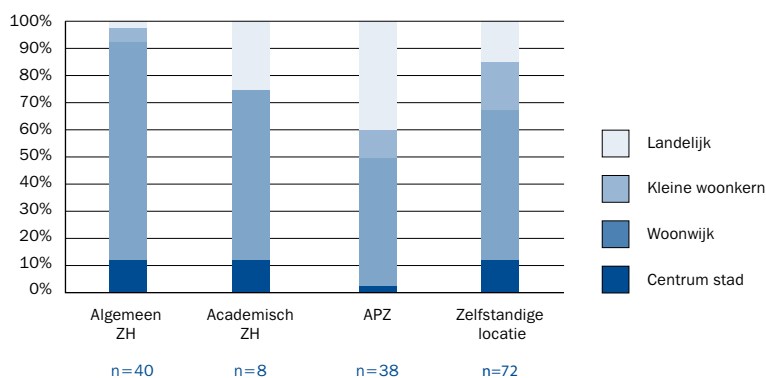
Tussen de thema's bestaat een samenhang. Veronderstellingen zijn dat naarmate veiligheid een hogere prioriteit heeft, de privacy en het verblijfscomfort zullen afnemen. Om de bewegingsruimte of bewegingsvrijheid te vergroten kunnen extra voorzieningen getroffen worden door o.a. meer dan één gemeenschappelijke ruimte en een veilige buitenruimte te creëren en op een afdeling mogelijkheden voor dagbesteding te bieden. Veiligheid is een basale behoefte van mensen. Het gevoel van veiligheid is noodzakelijk voor een mens om goed te kunnen functioneren en zich te ontwikkelen. Dit geldt voor cliënten, maar even goed voor personeel. Naarmate de kans op onveilige situaties groter is en de zorg- en behandelvisie dit toelaat, zal het aantal hierop geënte bouwkundige en installatietechnische maatregelen, zoals speciale ruimten voor het afzonderen van cliënten, toenemen.

3.2 Gebouwen en locaties

In dit onderzoek zijn 378 gebouwen opgemeten verdeeld over 169 locaties. In 75% van de gebouwen zijn gesloten afdelingen gehuisvest en in 30% van de gebouwen zijn gesloten appartementen aangetroffen. Bijna 2% van de gebouwen huisvest zowel gesloten afdelingen als ook gesloten appartementen. Het aantal gesloten appartementen in een gebouw loopt uiteen van één tot vier, het aantal gesloten afdelingen in een gebouw loopt op tot maximaal twaalf in een gebouw. Indien afdelingen tijdens de inspectie leeg staan worden ze niet als gesloten afdeling meegeteld.

De locaties met verblijfsplaatsen voor de gesloten psychiatrie zijn vooral in de woonwijken van de grotere plaatsen in Nederland gelokaliseerd. Van de landelijk gelegen locaties behoort bijna 40% tot de APZ (zie figuur 3.2).

Figuur 3.2 Ligging van de locatie



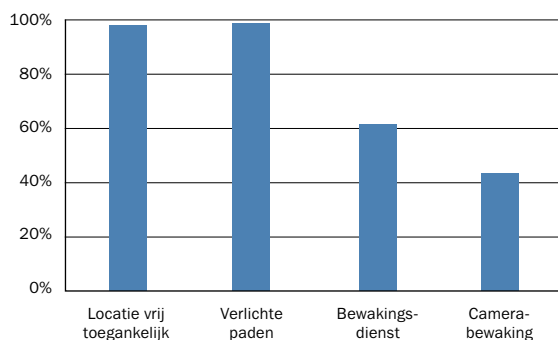
Uit oogpunt van veiligheid kan een GGZ-locatie beperkt toegankelijk zijn met hoge hekwerken. Van de locaties is 98% vrij toegankelijk (figuur 3.3). De slagboom bedoeld om het autoverkeer tegen te houden dat op zoek is naar een parkeerplaats, wordt niet gezien als een beperking van de toegankelijkheid. Het gaat om een poort of sluis waar iedereen, ook voetgangers, zich moet melden alvorens het terrein te betreden. Soms komt het voor dat voor een deel van het terrein een extra beveiligde toegang aanwezig is.

Eenvoudige veiligheidsmaatregelen worden veel toegepast. De paden zijn bijna overal verlicht en op 62% van de terreinen zijn in de avond en nacht bewakingsdiensten actief. Daarnaast is op 43% van de terreinen camerabewaking aanwezig.

Van de gebouwen met gesloten verblijfsplaatsen is ruim 70% tot de voordeur vrij te benaderen. Iedereen kan naar het gebouw toelopen. Voor 29% van de gebouwen geldt dat het omheind is en niet eenvoudig zonder tussenkomst van personeel is te bezoeken. Voor een kleine 2% van de gebouwen is alleen de voordeur ongehinderd te

bereiken, de rest van het gebouw is wel afgeschermd. Afscherming van het gebouw vindt met het oog op veiligheid plaats. Afscherming belemmert het aanreiken van drugs en wapens aan cliënten in het gebouw.

Figuur 3.3 Veiligheidsvoorzieningen op het terrein (n=169 locaties)



3.3 Entree van de gebouwen

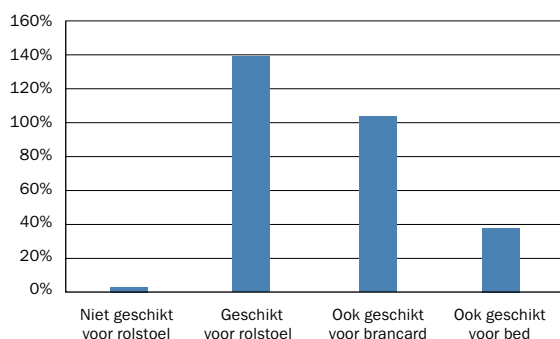
Vanuit oogpunt van veiligheid is naar de entree van de gebouwen gekeken. De entree van de gebouwen is in 41% van de gevallen open, de voordeur is niet op slot. Bij 26% van de gebouwen dient aangebeld te worden, 33% heeft een gesloten en gesluisde entree (soms met legitimatieverzoek).

Naast veiligheid speelt toegankelijkheid bij de entree van de gebouwen een rol, zowel voor cliënten als bezoekers die gebruikmaken van rolstoel of rollator. Hoe gemakkelijk is het voor een bezoeker of cliënt met een rolstoel om een gebouw te betreden? De entree is op vier punten die maken of een gebouw rolstoel toegankelijk is, gemeten. De deurbreedte dient minimaal 85 cm te zijn en voor grotere rolstoelen is 90 cm gewenst (voor een scootmobiel gelden nog grotere maten). Daarnaast moet er geen hoogteverschil zijn in het toegangspad en moet de deurdrempel lager dan 2 cm zijn. Wil men met een rolstoel zelfstandig het pand kunnen verlaten dan dient aan de binnenzijde achter en naast de deur voldoende ruimte te zijn om de deur te openen.

Bij 81% van de gebouwen zijn geen niveauverschillen in het toegangspad geconstateerd. Drempelloos is 95% van de gebouwen en slechts 1% van de gebouwen heeft een toegangsdeur die smaller is dan 85 cm. Bijna 95% heeft een toegangsdeur met een breedte van 90 cm of meer. Op deze drie punten scoren de gebouwen goed. Ruimte achter en naast de deur (indien het geen schuifdeur is) om het pand zelfstandig te kunnen verlaten is bij 62% van de entrees gerealiseerd. Om een antwoord op de vraag te geven of een gebouw goed toegankelijk is voor mensen in een rolstoel dient de entree aan alle vier punten te voldoen. Van de gebouwen scoort 43% goed op alle vier punten. Wordt er van uitgegaan dat voor een rolstoeler bij vertrek uit het gebouw de deur open gehouden wordt, dan voldoet 79% van de gebouwen.

Een gebouw met meer dan één bouwlaag heeft een lift nodig voor rolstoel- en brancardvervoer. Er zijn 200 gebouwen die over meer dan één bouwlaag beschikken waarbij een cliëntenfunctie op de etages ligt. Van deze gebouwen beschikken er 117 over een of meer liften (maximaal vier liften). Van de 153 aangetroffen liften zijn 38 geschikt voor het vervoer van bedden. De breedte, diepte en deurbreedte zijn van voldoende formaat²⁰, deze liften zijn vanzelfsprekend ook geschikt voor rolstoel- en brancardvervoer (zie figuur 3.4). Zodra een afdeling en de separeervoorziening niet op dezelfde etage liggen is een grote lift ook voor de veiligheid tijdens het separeren van belang, begeleiden van een tegenstribbelende cliënt vergt ruimte.

Figuur 3.4 Grootte van de liften n=141



3.4 Afdelingen

De afdeling is het algemene verblijfsconcept binnen de gesloten setting van de GGZ. Een afdeling is gedefinieerd als een leefomgeving voor een groep cliënten die bestaat uit gemeenschappelijke ruimten zoals huiskamer, keuken en individuele ruimten zoals slaapkamer en sanitair voor cliënten. Alle ADL-functies (algemene dagelijkse levensverrichtingen) dienen plaats te kunnen vinden op een afdeling. Afdelingen voor vervolgbehandeling waar cliënten langer verblijven hebben daarnaast een therapeutische functie in het kader van training van sociale vaardigheden en zelfredzaamheid.

Een afdeling heeft een eigen, vaak in pandige toegang. Binnen de afdeling hebben de cliënten in principe bewegingsvrijheid. In dit onderzoek zijn 505 gesloten afdelingen opgenomen, waar op het moment van het onderzoek 5824 cliënten verblijven. Dit aantal cliënten is het totaal aantal cliënten op het moment van de opname van de afdelingen.

Bij de inspectie van de afdelingen is steeds gevraagd of deze bestemd zijn voor specifieke doelgroepen, zoals een afdeling voor mensen met autisme of niet aange-

²⁰ Beddenlift 1,40 x 2,40m en deurbreedte 1,10m, brancardlift 1,05 x 2,05m, deurbreedte voor brancard en rolstoellift 85cm.

boren hersenletsel. Dit komt voor, in het APZ zijn de verschillen het grootste, maar het aantal afdelingen voor specifieke doelgroepen is dusdanig klein dat het niet zinvol is om specifiek een beschouwing over de huisvesting van deze afdelingen te geven. Door de geringe aantallen kunnen overeenkomsten of verschillen op toeval berusten.

In bijlage C is een compleet overzicht gegeven van de afdelingen voor speciale doelgroepen. Voor de afdelingen KIB wordt opgemerkt dat deze voor wat betreft de beschouwingen zijn samengevoegd met de forensische afdelingen (volwassen FPK). Dit op grond van de in het verleden gehanteerde ruimtelijke en veiligheidseisen voor deze afdelingen.

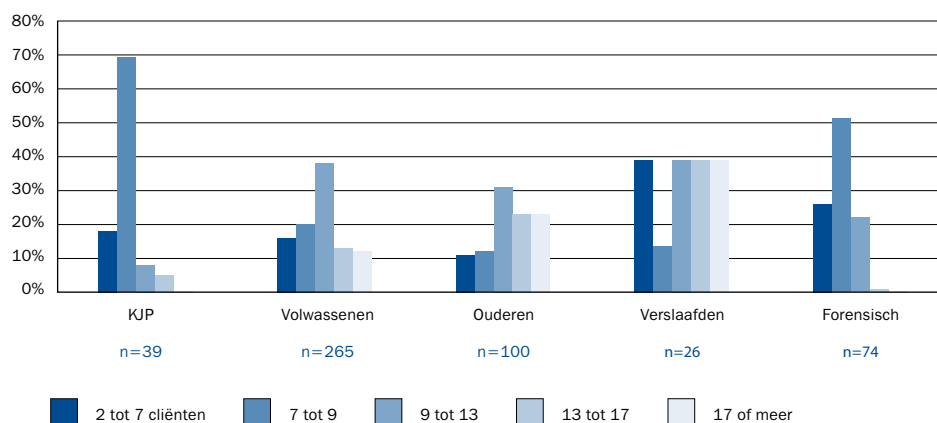
In tabel 3.1 is een overzicht gegeven van het aantal gesloten afdelingen per circuit. Voor de rapportage over de huisvesting wordt deze indeling gebruikt.

Tabel 3.1 Aantal en percentage afdelingen per circuit

KJP Afdelingen	n=39	8%
Volwassenen	n=265	52%
Ouderen	n=100	20%
Afdelingen verslaafden	n=26	5%
Forensische afdelingen en KIB	n=74	15%
Totaal 504 afdelingen		100%*

* In totaal zijn 505 afdelingen bezocht, maar op één afdeling is de inspectie voortijdig beëindigd en zijn niet alle gegevens verzameld

Figuur 3.5 Omvang van de afdeling per circuit

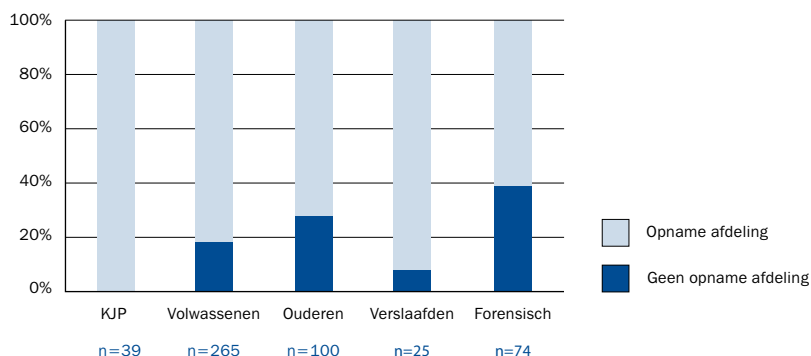


De omvang van een afdeling is gemiddeld ruim elf cliënten, het aantal loopt uiteen van een enkele cliënt tot 46 cliënten (figuur 3.5). Bij het afbakenen van een afdeling is uitgegaan van de gegevens die verstrekt zijn door het personeel ter plaatse. De

afdelingen voor Forensische psychiatrie en KJP huisvesten maximaal zestien cliënten, voor volwassenen, ouderen en verslaafden komen grotere afdelingen voor. Nogmaals, het bezoek aan de afdeling is het moment waarop het aantal cliënten is vastgesteld (warme capaciteit). Een week later of eerder kan het aantal cliënten anders zijn.

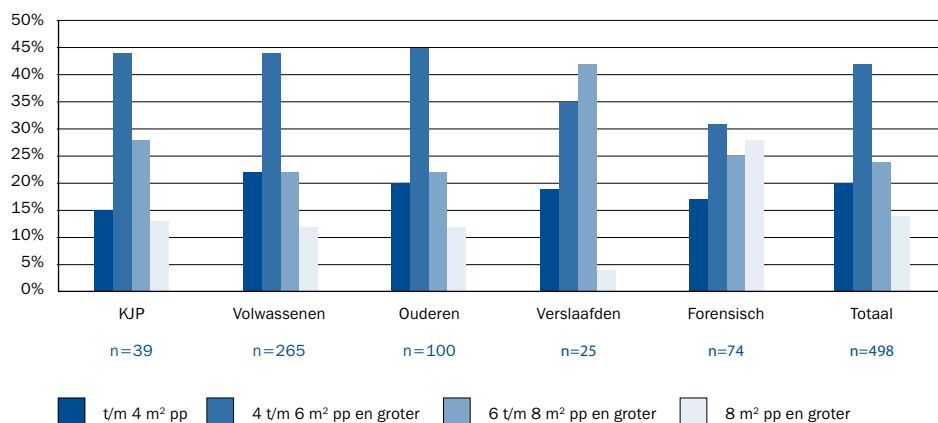
Het wisselende aantal cliënten geldt in hoge mate voor opnameafdelingen en juist die maken met 79% het grootste deel uit van de totale populatie gesloten afdelingen. Voor de Forensische psychiatrie ligt het percentage opnameafdelingen beduidend lager; 61% van de afdelingen is een opnameafdeling. Op de afdelingen voor verslaafde cliënten zijn de gesloten afdelingen alleen maar opnameafdelingen (figuur 3.6). Een opnameafdeling is gedefinieerd als een afdeling waar cliënten van buiten worden opgenomen.

Figuur 3.6 Afdelingen voor opname of vervolgbehandeling per circuit



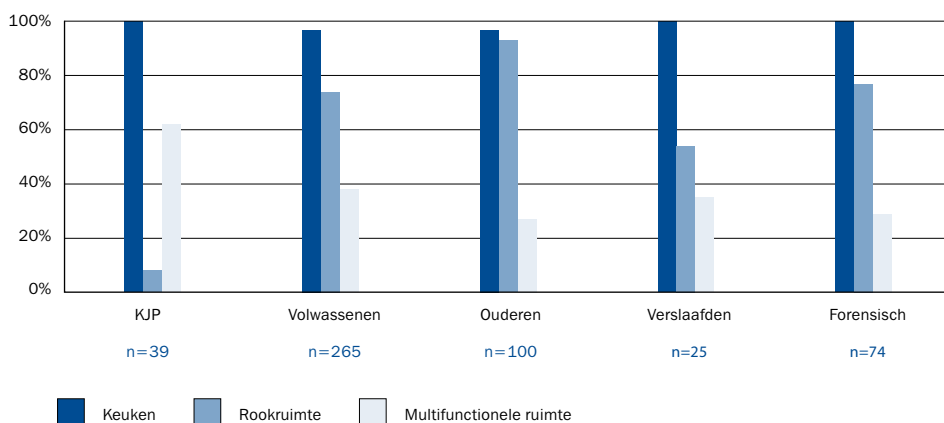
Een afdeling beschikt minimaal over één gemeenschappelijke ruimte, de huiskamer. De oppervlakte van de huiskamers is voor de doelgroep/het circuit niet echt verschillend. De meest voorkomende oppervlakte van de huiskamer is 4 tot 6 m² per persoon (figuur 3.7). De afdelingen voor verslaafden hebben iets vaker meer ruimte in de huiskamers.

Naast de huiskamer kunnen ook andere ruimten voor de cliënten op de afdelingen aanwezig zijn, zoals een multifunctionele ruimte en een rookruimte. De rookruimte dient een aparte bouwkundige ruimte te zijn, een afdak buiten in de tuin kan een prima plaats zijn voor roken, maar wordt in dit onderzoek niet als rookruimte gezien. Een multifunctionele ruimte is een extra kamer waarin verschillende activiteiten kunnen plaatsvinden, het is nooit de rookruimte (die is in dat geval als rookkamer opgenomen) en komt niet in plaats van een huiskamer.

Figuur 3.7 Percentage afdelingen per circuit met NVO²¹ van de huiskamer per persoon

In het onderzoek zijn maar een paar afdelingen aangetroffen waar geen keuken aanwezig is (zie figuur 3.8a). De rookruimte is meestal aanwezig op afdelingen voor ouderen, op drie afdelingen voor kind en jeugd is een rookruimte aangetroffen. De volwassenen en forensische afdelingen hebben voor driekwart een aparte rookruimte en op de afdelingen voor verslaafden is dit iets minder. De kinder- en jeugdafdelingen in de APZ-en beschikken net even vaker over een (extra) multifunctionele ruimte.

Figuur 3.8a Aanwezigheid van gemeenschappelijke ruimten per circuit



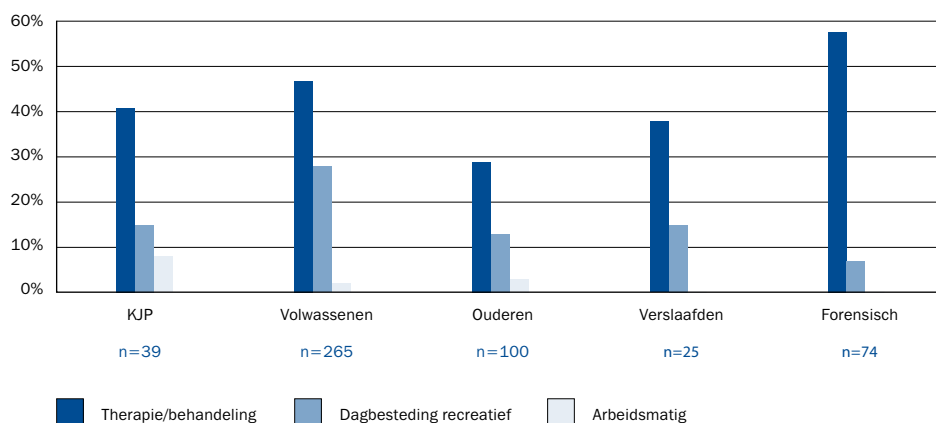
Met het oog op bezigheden worden op de afdeling soms aparte ruimten ingericht voor (recreatieve) sport, spel en andere (creatieve) activiteiten. Deze kamers zijn dag-

²¹ NVO betekent nuttig vloer oppervlakte, de minimale breedte dient 1,80m te zijn en van vloer tot plafond hoger dan 1,50m.

bestedingsruimten genoemd. Het gaat hierbij eigenlijk altijd om recreatieve dagbesteding, ruimten voor arbeidsmatige dagbesteding zijn over het algemeen buiten de afdeling gelegen. Slechts enkele afdelingen beschikken over een dergelijke ruimte. Voordeel van een recreatieve ruimte op de afdeling is dat de cliënten er gemakkelijker in de avonden en in de weekenden gebruik van kunnen maken. Het vergt geen inzet van personeel om een cliënt naar een dergelijke ruimte te begeleiden.

Zoals aangegeven zijn ruimten voor arbeidsmatige dagbesteding maar zelden aangetroffen (zie figuur 3.8b). Buiten een ruimte voor recreatieve dagbesteding wordt het meest een behandelruimte op een afdeling aangetroffen. Dit zijn ruimten op de afdeling die gebruikt worden door een hulpverlener. Het kan een kamer zijn waar gesprekken met de cliënten plaatsvinden, maar ook groepstherapie is in principe mogelijk of een spreek-/onderzoekskamer van een arts.

Figuur 3.8b Aanwezigheid van dagbesteding en therapie ruimten per circuit



3.5 Cliëntenkamers

Eenpersoonkamers zijn gebruikelijk in de gesloten setting van de psychiatrie (93% van de kamers). Ruim 6% van de kamers zijn tweepersoonkamers. Van het totaal aantal kamers is 1% een drie- of vierpersoonkamer. Deze zijn hoofdzakelijk aangetroffen op afdelingen voor ouderen en volwassenen, een enkele kamer komt voor op afdelingen voor KJP en verslaafden (zie tabel 3.2). Geen enkele afdeling bestaat uit alleen kamers voor drie of vier cliënten.

De verklaring voor meer dan één cliënt per kamer kan van therapeutische aard zijn; zoals sociale controle of voorkomen van eenzaamheid en angsten. In het kader van dit onderzoek is daar verder echter geen nadere studie naar gedaan.

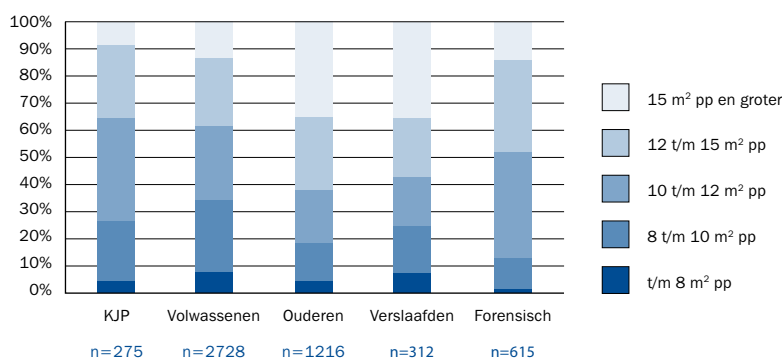
Tabel 3.2 Een, twee en meer persoonskamers per circuit

Kamers	KJP n=289	Volwassenen n=2766	Ouderen n=1230	Verslaafden n=320	Forensisch n=618
1 persoon	97%	92%	90%	92%	100%
2 personen	2%	7%	8%	7%	0%
3 of 4 personen	1%	1%	2%	1%	0%

Het algemene beeld dat naar voren komt voor de nuttige oppervlakte²² (NVO) per persoon van de cliëntenkamer, is een stijgende lijn naar iets grotere kamers. De meest voorkomende kamer was tot 1984 8 t/m 10 m² en in de periode van 20 jaar daarna 10 t/m 12 m² kameroppervlak per persoon. Sinds 2004 is de kameroppervlakte 12 t/m 15 m² per persoon.

De (slaap-)kamers op de afdelingen voor ouderen blijken per cliënt over de meeste ruimte te beschikken (figuur 3.9). Dat de kamers voor ouderen iets groter zijn is niet verwonderlijk, hogere leeftijd en niet-mobiel zijn gaan nogal eens samen. Bovendien zijn de nieuwbouwkamers voor ouderen sinds 1994 meestal > 15 m². Voor niet mobiele cliënten is voor nieuwbouw jarenlang een norm van 12 m² per persoon gehanteerd. Gedurende de laatste jaren van het bouwregime is de norm voor een cliëntenkamer in nieuwbouw²³ verhoogd tot 15 m².

Figuur 3.9 Nuttig oppervlak van de kamer per cliënt



3.6 Buitenruimte

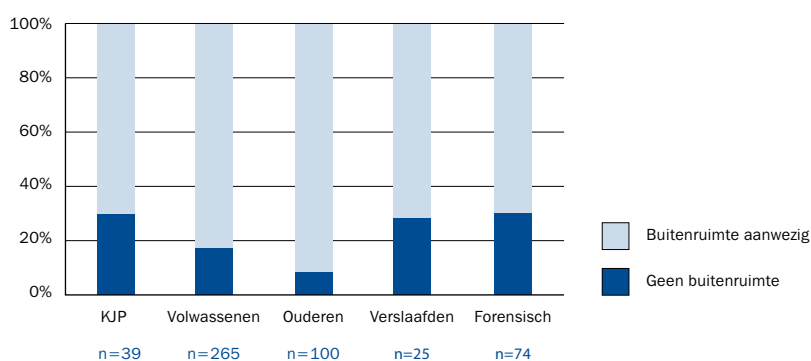
Een buitenruimte speciaal voor een afdeling geeft de cliënten de mogelijkheid overdag naar buiten te gaan. Ruim 81% van de afdelingen beschikt over een omheinde buitenruimte. Er is een significant verschil (chi-square, sig. ≤ 0,05) tussen de afdelingen van de circuits (figuur 3.10). De forensische en KJP-afdelingen zijn minder vaak

²² NVO breedte van de kamer is minimaal 1,80m en de hoogte niet lager dan 1,50m.

²³ CBZ, AWBZ-voorzieningen: Prestatie-eisen voor nieuwbouw, referentiekader voor bestaande bouw, Utrecht, 2007.

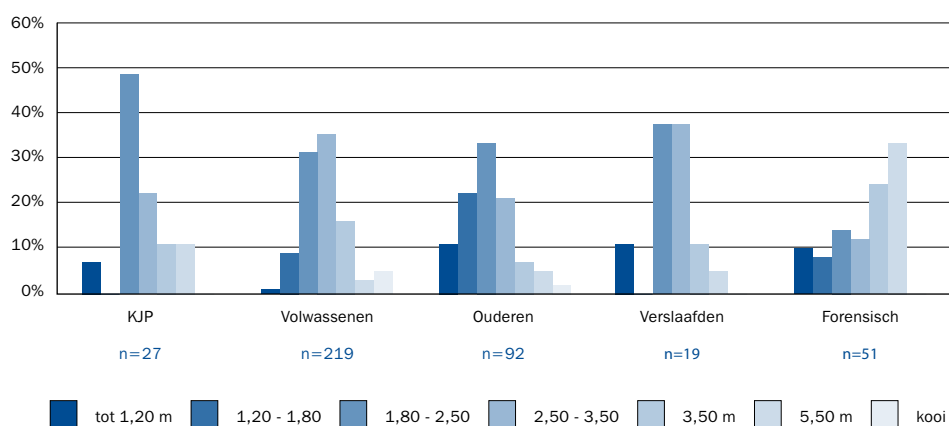
voorzien van een buitenruimte speciaal voor de afdeling. Dit houdt niet in dat deze cliënten niet naar buiten kunnen, mogelijk is een buitenruimte bij het gebouw aanwezig die door meer dan een afdeling gebruikt wordt. Het is in deze situaties vaak niet toegestaan om gedurende de hele dag gebruik te maken van de buitenruimte, afspraken tussen afdelingen wanneer wie gebruikt maakt van de buitenruimte zijn gebruikelijk. Het bouwjaar van het gebouw heeft geen invloed op de aanwezigheid van een buitenruimte speciaal voor de afdeling.

Figuur 3.10 Afdelingen per circuit met of geen eigen buitenruimte



De meest voorkomende omheining is tussen de 1,80m en 3,50m hoog, nog hoger komt bij ruim een vijfde van de afdelingen voor (zie figuur 3.11). Drie procent van de buitenruimten is voorzien van een kooiconstructie waarbij zowel de zijkanten als de bovenkant zijn afgeschermd. Opmerkelijk genoeg gaat het hierbij om afdelingen voor volwassenen en oudere cliënten. De afdelingen voor forensische cliënten beschikken meer dan andere afdelingen over hekwerken van 3,50m en 5,50m.

Figuur 3.11 Type omheining in percentage afdelingen met een eigen buitenruimte

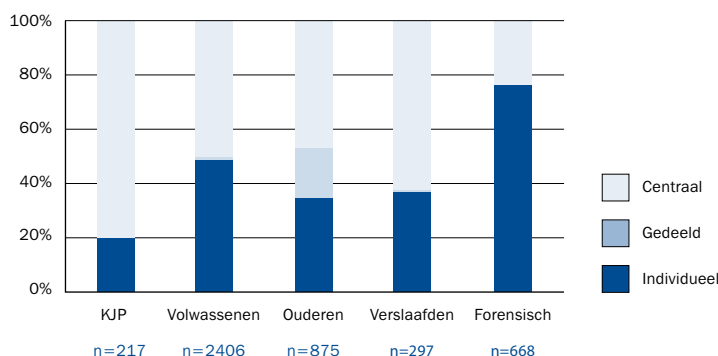


3.7 Sanitair

In het onderzoek worden drie typen sanitair onderscheiden: individueel, gedeeld en centraal sanitair. Het individuele sanitair is gekoppeld aan een cliëntenkamer en bedoeld voor één cliënt. Het gedeelde sanitair ligt tussen twee cliëntenkamers in en wordt gebruikt door de cliënten van deze twee kamers. Andere cliënten maken geen gebruik van dit sanitair. Het sanitair heeft geen directe verbinding met een algemene verkeersruimte. Het centrale sanitair is bestemd voor alle cliënten op de afdeling en ligt juist aan een algemene verkeersruimte.

Op de gesloten afdelingen van de psychiatrie wordt weinig gekozen voor gedeeld sanitair (zie figuur 3.12). Het is individueel of centraal sanitair. Sporadisch komt sanitair voor dat vergelijkbaar is met sportaccommodaties (1%), wel een wand ertussen, maar niet van vloer tot plafond. Dit is handig voor het schoonmaken van de ruimte, maar biedt weinig privacy aan de gebruiker.

Figuur 3.12 Type sanitair per circuit in percentage sanitaire ruimten

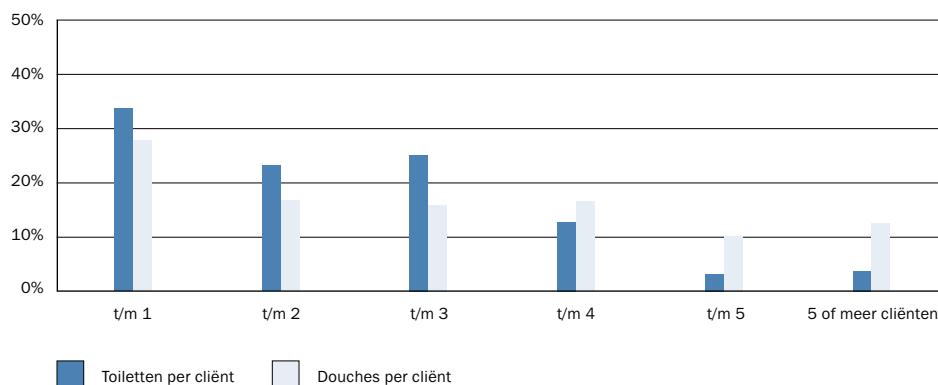


In voldoende mate sanitair op een afdeling is functioneel vereist voor een gesloten afdeling. Tot 2009 heeft jarenlang een norm van één toilet en douche voor vier cliënten gegolden. Tegenwoordig is het gebruikelijker om elke cliëntenkamer te koppelen aan een sanitaire ruimte, of een sanitaire ruimte tussen twee cliëntenkamers. Ruim 80% van de sanitaire ruimten in gebouwen die sinds 2004 gebouwd zijn, is bestemd voor individueel gebruik. In de jaren 1994 tot 2004 is een kleine 10% van het nieuwgebouwde sanitair voor gedeeld gebruik gebouwd, in de jaren sinds 2004 is dat ruim 2%. Uit figuur 3.12 blijkt dat gedeeld sanitair niet erg gangbaar is voor de gesloten afdelingen in de psychiatrie.

Het aantal baden is gering, niet elke afdeling beschikt over een bad. In dit onderzoek beschikken 170 afdelingen over een bad.

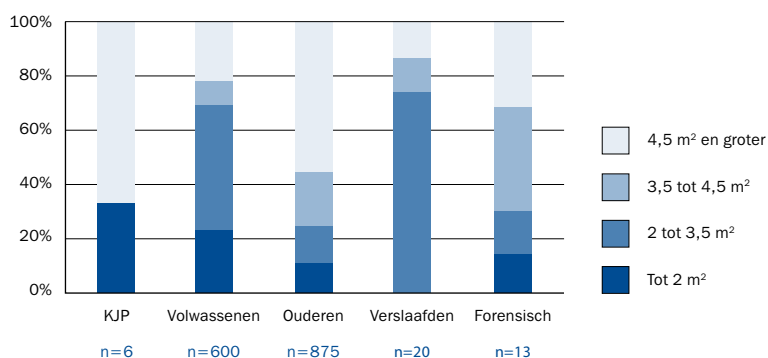
Uitgaande van één toilet of douche per vier cliënten, voldoet ruim driekwart van de afdelingen aan het aantal douches en 92% van de afdelingen heeft voldoende toiletten (zie figuur 3.13).

Figuur 3.13 Beschikbaarheid van toiletten en douches per cliënt (n= 488 afdelingen)



Op totaal 154 afdelingen zijn mindervalide of oudere cliënten gehuisvest. Dit stelt ook eisen aan het sanitair, minimaal zal er een sanitaire ruimte met douche en toilet aanwezig moeten zijn van voldoende formaat voor iemand met een rolstoel. In het bouwbesluit wordt uitgegaan van 4 m² voor een integraal toegankelijke badkamer²⁴. Van 1.513 sanitaire ruimten zijn de oppervlakte, lengte, breedte, deurbreedte en drempel opgemeten met het oog op toegankelijkheid. Een afdeling beschikt steeds over een aantal sanitaire ruimten, slechts een douche/toilet combinatie in een ruimte van circa 4 m² is nodig om de incidentele mindervalide cliënt geschikt sanitair te bieden (figuur 3.14).

Figuur 3.14 Oppervlakte sanitaire ruimten op afdelingen met ouderen of niet mobiele cliënten per circuit, in percentage sanitaire ruimten



²⁴ Het bouwbesluit (2003) gaat uit van minimaal 60cm breedte voor een toilet, oppervlakte van 1,2 m² voor een douche en 2,2 m² voor een gecombineerde douche en toilet.

3.8 Appartementen

Individueel verblijf in de gesloten setting van de GGZ komt voor, maar is niet algemeen gebruikelijk. In dit onderzoek zijn 111 appartementen opgenomen, ieder met één (mobiele) cliënt. Honderd van deze appartementen liggen op één locatie en zijn identiek. Een appartement is gedefinieerd als een zelfstandige woonruimte met een eigen voordeur en tenminste een zit-/slaapkamer, sanitair en een eigen keuken (of kitchenette). Een appartement ligt altijd aan een algemene verkeersruimte, niet aan die van een afdeling.

De cliënten in de appartementen zijn allen volwassen (zie tabel 3.3) en verblijven hoofdzakelijk binnen het APZ. Voor cliënten die zich moeilijk in een groep kunnen handhaven kan een appartement een goede oplossing zijn. Het is mogelijk dat deze mensen minder problemen veroorzaken zodra ze alleen kunnen zijn met begeleiding op meer afstand.

Tabel 3.3 Verdeling cliënten in appartementen per circuit*

APZ volwassen	110
Forensische cliënten	1

* Het totale aantal appartementen is gering, daarom wordt hier in absolute getallen gerapporteerd

Het gebruiksoppervlak van de appartementen loopt uiteen van bijna 20 m² tot 52 m² (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4 Gebruiksoppervlak van de appartementen (n=111)

≤ 25 m ²	7
25 tot 35 m ²	2
≥ 35 m ²	102

De meeste appartementen bestaan uit een zit-/slaapkamer. Vier appartementen beschikken over twee kamers, een woonkamer en een aparte slaapkamer. Ieder appartement beschikt over een keuken, dit is als voorwaarde in de definitie gesteld om als zelfstandig appartement opgenomen te worden. Dit geldt ook voor de aanwezigheid van sanitair. Uit de inspectiegegevens blijkt dat alle appartementen beschikken over één sanitaire ruimte met het gebruikelijke porseleinen sanitair.

Zes appartementen hebben een eigen buitenruimte, 105 appartementen hebben dit niet. Opvallend is dat vier appartementen een buitenruimte hebben met een hoog hekwerk (hoger dan 1,80m). Voor honderd appartementen geldt dat ze op één terrein liggen met een hoge omheining waarbinnen de cliënten bewegingsvrijheid hebben.

3.9 Samenvatting en slotbeschouwing

De gebouwen met een functie in de gesloten setting van de GGZ zijn bekeken vanuit vijf aandachtsgebieden: veiligheid, bewegingsruimte, privacy, verblijfscomfort en dwang-/drangmaatregelen in het gebouw. Voor de gesloten setting is veiligheid een zeer belangrijk thema waaraan de andere aspecten soms ondergeschikt zijn.

De locatie en gebouwen zijn meestal vrij te betreden zonder hekwerken en toegangssluizen. In het kader van veiligheid wordt in de meeste situaties volstaan met eenvoudige maatregelen zoals terreinverlichting en camerabewaking. Speciale aanvullende maatregelen worden genomen wanneer daartoe noodzaak bestaat. Dit is met name bij de beveiligde voorzieningen aan de orde (Forensische psychiatrie).

De cliënten van de GGZ zijn zelden lichamelijk gehandicapt en daardoor rolstoelgebonden (uitzondering voor ouderen). Niet alle gebouwen zijn perfect toegankelijk voor rolstoelgebruikers, maar met wat hulp (deur open houden voor iemand in de rolstoel) zijn vier op de vijf gebouwen goed toegankelijk.

De gesloten afdelingen zijn veelal ook opnameafdelingen, gemiddeld verblijven ruim elf cliënten op een afdeling. Tussen de omvang van de groep en het bouwjaar is geen verband gevonden.

Een modale afdeling (meest voorkomend) beschikt over 4 tot 6 m² huiskameroppervlak per cliënt. Daarnaast zijn een keuken en een rookruimte (afdelingen met volwassenen) voor algemeen gebruik aanwezig. Circa de helft van de afdelingen heeft een extra ruimte voor gemeenschappelijk gebruik (multifunctionele ruimte genoemd). Een aparte ruimte voor recreatieve dagbesteding komt bij een vijfde van de afdelingen voor, arbeidsmatige dagbesteding komt slechts bij tien afdelingen voor. Een buitenruimte behorend bij de afdeling is meestal aanwezig, de modale hoogte van de omheining is 1,80 tot 3,50 m.

Appartementen komen in de gesloten setting weinig voor. Van recente datum is een project met 100 individuele appartementen op één locatie. De ervaringen die hiermee opgedaan worden, zullen wellicht gevolgd worden door andere instellingen en meewegen in de besluiten over de huisvesting.

Per circuit is er op detailniveau verschil in de ruimtelijke opzet van een afdeling. Forensische afdelingen hebben minder vaak een eigen buitenruimte en de omheining is hoger. Afdelingen voor ouderen beschikken vaker over een rookruimte. Ruim 93% van de cliëntenkamers betreft eenpersoonkamers en bijna 40% van de cliënten beschikt over een eigen toilet en douche. Slechts 2% van de kamers zijn drie- en vierpersoonkamers. Deze kamers komen op forensische afdelingen en KJP-psychiatrie niet voor. Ruim 70% van de cliënten heeft een kamer met een oppervlakte van 12 m² of meer per persoon.

De afdelingen voor verslaafden zijn groter dan in de andere circuits, voor Forensische en KJP-psychiatrie zijn de afdelingen kleiner.

Geconcludeerd kan worden dat er min of meer sprake is van een bouwkundige standaard voor een gesloten afdeling waarop gevarieerd wordt afhankelijk van speciale behoeften van cliëntgroepen en de behandelvisie.

4 Veiligheid, privacy en comfort

De gesloten huisvesting wordt aan de hand van vijf thema's (zie figuur 3.1) beschouwd. In dit hoofdstuk wordt nader op de thema's privacy, comfort en veiligheid ingegaan. Deze thema's zijn van belang voor de beleving en het welzijn van cliënt en personeel. Zoals eerder vermeld is in dit onderzoek vooral de relatie tussen de thema's en het gebouw als uitgangspunt genomen, waarbij het thema veiligheid centraal staat. De ruimtelijke kenmerken (type en grootte van ruimten binnen de huisvesting) die voor deze thema's van belang zijn, zijn in hoofdstuk 3 behandeld. In dit hoofdstuk komen vooral de aanwezigheid van een eigen kamer en eigen sanitair, speciale uitvoering en afwerking van ruimten en technische voorzieningen binnen de afdeling aan bod.

Aspecten die bij privacy een rol spelen zijn bijvoorbeeld het kunnen beschikken over een eigen kamer met sanitair, afsluiten van de eigen kamer, mogelijkheden voor inkijk in de kamer en uitluisteren door personeel.

Bij comfort gaat het o.a. over de mogelijkheden de kamer een persoonlijke 'tint' (identiteit) te geven door bijvoorbeeld het inrichten met eigen meubilair of het kunnen regelen van temperatuur en ventilatie.

In het kader van dit onderzoek heeft het begrip veiligheid tenminste drie invalshoeken die relevant zijn; de veiligheid van de cliënt, personeel en de maatschappij. De laatst genoemde invalshoek speelt niet alleen voor de forensische afdelingen, maar voor afdelingen waar gedwongen opgenomen cliënten verblijven (wet BOPZ). Onderwerpen die met veiligheid te maken hebben, zijn ondermeer de afscherming van de buitenwereld zoals omheining en entreesluizen, de lay-out van de afdeling zoals overzichtelijkheid en aanwezigheid van een teampost, de bouwkundige uitvoering zoals materiaaltoepassingen en afwerkingen en tenslotte de aanwezigheid van installaties zoals een personeelbeveiligingsinstallatie en camerabewaking.

Tussen het thema veiligheid en de twee andere thema's uit dit hoofdstuk is een onderlinge relatie. In de gesloten setting van de psychiatrie zal een gevoel van veiligheid voor iedereen niet elk moment gewaarborgd zijn. Momenten van agressie (zowel fysiek als verbaal) van de ene persoon kunnen een gevoel van onveiligheid bij een ander veroorzaken. Er zijn vele oorzaken te noemen die mensen een gevoel van onveiligheid kunnen geven.

Het bieden van veiligheid kan ten koste van de geboden privacy gaan. Zoals gezegd kan een cliënt een onveilig gevoel hebben door de aanwezigheid van anderen. Om escalatie te voorkomen is het belangrijk dat hij zich kan terugtrekken op de eigen kamer, maar ook bijvoorbeeld in een andere algemene ruimte op een afdeling. Naast

de huiskamer zou dit een aparte recreatie- of een multifunctionele ruimte kunnen zijn. Voor het personeel kan dit lastig zijn omdat ze niet weten waar en in welke toestand de cliënt zich bevindt. Daarvoor kunnen voorzieningen worden getroffen door inkijk in de cliëntenkamers en alle algemene ruimten mogelijk te maken, hetgeen nadelig is voor de privacy van de cliënt.

Een ander voorbeeld is ventilatie. Als een cliënt de mogelijkheid wordt geboden om zelf zijn kamer te ventileren, dan is dit eenvoudig te realiseren met draairaam in de gevel van zijn kamer. Voor de veiligheid kunnen voorzieningen noodzakelijk zijn om uitbreken van de cliënt en/of binnensmokkelen van goederen te voorkomen. Een andere mogelijkheid is om het gebouw van mechanische ventilatie in combinatie met een gesloten gevel te voorzien.

4.1 Privacy

Het onderzoek strekt zich uit tot de huisvesting van 5.941 cliënten waarvan er 111 individueel in appartementen zijn ondergebracht en de anderen in groepen op afdelingen zijn gehuisvest (zie hoofdstuk 3).

De 111 cliënten die in de appartementen verblijven, beschikken vanzelfsprekend over de meeste privacy.

Cliëntenkamer afdeling

Van de 5.830 cliënten die op een afdeling verblijven, beschikt 93% over een eenpersoonskamer. De andere cliënten delen de kamer met tenminste één ander persoon. Ruim 3% van de cliënten verblijft op een meerpersoonskamer, dit zijn drie- of vierpersoonskamers.

De ligging van een cliëntenkamer kan vanuit privacy-oogpunt ongunstig zijn doordat deze niet via een verkeersruimte, maar alleen via een gemeenschappelijke (huis-)kamer kan worden betreden. Dit is slechts bij 2% van de kamers het geval.

Bij 15% van de kamers is een spion of raampje in of naast de deur aanwezig waar het personeel (soms ook anderen) doorheen kan kijken alvorens een kamer binnen te gaan. Bij verschillende instellingen kan niet door iedereen via de spion in de kamer worden gekeken. Het zorgpersoneel beschikt over een sleutel die de spion of het raampje opent.

Inkijk in de kamer vanuit tegenoverliggende bouwdelen door personeel of medecliënten kan ook hinderlijk zijn. Het Bouwbesluit²⁵ gaat uit van minimaal vier meter afstand tussen tegenoverliggende bouwdelen. Voor ruim 2% van de kamers geldt dat de afstand tussen de bouwdelen minder dan vier meter is en inkijk vanuit tegenoverliggende bouwdelen mogelijk is.

Camerabewaking en uitluistersystemen op de kamer vormen een inbreuk op de privacy van de cliënt. Beide systemen zijn in de cliëntenkamers niet of nauwelijks aangetroffen.

²⁵ Bouwbesluit (2003).

Sanitair

Voor privacy speelt de voldoende beschikbaarheid van toiletten en douches een rol. 's Morgens in de rij voor een toilet of douche is uit oogpunt van beleving en comfort een ongewenste situatie en kan ook bijdrage aan stress en daarmee aan een gevoel van onveiligheid. Van alle afdelingen beschikt 93% over één of meer toiletten per vier cliënten. Voor douches (exclusief baden) geldt dat driekwart van de afdelingen over één of meer douches per vier cliënten beschikt. In de gebouwen die na 2004 zijn gebouwd neemt het individuele sanitair fors toe ten opzichte van de oudere gebouwen.

Sloten

Een item op het draaipunt van veiligheid en privacy is de mogelijkheid van de cliënt om een deur op slot te kunnen doen van een ruimte waar hij/zij alleen wil zijn. Voorbeeld hiervan is de eigen kamer, maar ook sanitair. Bij reguliere huisvesting is dit normaal, maar in een gesloten setting van de psychiatrie is dit niet altijd vanzelfsprekend. Het kan gewenst zijn dat personeel direct toegang heeft en direct kan ingrijpen om te voorkomen dat de cliënt zichzelf (of anderen) iets aandoet. Op 56% van de afdelingen kan de cliënt zelf de kamerdeur aan de binnenkant afsluiten, waardoor andere cliënten niet onaangekondigd de kamer binnen kunnen lopen. Op 10% van de afdelingen wordt gebruik gemaakt van een pasjessysteem waarmee dit per cliënt te regelen is.

4.2 Verblijfscomfort**Daglicht en uitzicht**

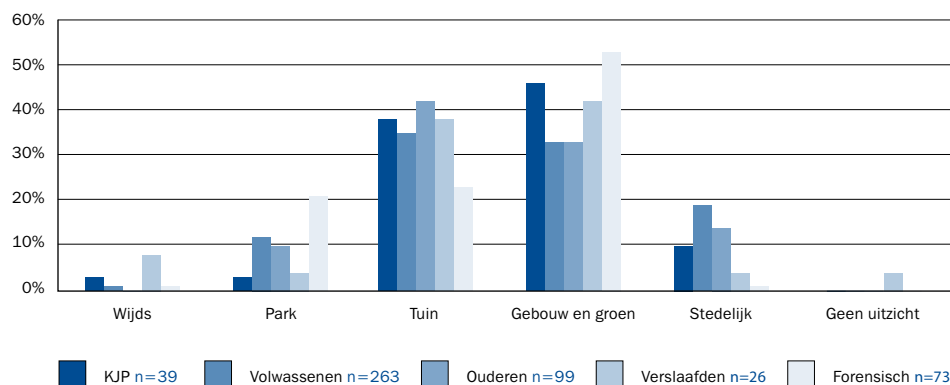
Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat licht essentieel is voor het menselijk functioneren en positieve effecten heeft voor zowel patiënten als personeel, waarbij de voorkeur uitgaat naar natuurlijk licht (daglicht) boven kunstlicht. Niet alleen vanwege de positieve effecten voor de gebruikers, maar ook omdat daglicht een relatief eenvoudige en goedkope oplossing is die bovendien de voorkeur heeft van de meeste mensen²⁶. In de literatuur wordt het gebrek aan uitzicht en daglicht vaak in verband gebracht met depressie en angst²⁷.

Voor de huiskamers op de afdelingen is de aard van het uitzicht bepaald door de inspecteur ter plaatse. Het meest voorkomende uitzicht is op een combinatie van groen en gebouwen. Het tweede meest voorkomende type uitzicht is op de tuin. Slechts één afdeling heeft geen uitzicht (zie figuur 4.1).

²⁶ Schaaf, P.S. van der; Kwaliteit van de fysieke zorgomgeving. Rapportnummer 617, College bouw zorginstellingen, 2008.

²⁷ Keep, P.J., J. James, M. Inman (1980) Windows in the intensive therapy unit. *Anaesthesia*, 35:257-262.

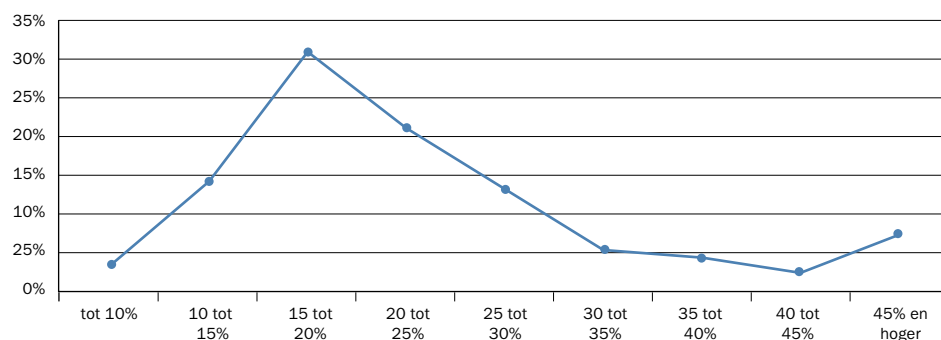
Figuur 4.1 Aard van het uitzicht vanuit de huiskamer (in % afdelingen)



Voor de cliëntenkamer is de daglichttoetreding aan het Bouwbesluit (2003) getoetst. Daarbij is getoetst op basis van de 'woonfunctie' en niet op basis van de functie 'gezondheidszorg (ruimte voor aan bed gebonden patiënten)'. Voor ruimten met een woonfunctie schrijft het Bouwbesluit (art. 3.136) minimaal 0,5 m² glasoppervlakte voor in de buitengevel. Sinds de jaren negentig wordt voor nieuwbouw uitgegaan van 10% van de vloeroppervlakte (van de kamer) aan glasoppervlakte in de buitengevel van de kamer.

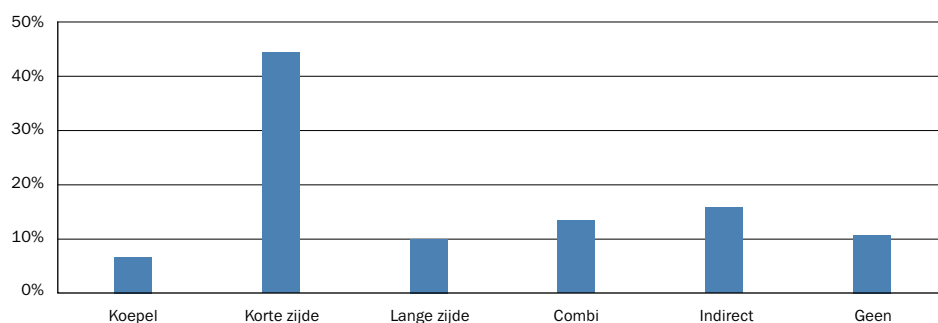
In alle kamers is er voldoende daglicht (meer dan 0,5 m² glasoppervlak), 97% van de kamers heeft meer dan de genoemde 10% glasoppervlakte in de buitengevel (zie figuur 4.2).

Figuur 4.2 Glasoppervlakte als % van de vloeroppervlakte (n= 5155 cliëntenkamers)

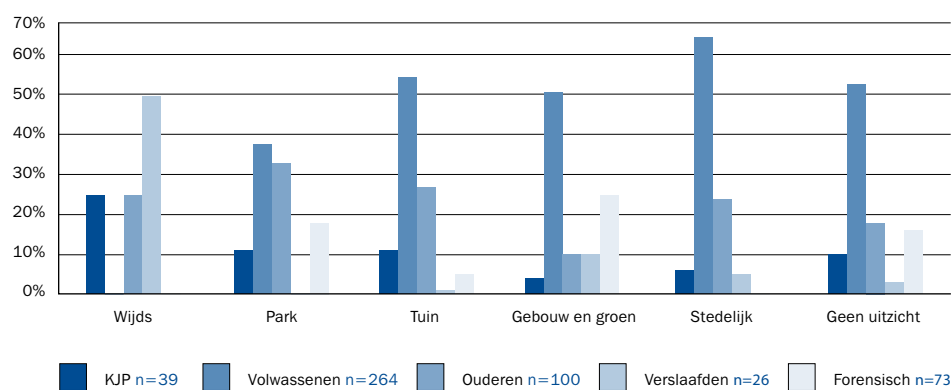


Zoals uit figuur 4.3 blijkt, is de meest voorkomende lichtinval in de verkeersruimte een raam aan de korte zijde van de gang. Indirect daglicht komt binnen via een andere ruimte met een raam of pui in de binnenwand. Een kleine 50 afdelingen heeft een verkeersruimte die ook overdag met kunstlicht verlicht moet worden.

Figuur 4.3 Daglicht in de verkeersruimte (n=503 afdelingen)



Figuur 4.4 Uitzicht vanuit de verkeersruimte (in % afdelingen)



Luchtkwaliteit

In de gezondheidszorg is slechts een beperkt aantal studies naar de effecten van luchtkwaliteit en de temperatuur op mensen beschikbaar. Maar onderzoeken naar de luchtkwaliteit, ventilatie en temperatuur in de kantooromgeving hebben aangetoond dat een slechte luchtkwaliteit kan leiden tot stress onder personeel. In alle gebouwen blijkt slechte ventilatie te leiden tot gezondheidsklachten en de ervaren luchtkwaliteit negatief te beïnvloeden. Naarmate de ventilatie verbetert nemen de 'Sick Building Syndrome' (SBS) klachten af²⁸. Verwacht wordt dat dit voor de mensen die in de gebouwen voor de gezondheidszorg verblijven niet anders is. De mogelijkheid om de temperatuur en de ventilatie in de kamer zelf te kunnen regelen is daarnaast comfort verhogend.

²⁸ Schaaf, P.S. van der; Kwaliteit van de fysieke zorgomgeving. Rapportnummer 617, College bouw zorginstellingen, 2008.

De cliënten kunnen op 90% van de kamers zelf de ventilatie regelen. Ventilatie geschiedt meestal via roosters of een (beperkt) te openen raam (70%) of door (gebalanceerde) mechanische ventilatie hoger of lager te schakelen (20%). Op bijna 70% van de kamers voor forensische cliënten kan door de cliënt zelf geventileerd worden, tegen 95% voor de kamers in de ander vier circuits. Ventilatie via roosters of ramen die open kunnen, is een zwakke plek in de veiligheidsschil en waarschijnlijk de reden voor het relatief hoge percentage forensische cliënten dat niet zelf kan ventileren. De veiligheid heeft hier prioriteit.

De temperatuur kan op 93% van de kamers door de cliënt zelf geregeld worden. Per circuit is er geen significant verschil.

Op tweederde van de afdelingen is geen koeling aanwezig. Circa 10% heeft koeling in de gemeenschappelijke ruimten en bijna een kwart van de afdelingen heeft koeling in alle ruimten. Voor de verschillende circuits zijn geen significante verschillen gevonden.

De afwezigheid van koeling wil niet zeggen dat er een probleem is. Een goed geïsoleerd gebouw met zonwering of gelegen aan de koele kant van een gebouw, kan koeling overbodig maken. Bij 325 afdelingen zonder koeling is het personeel gevraagd of koeling gewenst zou zijn. Daarvan geeft 63% aan dat dit wel het geval is.

CAI en internet

Een aansluiting op de centrale antenne (cai) geeft de cliënten de mogelijkheid zelf een tv of radio aan te sluiten. Zaken regelen gaat tegenwoordig vooral door middel van internet. Een instelling kan kiezen voor een internetaansluiting op iedere kamer of in een aparte ruimte binnen of buiten de afdeling. De technologische ontwikkelingen zijn van dien aard dat een aparte vaste verbinding niet de enige optie meer is. Internet via de kabel (tv) of draadloos heeft de vaste aparte aansluiting ingehaald.

In de tabellen 4.1 en 4.2 worden overzichten getoond van de aanwezigheid van een cai- en internetaansluiting. Een cai-aansluiting is vrij algemeen, meer dan de helft van de kamers beschikt daarover. De kamers op vervolgafdelingen voor ouderen en de opnameafdelingen voor forensische cliënten steken hier met rond de 95% ver boven uit.

Tabel 4.1 Een Cai aansluiting op de kamer

Afdelingen	Wel een Cai-aansluiting	Geen Cai-aansluiting
Alle afdelingen totaal n=503	58%	42%
Opnameafdeling n=396	53%	47%
Vervolgafdeling n=106	75%	25%

Het aantal internetaansluitingen geeft een ander beeld, ruim driekwart van de kamers heeft geen internetaansluiting. Ook hier zijn de forensische opnameafdelingen meer dan gemiddeld voorzien van internet.

Tabel 4.2 Internetaansluiting op de kamer

Afdelingen	Wel internet op de kamer	Geen internet op de kamer
Alle afdelingen totaal n=489	23%	77%
Opnameafdeling n=394	22%	78%
Vervolgafdeling n=94	28%	72%

Meubilair

Van alle afdelingen wordt op 29% toestemming gegeven aan een cliënt een eigen meubelstuk mee te brengen. Het gaat om een beperkte hoeveelheid meubilair, dit kan zijn een stoel, een televisie of een eigen bed. Opvallend is dat dit vaker toegestaan wordt op een opnameafdeling dan op een vervolgafdeling (zie tabel 4.3). Op de afdelingen voor ouderen is het meestal toegestaan een meubelstuk mee te brengen. Op ruim de helft van de opnameafdelingen en tweederde van de vervolgafdelingen is dit ook toegestaan.

Tabel 4.3 Eigen meubilair meebrengen op vervolg- of opnameafdeling

n=491 Afdelingen	Vervolgafdeling	Opnameafdeling
Geen eigen meubilair	11%	60%
Eigen meubilair toegestaan	10%	19%

4.3 Veiligheid

De mate waarin veiligheid een rol speelt in een groep of gebouw hangt samen met de aard van de groep mensen die er verblijft. Daarnaast is ook de zorgvisie van belang. Zo kan een instelling vanuit haar visie voor een lay-out van een gebouw met overzichtelijke ganggebieden, een teampost en een personeelstoilet op de afdeling kiezen. Soms wordt door instellingen op grond van hun visie daar juist niet voor gekozen.

Overzichtelijkheid

Overzicht wordt over het algemeen door de instellingen een belangrijk aspect van veiligheid gevonden. Overzicht over de afdeling (zonder of met technische hulpmiddelen) maakt dat personeel meer toezicht heeft op activiteiten binnen de afdeling, maar leidt tot minder privacy voor de cliënten.

Op een paar punten van de afdelingen is de overzichtelijkheid onderzocht; vanuit de teampost (mits aanwezig) is gekeken of de verkeersruimten volledig zijn te overzien

en of de deuren van de cliëntenkamers zijn te zien. Volledig overzicht over de verkeersruimte is inclusief hulpmiddelen zoals spiegels en camera's beschouwd. Camera's in de verkeersruimte geven een beter overzicht over de verkeersruimte, maar geven niet per definitie een volledig overzicht.

Het overzicht van de huiskamer is bepaald vanaf de toegangsdeur tot de kamer.

Verder is aan het personeel ter plaatse gevraagd of er problemen zijn met de breedte van de verkeersruimte in relatie tot calamiteiten.

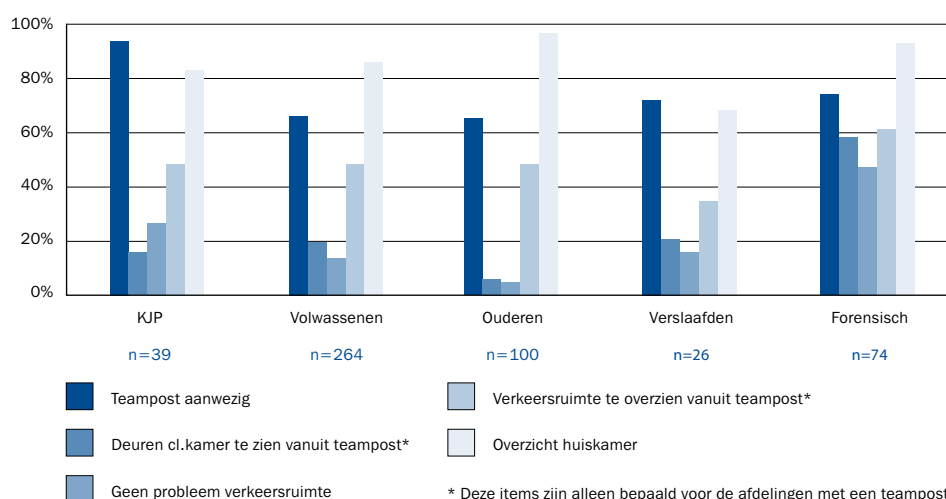
Bij het circuit Kinder- en jeugdpsychiatrie is op bijna alle afdelingen een teampost op de afdelingen aanwezig. Voor de andere circuits ligt het percentage rond de 70%.

Bij de Forensische psychiatrie is bij 60% van de afdelingen met een teampost de verkeersruimte vanuit de teampost te overzien. Daarnaast zijn bij de helft van deze afdelingen de deuren van de cliëntenkamers vanuit de teampost te zien. Bij de andere circuits is dit 20% of minder respectievelijk 25% of minder. Bij afdelingen voor ouderen is overzicht over verkeersruimten en deuren cliëntenkamers het geringst (circa 5%). In totaal zijn er 24 (5%) afdelingen die op meer dan één etage zijn gehuisvest. Op deze afdelingen is geen volledig overzicht mogelijk vanuit de teampost, ook niet met behulp van camera's en spiegels.

Overzicht over de huiskamer vanuit de toegangsdeur is bij 60% van de forensische afdelingen en bij de helft van de afdelingen uit de andere circuits aanwezig.

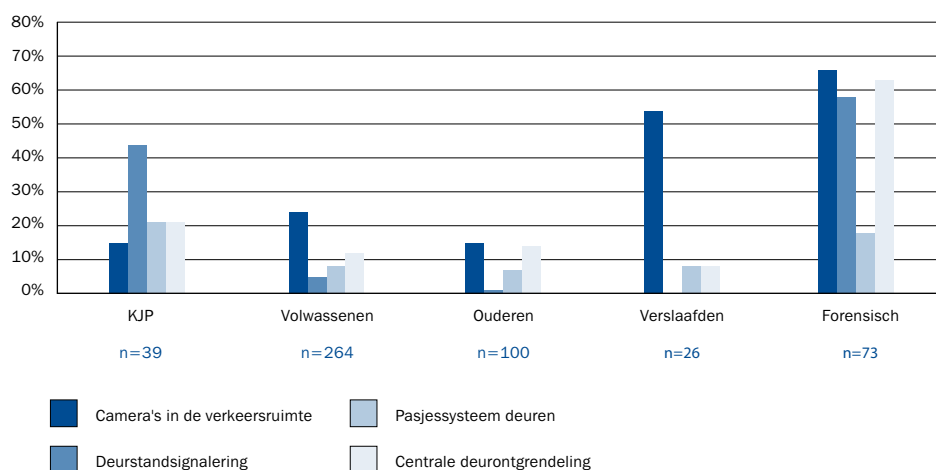
Bij 11% van de afdelingen is de breedte van de verkeersruimte van dien aard dat het soms problemen geeft volgens het personeel. De afdelingen voor ouderen hebben de minste problemen met de breedte van de verkeersruimte, wellicht speelt hier de toegankelijkheid voor rolstoelgebruikers in mee (zie figuur 4.5).

Figuur 4.5 Overzichtelijkheid van de afdeling (in % afdelingen)*



Technische hulpmiddelen zoals camerabewaking, intercom, deurstandsignalering en uitluistersysteem kunnen een bijdrage leveren aan het verhogen van de controle op activiteiten en verkeerstromen binnen de afdeling. De forensische afdelingen en in mindere mate de KJP-afdelingen, maken procentueel vaker gebruik van deze hulpmiddelen. Bij 29% van de afdelingen is camerabewaking in de verkeersruimte aanwezig. Op de afdelingen voor verslaafden en forensische cliënten is camerabewaking beduidend vaker aanwezig. Deurstandsignalering komt significant vaak voor in combinatie met verzwaarde uitvoering en andere items m.b.t. overzicht over de afdeling (zie figuur 4.6).

Figuur 4.6 Hulpmiddelen voor overzichtelijkheid van de afdeling



Verzwaarde uitvoering

Vanuit haar zorgvisie kan een instelling juist wel of juist niet voor toepassing van molestbestendige materialen kiezen. Als geen molestbestendige materialen worden toegepast hebben sommige instellingen een beleid dat de kosten voor herstelwerkzaamheden van vernielingen op de cliënt worden verhaald.

Rond een kwart van de afdelingen heeft gekozen voor molestbestendige plafonds en zwaarder uitgevoerde tussenwanden. De plafonds op vervolgafdelingen voor Forensische psychiatrie zijn in 68% van de afdelingen molestbestendig (verschil is significant chi-square, p-waarde $\geq 0,001$, gemiddeld voor vervolgafdelingen gesloten setting is 29%). Ook de forensische opnameafdelingen hebben niet zo vaak molestbestendige plafonds al liggen ze met 31% wel boven het gemiddelde (niet significant, gemiddelde opname afdelingen gesloten setting is 23%).

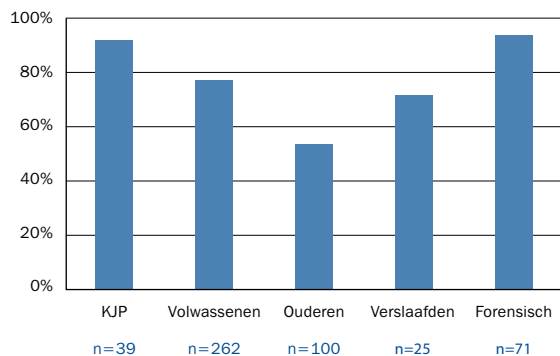
Bij de zwaardere uitvoering van de tussenwanden (in vergelijking met woningbouw) doet zich hetzelfde verschijnsel voor, vervolgafdelingen voor Forensische psychiatrie zijn in 68% van de afdelingen voorzien van zwaarder uitgevoerde tussenwan-

den (gemiddelde voor vervolgafdelingen gesloten setting is 31%). Bij de opnameafdelingen zijn de tussenwanden in de KJP vaker zwaarder uitgevoerd (36% tegen gemiddeld opnameafdelingen gesloten setting is 24%).

Voor de zwaardere uitvoering van deuren, kozijnen en hang- en sluitwerk is weinig verschil tussen opname- en vervolgafdelingen, en ook tussen de circuits zijn geen significante verschillen gevonden. Ongeveer de helft van de afdelingen heeft gekozen voor een zwaardere uitvoering.

Speciaal glas wordt toegepast om te voorkomen dat cliënten kunnen weglopen of zichzelf en anderen kunnen verwonden (scherven). Er is een grote verscheidenheid van glas op de markt. In dit onderzoek hebben we de volgende indeling gehanteerd: ten eerste blankglas (normaal vensterglas) of draadglas, met als kenmerk dat het niet veilig is bij breuk. Ten tweede, gehard glas dat in kleine klontjes uiteen valt bij breuk waardoor (ernstige) verwondingen niet snel zullen plaatsvinden. Het derde type is gelaagd glas en lexaan, deze zijn moeilijk breekbaar. Naarmate het aantal folielagen bij gelaagd glas toeneemt wordt het glas steeds sterker en uiteindelijk kogelwerend. Lexaan is een sterke transparante kunststof, deze is krasgevoelig en kostbaar en wordt daarom weinig toegepast. Bijna een kwart van de afdelingen heeft nergens speciaal glas. De forensische afdelingen en KJP zijn uitschieters (zie figuur 4.7), daar heeft bijna 95% van de afdelingen gehard of gelaagd glas (significant, p-waarde $\geq 0,001$).

Figuur 4.7 Percentage afdelingen per circuit met speciaal glas



De afdelingen met speciaal glas (n=380) hebben gehard of gelaagd glas vooral toegepast in de buitengevel (83%). Bij de afdelingen KJP en de forensische afdelingen komt het meer dan gemiddeld voor. Het risico op calamiteiten (agressie) of ontvluchten wordt hier kennelijk hoger geschat dan binnen de afdelingen van de andere drie circuits. De ramen in de binnenpui bij de entree en huiskamer zijn voor rond 80% voorzien van gehard of gelaagd glas. De ramen van teamposten op de afdelingen zijn hier ook meestal (81% van de afdelingen) van voorzien. Voor de forensische afdelingen geldt dit voor 100% (significant, p-waarde $\geq 0,001$).

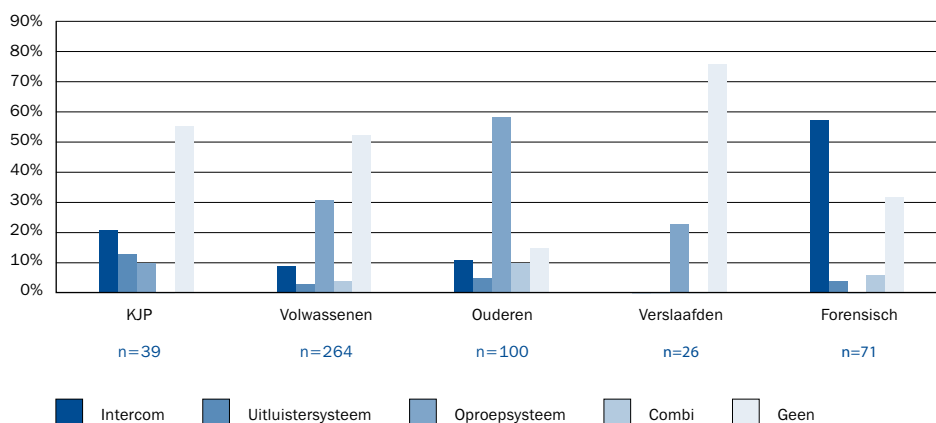
Om ongewenste 'personen- en goederenstromen' te kunnen beheersen wordt vaak de opening van gevelramen begrensd of afgeschermd. In veel gevallen is het raam tot op een kier te openen waardoor een mens niet via de opening naar buiten of naar binnen kan en het naar binnen smokkelen van goederen wordt bemoeilijkt.

In dit onderzoek is gekeken naar de begrenzing van de ramen op de cliëntenkamers en of er een mogelijkheid is deze op slot te doen. Van de 404 afdelingen waar de ramen open kunnen, heeft 86% deze begrensd en bij 59% kan het raam (via handels) ook worden afgesloten.

Communicatiemiddelen

In figuur 4.8 wordt per afdeling en per circuit een overzicht getoond welke communicatie- en controlesystemen gebruikelijk zijn op een cliëntenkamer. Bij de opname hiervan is er van uitgegaan dat alle kamers op een afdeling dezelfde voorzieningen hebben. De intercom wordt vooral toegepast op forensische afdelingen, de afdelingen voor ouderen gebruiken vooral een oproepsysteem. Op het totaal aantal afdelingen (505) is op 44% geen enkel systeem in gebruik.

Figuur 4.8 Gebruikte communicatie systemen op de cliëntenkamers (in % afdelingen)



4.4 Personeelsveiligheid

Voor het personeel is het van belang om in veilige omstandigheden te kunnen werken. Daarvoor is o.a. het personeelsbeveiligingssysteem van belang. Op nagenoeg alle afdelingen is een personeelsbeveiligingssysteem in gebruik, waarbij er geen significant onderscheid tussen opname- en vervolgafdelingen is. Het meest gebruikte systeem is een systeem met zoneaanduiding (83%). Op 10% van de afdelingen is een personeelsbeveiligingssysteem met ruimteaanduiding in gebruik. Met uitzondering van de afdelingen voor volwassenen en ouderen is binnen alle circuits op alle afdelingen een personeelsbeveiligingssysteem in gebruik.

Op 70% van de afdelingen is een personeelstoilet aanwezig, waarmee kan worden voorkomen dat een medewerker op ongezette tijden van de afdeling af moet.

In bijlage I zijn per circuit enkele gegevens over ruimtelijke kenmerken, verzwaarde uitvoering en installaties binnen de gesloten afdelingen opgenomen.

4.5 Samenvatting en slotbeschouwing

De balans tussen veiligheid enerzijds en privacy en comfort anderzijds ligt zeer genuanceerd. Per afdeling binnen dezelfde instelling en doelgroep kan de keuze verschillend zijn.

Toch zijn er wel een aantal algemeenheden te noemen die eigenlijk overal (of juist nergens) toegepast worden. Voorbeeld, alle cliëntenkamers hebben daglicht via een raam in de buitengevel. Vanuit de huiskamers is uitzicht, meestal op een tuin of een combinatie van tuin en gebouwen. Veel afdelingen beschikken over een buitenruimte of delen een buitenruimte met een andere afdeling.

Vanuit het oogpunt van privacy is een eenpersoonskamer gewenst, voor de opgenomen afdelingen is dit ook bijna standaard. In de oudste gebouwen (tot 1994) komen meerpersoonskamers (meer dan twee personen per kamer) voor. In de nieuwste gebouwen zijn, op beperkte schaal, nog steeds tweepersoonskamers aangetroffen. Sommige instellingen kiezen er vanuit hun behandelvisie voor om twee personen op één kamer te huisvesten.

Een spion of raampje in de kamerdeur kan inbreuk maken op de privésfeer van de cliënt, maar nodig zijn voor het toezicht houden op de cliënt. Bij 15% van de kamers is wel een spion (of raampje) aanwezig, maar deze zijn regelmatig voorzien van een 'slot' (de spion is dicht te zetten). Alleen het personeel met een sleutel kan de spion openen en kijken.

Bij de afdelingen voor de Kinder- en jeugdpsychiatrie en de forensische afdelingen komen meer dan gemiddeld teamposten voor. Bij deze circuits is ook meer aandacht voor overzichtelijkheid van de verkeersruimten en de huiskamers. De afdelingen voor Ouderenpsychiatrie zijn het minst overzichtelijk.

Bij 11% van de afdelingen geeft de breedte van het verkeersgebied naar zeggen van het personeel problemen. Dit probleem is bij de Ouderenpsychiatrie nauwelijks aanwezig.

Installaties zoals camera's, worden wel in de verkeersruimten toegepast, nergens in de cliëntenkamers. Een intercom- of een oproepsysteem in de cliëntenkamer komt voor, de meeste kamers beschikken echter over geen enkel systeem. Een paar procent van de kamers is voorzien van een uitluistersysteem.

Comfortverhogende aspecten in de cliëntenkamer zijn o.a. het individueel kunnen regelen van de temperatuur en ventilatie op de kamers. Op ruim 90% van de kamers is

dit mogelijk. Een cai-aansluiting is op de helft en een internetaansluiting in circa 40% van de kamers aanwezig.

De veiligheidsvoorzieningen waar het gaat om molestbestendigheid van de afdeling wisselen sterk. Tussen de verschillende circuits en opnameafdelingen of afdelingen voor vervolgbehandeling zijn geen significante verschillen gevonden. Bij de forensische afdelingen en afdelingen voor de Kinder- en jeugdpsychiatrie is vaker speciale beglazing toegepast (gehard en gelaagd glas). Het begrenzen van openslaande ramen wordt niet overal toegepast. Tussen opnameafdelingen en afdelingen voor vervolgbehandeling en tussen circuits zijn geen significante verschillen gevonden.

Op 96% van de afdelingen beschikt het personeel over een personeelsbeveiligingssysteem. Het meest gebruikte systeem is met zoneaanduiding.

Uit de bevindingen komt een beeld naar voren dat bij de gesloten afdelingen veiligheid belangrijk is, maar dat er vooral oog is voor privacy en comfort van de cliënt.

5 Dwang en drang

5.1 Inleiding

In het kader van een behandelplan voor een cliënt en met beroep op de wet BOPZ kunnen cliënten worden afgezonderd of gesepareerd. Afzonderen en separeren hebben grote impact op de cliënt. Ten opzichte van het buitenland wordt in Nederland relatief veel gesepareerd²⁹. In het buitenland wordt ook veelvuldig gebruik gemaakt van dwangmaatregelen, dwangmedicatie houdt het aantal separaties echter laag³⁰. Omdat in Nederland het aantal separaties relatief hoog is, zijn door GGZ Nederland, VWS en instellingen initiatieven gestart om het aantal separaties terug te dringen. Met deze initiatieven wordt beoogd minder vaak en minder lang te separeren en af te zonderen. Een voorbeeld daarvan is het project Dwang en Drang van GGZ Nederland³¹ waarin wordt gestreefd het aantal separaties met 10% per jaar terug te dringen.

Voor dwang en drang worden speciale ruimten (kamers) gebruikt binnen de gesloten setting, waarbij extra aandacht aan veiligheid wordt besteed. Naast veiligheid wordt ook gezocht naar variatie in deze kamers omdat iedere situatie anders is en een kale kamer niet altijd de gewenste optie is. Een aangeklede kamer, zoals een comfortroom en de cliëntenkamer worden preventief, of met een andere behandelintentie gebruikt dan een separeer- of afzonderingskamer.

Voor de separeervoorzieningen en afzonderingskamers is in april 2010 door de IGZ besloten de voormalige bouwmaatstaven³² voorlopig te handhaven als tijdelijke veldnorm. In dit rapport worden de bouwmaatstaven als referentie beschouwd, niet als dwingende maatstaf omdat de status van deze maatstaf bij aanvang van dit onderzoek onduidelijk was en in de loop van dit jaar wordt geëvalueerd.

Er wordt gesproken over separeervoorzieningen, separeerunits en separeerkamers. De separeervoorziening is een algemene aanduiding voor ruimten waarin cliënten gesepareerd kunnen worden. Deze voorziening bestaat uit één of meer separeerunits en die bestaan weer uit één of meer separeerkamers.

5.2 Separeerbeleid van de instellingen

In dit onderzoek is bij iedere instelling aan een inhoudsdeskundige gevraagd naar het separeerbeleid op instellingsniveau. Van de 105 respondenten geeft 90% aan speciaal beleid te voeren om afzonderen en separeren van cliënten te voorkomen of de

²⁹ Janssen, W.A., E.O.Noorthoorn, W.J.de Vries, e.a. (2009) Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002 - 2008; Nederland internationaal vergeleken. MGv nr.64, 457-469.

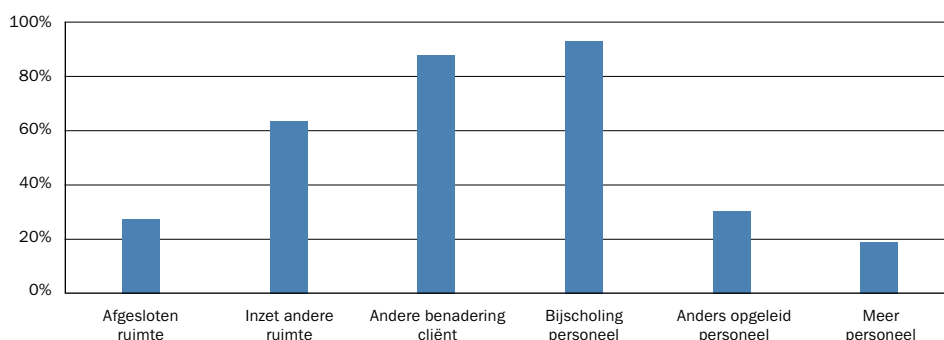
³⁰ Stagg, Open de laatste deur; ruimtelijke alternatieven voor separeren, 2010.

³¹ Informatie over project 'Dwang en drang' GGZ Nederland, website GGZ Nederland.

³² CBZ, Separeer- en afzonderingsvoorzieningen: Bouwmaatstaven voor nieuwbouw, Utrecht, 2003.

duur te beperken. Op twee punten wordt veel aandacht besteed aan het voorkomen van separeren en afzonderen. Bijscholing van het personeel (o.a. omgaan met agressie) en een andere benadering van de cliënt zijn door circa 90% van de respondenten als maatregel genoemd. Op beperkte schaal is de inzet van meer personeel of personeel met een andere opleiding (bv. bezigheidstherapie) als maatregel ingezet. Ook in het gebouw zelf zijn veranderingen aangebracht, de inzet van een comfortroom of ic-unit kan een middel zijn om escalaties te voorkomen. In figuur 5.1 zijn de antwoorden op de zes enquêtevragen weergegeven.

Figuur 5.1 Aard van de gerealiseerde maatregelen om separeren te voorkomen (in % respondenten, n=104)



Het eerder signaleren (training personeel) en preventief handelen om te voorkomen dat cliënten zich agressief of destructief gaan gedragen, vergt een samenhangende werkwijze. Het is een ontwikkeling die volop bezig is in de praktijk en zeker nog niet is afgerond. De veranderingen van ruimten en de variatie in het aanbod van kamers voor dwang en drang zullen zich waarschijnlijk nog verder ontwikkelen, 44% van de respondenten geeft aan dat er plannen zijn separeerunits en afzonderingskamers te sluiten. De ruimte krijgt wellicht een nieuwe functie maar niet in het kader van dwang- en drangmaatregelen. Daarnaast heeft 58% van de respondenten plannen om separeerunits en afzonderingskamers om te bouwen tot een ic-unit of comfortroom.

5.3 Definities van ruimten en aantallen

In het vervolg van deze rapportage zal verder worden ingezoomd op de ruimtelijke voorzieningen die in het kader van dwang en drang worden ingezet. Van al deze voorzieningen zijn de ruimtelijke opzet en de afwerking en het installatietechnisch niveau opgenomen. Alle voorzieningen zijn aan de hand van definities ingedeeld in groepen. In de praktijk blijkt dat door instellingen een groot aantal benamingen voor ruimten wordt gehanteerd. Per instelling of zelfs locatie kan het gebruik en uitrusting variëren. Omgekeerd komt ook voor; kamers met hetzelfde gebruik en vergelijkbare uitrusting worden anders genoemd. Dit kan voor een cliënt nogal verwarrend zijn. Een blik achter de deur van dergelijke kamers en units met een toelichting op het

gebruik is noodzakelijk alvorens men weet wat het is. In figuur 5.2 is een overzicht gepresenteerd van benamingen van ruimten zoals aangetroffen tijdens de gebouw-opnames.

Figuur 5.2 Benaming van kamers en units zoals aangetroffen in het onderzoek

1	Separeerunit*
	<i>Anders genoemde units:</i>
	Time-out room (unit)
	IZE intensieve zorg eenheid
	Intensieve begeleidingsunit
2	Ic-unit
3	Afzonderingskamer
	<i>Anders genoemde kamers:</i>
	Beveiligde kamer
	Herstelkamer
	Studio/huiskamer
	Veilige kamer
	Stille kamer
	Rustkamer
	Sluiskamer
	Time-out kamer
	Prikkelarme kamer
	Observatie ruimte
	High-care
	Chill-out kamer
	Crisiskamer
	Snoezelkamer
4	Stripbare kamer
5	Comfortroom
6	Eigen kamer

* De vet gedrukte namen zijn gangbare namen bij Argus, ZN, GGZ-N, IGZ en voormalig Bouwcollege en worden in dit onderzoek gehanteerd

In navolging van een aantal landelijke organisaties (Argus, ZN, GGZ-N, IGZ en voormalig Bouwcollege) worden de verschillende ruimten gedefinieerd en de anders genoemde kamers/units gelijkgesteld aan de gangbare benaming op grond van de kenmerken zoals aangetroffen in dit onderzoek. De volgende definities worden gehanteerd:

1. **Separeerunit** Onder separatie wordt verstaan: het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde en door de minister als separeerverblijf goedgekeurde ruimte. De cliënt wordt ingesloten, het gaat daarbij om een situatie waarin de cliënt niet op een andere manier te handhaven is in een groep. De bouwmaatstaven Separeer- en afzonderings-

voorzieningen³³ dienen bij de opzet van deze ruimten als uitgangspunt. Een separeerunit bestaat minimaal uit een voorruimte, een separeerkamer (meestal meer dan één) en een sanitaire ruimte. Een separeerunit kan zowel op de afdeling als tussen afdelingen gelegen zijn (gebouwniveau).

2. **Ic-unit** Een ic-unit is een ruimte waarin de cliënt verblijft met een therapeutische intentie en al dan niet onder begeleiding van personeel. Het is een dwangmaatregel en de cliënt wordt ingesloten. De unit bestaat uit een kamer met voorruimte en sanitair, daarnaast kunnen nog andere ruimten aanwezig zijn. Het verschil tussen de separeerunit en de ic-unit zit vooral in het gebruik en eventueel aankleding van de unit.
3. **Afzonderingskamer** Van afzondering is sprake wanneer de patiënt alleen of met begeleidende medewerkers in een door de instelling op voorhand aangewezen afzonderingsruimte wordt geplaatst. De cliënt wordt ingesloten. Ook voor deze kamers dienen de genoemde bouwmaatstaven als uitgangspunt. Een afzonderingskamer kan met sanitair gecombineerd zijn en ligt in principe op de afdeling. Andere benamingen voor deze kamers zijn: beveiligde kamer, time-out kamer, prikkelarme kamer en observatieruimte.
4. **Stripbare kamers** Voor een veiliger gebruik van de cliëntenkamer kunnen maatregelen getroffen worden die in een paar handelingen de eigen kamer tot een veiliger kamer maken. Deze kamers worden stripbare kamers genoemd, ook de naam beveiligde kamer is genoemd voor deze variant. De cliënt wordt ingesloten als preventiemaatregel. Kenmerk van deze kamers is dat ze niet boventallig op de afdeling aanwezig zijn, ze maken deel uit van de verblijfs capaciteit.
5. **Comfortroom** Een comfortroom is een kamer waarin de cliënt verblijft met een therapeutische intentie (stressverlagend en voorkomen van escalatie), al dan niet onder begeleiding van personeel. Het is geen dwangmaatregel en verblijf in deze kamer is doorgaans op eigen verzoek, bovendien kan de cliënt de kamer te allen tijde verlaten. De cliënt wordt niet ingesloten. De kamer is sfeerverhogend aangekleed met meubilair, verlichting, gekleurde wanden en biedt mogelijkheid tot muziek luisteren of video kijken. Een comfortroom ligt bij voorkeur op een afdeling. De kamer maakt geen deel uit van de verblijfs capaciteit.
6. **Cliëntenkamer** Verplicht verblijf kan op de eigen kamer. Dit zijn alle activiteiten die instellingen aanduiden met verplicht verblijf in de kamer waaraan de cliënt zich niet zonder tussenkomst of toestemming van hulpverleners kan onttrekken. Insluiten op de kamer wordt gebruikt als preventiemaatregel. De cliënt kan het verblijf niet beëindigen door de kamer op eigen initiatief en/of zonder toestemming te verlaten. De kamers zijn niet boventallig, ze maken deel uit van de verblijfs capaciteit.

³³ CBZ, Separeer- en afzonderingsvoorzieningen: Bouwmaatstaven voor nieuwbouw, Utrecht, 2003.

Over insluiten in de eigen kamer wordt verschillend gedacht door instellingen. Soms wordt de cliënt iedere nacht ingesloten, andere afdelingen sluiten cliënten juist niet in op de kamer. Dit dilemma is voorgelegd aan de IGZ. Op de vraag 'is het toegestaan dat iemand in zijn kamer ingesloten wordt?' is als volgt geantwoord:

'Een patiënt mag op de eigen kamer ingesloten worden zowel met eigen instemming (artikel 450 WGBO³⁴, artikel 38b Wet Bopz³⁵), alsook op grond van artikel 38c Wet Bopz (dwangbehandeling) als ook op grond van artikel 40 Wet Bopz (beperking bewegingsvrijheid). In alle gevallen uiteraard alleen als voldaan is aan de in de Wet Bopz (en WGBO) hieraan verbonden criteria en zorgvuldigheidseisen.

Van belang is wel dat deze vorm van insluiting veilig is en dat er contact mogelijk is met de patiënt. (Denk aan de inrichting, mogelijkheid om patiënt te kunnen zien en mogelijkheid voor patiënt om contact te kunnen initiëren met bel of intercom.)

Een kanttekening wordt gemaakt voor de middelen of maatregelen die kunnen worden toegepast ter overbrugging van een noodsituatie (artikel 39, lid 2 Wet Bopz), hierin is sprake van afzonderen/separeren: 'Het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoonskamer. Ergo: opsluiten in iemands eigen slaapkamer is niet toegestaan als Middel of Maatregel (artikel 39 Wet Bopz) ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie.'

Kortom insluiten in de eigen kamer mag, maar er worden voorwaarden gesteld aan de situatie van de cliënt en aan de kamer. De kamer moet veilig zijn en beschikken over communicatiemogelijkheden. De toestand van de cliënt dient van dien aard te zijn dat er sprake is van preventie; voorkomen dat de toestand escaleert en dat ongewenst gedrag optreedt. In noodsituaties zoals bij agressie en escalatie, is de eigen kamer geen geschikte ruimte volgens artikel 39, Wet Bopz, daarvoor dient een afzonderingskamer of separeerunit. Opgemerkt wordt dat naast eigen toestemming van de cliënt ook rechtsgeldige vervangende toestemming bij wilsonbekwamen en bij minderjarigen onder de twaalf jaar mogelijk is.

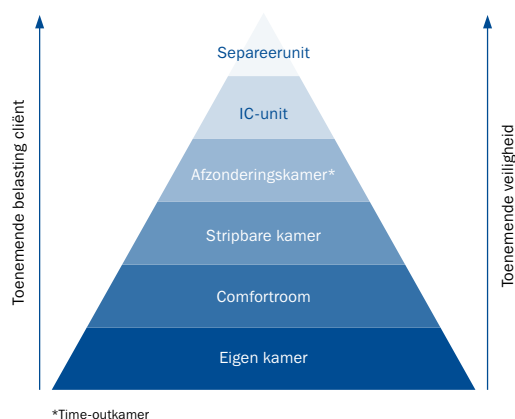
Uit de definities van de verschillende ruimten blijkt dat niet overal het zelfde veiligheidsniveau van toepassing is. Ook de toepassing, de therapeutische intentie, van de kamers verschilt. In figuur 5.3 is een piramide van kamers en units weergegeven. Deze is te lezen vanuit het perspectief van veiligheidsmaatregelen in de ruimten, boven in de top het hoogste veiligheidsniveau, onder aan de basis staat de cliëntenkamer met weinig veiligheidsvoorzieningen. Omgekeerd is de piramide te lezen vanuit het cliëntenperspectief 'regiemogelijkheid over het eigen leven'. Dit is maximaal aanwezig op de eigen kamer en neemt af naarmate de top van de piramide bereikt wordt.

³⁴WGBO Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

³⁵BOPZ Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Op de kamers aan de basis van de piramide is de belasting van de cliënt het laagste (eigen kamer), in de top van de piramide is de belasting het hoogste (separeerunit). Belasting kan gezien worden als gevoelens van uitstoten, versterken van angst en schending van vertrouwen en privacy die beschreven staan als ervaringen van cliënten met separeren³⁶.

Figuur 5.3 Dwang en drang, piramide in de bouwkundige maatregelen



5.4 Aanwezigheid en ligging

Het is niet aannemelijk dat afdelingen over alle genoemde ruimten beschikken. Het onderlinge verschil in gebruik van de ruimten is daarvoor te klein, naast de aanwezige ruimtelijke mogelijkheden c.q. beperkingen voor realisatie van al deze ruimten.

Van totaal 503 afdelingen beschikt ruim 3% over zowel een separeerunit als een afzonderingskamer op de afdeling. Bijna tweederde van de afdelingen beschikt over geen van beide, althans niet op de afdeling. Per circuit zijn de verschillen niet significant. In de tabellen 5.1 en 5.2 worden alle mogelijke combinaties van speciale kamers en units getoond die op een afdeling aanwezig zijn (exclusief de eigen (stripbare) kamers). Bij het overzicht van de combinaties is geen rekening gehouden met voorzieningen op gebouwniveau. De afdelingen waar geen enkele voorziening aanwezig is maken mischien gebruik van speciale voorzieningen op gebouwniveau.

³⁶ Stagg, Open de laatste deur; ruimtelijke alternatieven voor separeren, 2010.

Tabel 5.1 Percentage afdelingen met separeerunit en/of afzonderingskamer en/of comfortroom (n=503 afdelingen)

Alleen separeerunit	19%
Alleen afzonderingskamer	11%
Alleen comfortroom	2%
Afzonderingskamer en separeerunit	3%
Comfortroom en separeerunit	3%
Geen van drie aanwezig	62%

Tabel 5.2 Aantal afdelingen met ic-units of anders genoemde kamers/units in combinatie met separeerunit en/of afzonderingskamer en/of comfortroom

Alleen ic-unit	1x
Ic-unit gecombineerd met separeerunit	2x
Ic-unit gecombineerd met separeerunit en comfortroom	1x
Alleen anders genoemde kamer/unit	8x
Anders genoemde kamer/unit en separeerunit	4x

In tabel 5.3 wordt een overzicht getoond van een procentuele verdeling van de afzonderingskamers en separeerunits op de afdeling of in het gebouw. Separeerunits en afzonderingskamers worden niet alleen op de afdeling gerealiseerd, indien meerdere afdelingen er gebruik van maken liggen ze vaak tussen de betreffende afdelingen in.

Tabel 5.3 Plaats van afzonderingskamer (n=105) en separeerunit (n=273)

Afzonderingskamer op de afdeling	61%
Afzonderingskamer in het gebouw	39%
Separeerunit op de afdeling	45%
Separeerunit in het gebouw	55%

In de tabellen 5.4, 5.5 en 5.6 worden de overzichten getoond voor respectievelijk de comfortroom, ic-unit en 'anders genoemde units' en in de laatste tabel de time-outkamers en de 'anders genoemde kamers'. Opgemerkt wordt dat de comfortrooms vooral aangetroffen zijn op de afdelingen voor volwassenen. Op afdelingen voor Forensische psychiatrie zijn ze niet aangetroffen en op de afdelingen voor de andere drie circuits komen slechts enkele kamers voor.

Tabel 5.4 Plaats van de comfortroom

Comfortroom op de afdeling	27
Comfortroom in het gebouw	13

Tabel 5.5 Plaats van de ic-unit en units met een andere naam

Ic-unit op de afdeling	3
Ic-unit in het gebouw	3

Tabel 5.6 Plaats van de time-out kamers en 'anders genoemde kamers'

Time-out kamer op de afdeling	16
Time-out kamer in het gebouw	17
'Anders genoemde kamer' op de afdeling	16
'Anders genoemde kamer' in het gebouw	5

5.5 De (stripbare) cliëntenkamer

Op bijna 80% van de cliëntenkamers is het niet mogelijk de cliënt in te sluiten (tabel 5.7). Het slot is van dien aard dat cliënten zelf de deur aan de binnenkant te allen tijde open kunnen maken. De sloten van de kamers op de forensische afdelingen zijn voor 67% geschikt voor het insluiten van een cliënt, tegen rond de 15% bij de andere vier circuits.

Een centrale deurontgrendeling (al dan niet met vertraging) is een veiligheidsaspect voor het insluiten van de cliënten op de eigen kamer. De centrale deurontgrendeling is minder vaak aanwezig, voor de forensische afdelingen is het bij 59% aanwezig, bij de andere vier circuit is dit iets meer dan 10%

Tabel 5.7 Aantal kamers met centrale deurontgrendeling en de mogelijkheid cliënten in te sluiten op de kamer

N=5219 kamers	Centrale deurontgrendeling	Geen centrale deurontgrendeling
Slot geschikt voor insluiten cliënt	10%	11%
Slot niet geschikt cliënt in te sluiten	8%	71%

Op circa 21% van de cliëntenkamers (1.116 kamers) is het mogelijk om een cliënt in te sluiten. Bij 11% van die kamers is ook sprake van centrale deurontgrendeling. Bij een calamiteit zoals brand kunnen centraal (al dan niet met vertraging) de deuren ontgrendeld worden. Van de kamers waar geen centrale deurontgrendeling aanwezig is, is het maar de vraag of deze kamers ook gebruikt worden om cliënten in te sluiten daar deze ook bij de twee- en meerpersoonskamers aangetroffen zijn.

Deurstandsignalerings wordt soms in plaats van insluiten gebruikt. Cliënten worden niet ingesloten maar er worden afspraken gemaakt over verblijf op de kamer met deurstandsignalerings als controlemiddel.

Van de 21% van de kamers waar insluiten mogelijk is (slot is geschikt), is de stripbaarheid van de kamers opgenomen. Voor een stripbare kamer worden veiligheidsmaatregelen genomen door een specifieke uitvoering, afwerking en inrichting van de

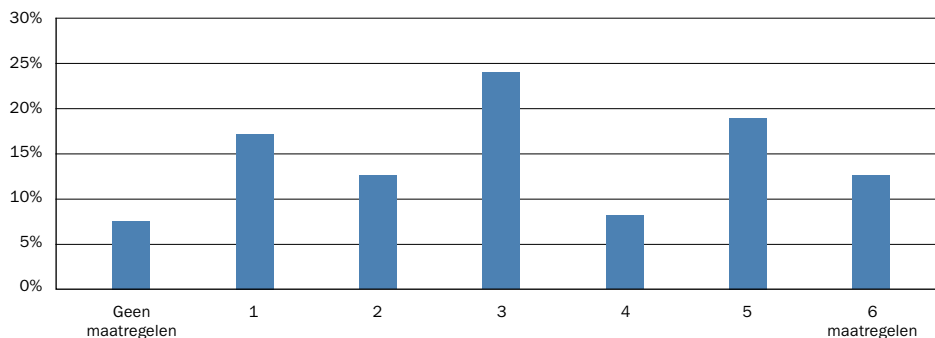
(slaap-)kamer. In dit onderzoek zijn zes verschillende maatregelen opgenomen. Naarmate een kamer meer stripbaar is, wordt het veiligheidsniveau waaronder de cliënt ingesloten kan worden, verhoogd.

De maatregelen voor het strippen van een kamer (n=1.116 kamers) zijn:

- molestbestendigheid van de wanden, plafond en vloer (aanwezig bij 49% van de kamers)
- kamer beschikt over veilige verwarming. Wegwerken van de radiator of vloerverwarming en airconditioning zijn hier voorbeelden van (aanwezig bij 30% van de kamers)
- de kast in de kamer; is die verankerd of door deuren onbereikbaar te maken voor de cliënt (aanwezig bij 69% van de kamers)
- het (beperkte) meubilair is snel te verwijderen (aanwezig bij 57% van de kamers)
- het individuele sanitair of de wastafel moet onbereikbaar gemaakt kunnen worden (aanwezig bij 64% van de kamers)
- de mogelijkheid de elektriciteit op kamerniveau uit te schakelen (aanwezig bij 45% van de kamers)

In figuur 5.4 wordt het aantal maatregelen per kamer getoond bij kamers, waarin het mogelijk is cliënten in te sluiten (de geschiktheid van het slot is voorwaarde). Of de kamers ook als zodanig gebruikt worden, maakt geen deel uit van dit onderzoek. Van de 1.116 kamers heeft circa 7% geen van de zes aanpassingen die het veiligheidsniveau verhogen. Ruim 60% heeft drie of meer aanpassingen.

Figuur 5.4 Percentage kamers met het aantal maatregelen om een kamer te strippen (n= 1116 kamers met sloten geschikt voor insluiten van cliënten)



5.6 Comfortrooms

Het verschijnsel comfortroom is een ontwikkeling van de laatste jaren, veel gesloten afdelingen beschikken hier (nog) niet over. Tijdens de inspecties van alle gebouwen met gesloten afdelingen zijn 40 comfortrooms aangetroffen, waarvan er 35 geïnspecteerd zijn. Omdat de naam en het gebruik van een comfortroom niet eenduidig zijn,

werd een totale set gegevens opgenomen waaronder de veiligheidsvoorzieningen die voor een afzonderingskamer gebruikelijk zijn (vergelijkingen met andere kamers in tabellen 5.9 en 5.10). Daarnaast zijn nog een zestal extra items over de speciale aankleding van deze ruimten (zie tabel 5.8) opgenomen. Als voorwaarde voor het opnemen als comfortroom geldt steeds het niet insluiten van cliënten.

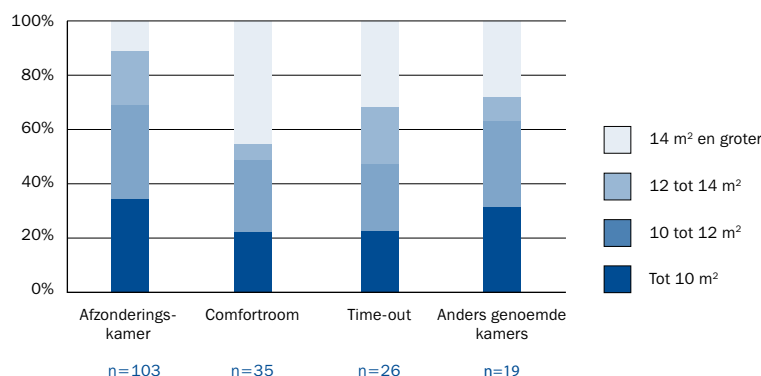
Bijna een derde van de comfortrooms ligt buiten de afdeling. Dit heeft tot gevolg dat een cliënt niet van een gesloten afdeling zelfstandig naar de comfortroom kan. Ander punt is, de deur van de comfortroom gaat niet op slot, een cliënt kan dus in theorie vanuit de comfortroom op gebouwniveau naar de andere delen van het gebouw gaan zonder tussenkomst van het personeel. Een mogelijke verklaring is dat alleen open afdelingen gebruikmaken van deze comfortrooms op gebouwniveau.

Tabel 5.8 Sfeerelementen in de speciale kamers (n.v.t. bij afzonderingskamers)

	Comfortroom n=35	Time-out n=26	Anders genoemde kamers n=19
Onder begeleiding personeel	39%	19%	16%
Sfeerverlichting	79%	0%	16%
Wanden gekleurd	100%	0%	5%
Gemeubileerd	100%	39%	68%
Zachte materialen gebruikt bij inrichting	36%	0%	11%
Muziek luisteren mogelijk	73%	4%	33%

Uit de analyses van de gegevens wordt de indruk gewekt dat veel voormalige afzonderingskamers 'omgebouwd' zijn tot comfortroom. Het veiligheidsniveau van de vloeren, wanden, deur en installaties is vergelijkbaar met de afzonderingskamers. Voor de comfortrooms worden beperkt bouwkundige aanpassingen verricht, zoals 'de naar buitendraaiende zware deur met spion' vervangen door een eenvoudig exemplaar dat meer lijkt op de overige deuren van een afdeling. Overigens ook lang niet alle afzonderingskamers beschikken over een zware deur met spion. De aanpassingen die de comfortroom doen onderscheiden van andere voorzieningen spitsen zich toe op wanden met minder neutrale kleuren, sfeerverlichting en meubilair in combinatie met een vloerkleed of andere zachte materialen. Driekwart van de kamers biedt de mogelijkheid tot muziek luisteren en heeft sfeerverlichting. Alle comfortrooms zijn gemeubileerd. Voor bijna 40% van de comfortrooms is aangegeven dat de cliënt onder begeleiding van een personeelslid in de comfortroom verblijft. Van de comfortrooms is 45% 14 m² of groter. Een vergelijking in oppervlakte tussen de verschillende kamers is gemaakt in figuur 5.5.

Figuur 5.5 De speciale kamers en oppervlakte van de kamer (in % kamers)

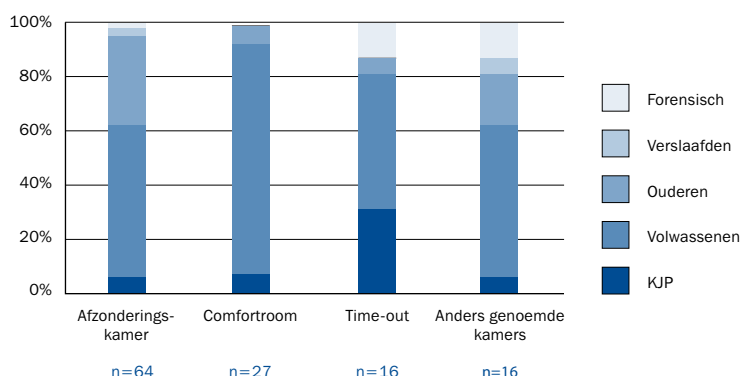


5.7 Afzonderingskamers en andere speciale kamers

De afzonderingskamers zijn boventallige kamers die gebruikt worden om een cliënt apart te zetten of waarin de cliënt, indien hij/zij dat wenst, zich terug kan trekken uit de groep. In principe liggen deze kamers op de afdeling, in de praktijk blijkt dat voor 61% van de afzonderingskamers zo te zijn. Het idee van de afzonderingskamers op de afdeling is dat de cliënt in die situatie nog deel uit maakt van de groep op de afdeling. Voor een overzicht van de verdeling van de speciale kamers over afdelingen en gebouwniveau wordt verwezen naar de tabellen 5.3 e.v., voor de verdeling per circuit naar figuur 5.9 (alleen de kamers op de afdelingen).

In deze paragraaf over de afzonderingskamers wordt steeds ook een vergelijking gemaakt tussen de afzonderingskamers, comfortrooms, time-out kamers en de kamers met alternatieve namen. Deze vergelijking biedt inzicht in hoe kamers onderling van elkaar verschillen (of juist niet) op het vlak van aankleding en veiligheidsvoorzieningen.

Figuur 5.6 Verdeling van de speciale kamers op afdelingsniveau per circuit (in % kamers)



In de bouwmaatstaven van het Bouwcollege³⁷ werd voor afzonderingskamers uitgegaan van een sober ingerichte kamer, waar doorlopend toezicht mogelijk was. In dit onderzoek zijn de afzonderingskamers kale kamers met een behoorlijk veiligheidsniveau (zie tabel 5.9 en 5.10). Cliënten verblijven vaak gedwongen in deze kamers. Voor een veilig verblijf in deze kamers ligt het voor de hand dat de kamers veilig ingericht zijn. In tegenstelling tot de 'stripbare' cliëntenkamer is het verblijf in de afzonderingskamer tijdelijk van aard. Een afzonderingskamer wordt immers niet tot de toegelaten capaciteit gerekend.

De naam afzonderingskamer wordt eenduidig gebruikt in die zin dat de kamers gebruikt worden om een cliënt af te zonderen van de groep. Daarnaast zijn nog een aantal namen in gebruik voor speciale kamers waarbij de functie van de kamer niet duidelijk is. Het gaat om kamers die geen comfort bieden zoals de comfortroom, maar op veiligheidsniveau ook niet vergelijkbaar zijn met een afzonderingskamer (zie tabel 5.9 en 5.10). Het veiligheidsniveau ligt wat lager m.b.t. de bouwkundige uitvoering en afwerking (de alternatieve benamingen zijn opgenomen in figuur 5.2). In dit onderzoek zijn 105 afzonderingskamers, 40 comfortrooms, 33 time-out kamers en 21 kamers met verschillende namen aangetroffen. Een algemeen beeld van de kamers is nauwelijks te geven, circa tweederde van de kamers is molestbestendig uitgevoerd, zonder meubilair, neutrale (witte of licht gekleurde) wanden en de cliënten worden ingesloten zonder aanwezigheid van personeel. Op alle andere punten is een grote variatie aangetroffen (zie tabellen 5.9 en 5.10). De oppervlakte van de speciale kamers loopt uiteen van ruim 5 m² tot meer dan 25 m² (figuur 5.8). Gemiddelde oppervlakte is bijna 12 m².

Meer dan tweederde van de afzonderingskamers is uitgevoerd met aandacht voor veiligheid.

Daarbij is er een verband tussen een aantal variabelen; de afwerking van de wanden, molestbestendige deuren, gelaagd veiligheidsglas en een deur die naar buiten draait, ze zijn significant vaker tegelijkertijd toegepast (Spearman's rho sig. >0.05). De genoemde variabelen hebben allemaal ten doel een veiliger verblijf in de kamer mogelijk te maken. De time-out kamers liggen met de veiligheidsaspecten net onder het niveau van de afzonderingskamer. Bij de kamers met een andere naam is de aanwezigheid van de verschillende veiligheidsaspecten beduidend lager. De wenselijkheid van een hoog veiligheidsniveau is onbekend, omdat het niet bekend is wanneer en waarvoor de kamers gebruikt worden.

³⁷ CBZ, Separeer- en afzonderingsvoorzieningen: Bouwmaatstaven voor nieuwbouw, Utrecht, 2003.

Tabel 5.9 Veiligheidsaspecten van de afzonderingskamers in vergelijking met de andere speciale kamers

	Afzonderings- kamers n = 102	Comfortroom n = 35	Time-out n = 26	Anders genoemde kamers n = 19
Molest bestendige wanden	75%	60%	85%	42%
Molestbestendige deuren	79%	63%	77%	37%
Veiligheidsglas	86%	71%	77%	63%
Veilige verwarming	90%	69%	81%	58%
Deur draait naar buiten	67%	63%	54%	32%
Elektriciteit afsluitbaar	47%	11%	23%	26%
Geluidswerende wanden	70%	62%	60%	29%

De items die vooral toezicht houden mogelijk maken of vereenvoudigen, worden minder vaak aangetroffen dan de bouwkundige veiligheidsaspecten (tabel 5.10). Opvallend weinig is rekening gehouden met 'het kunnen overzien van de kamer' voordat het personeel naar binnen gaat. In een kwart van de afzonderingskamers is hierin voorzien. De vergelijking met de comfortroom, waarbij overzicht bij 43% van de kamers mogelijk is, is eveneens opmerkelijk. In iets minder dan de helft van de afzonderingskamers kan de cliënt contact zoeken met het personeel via een intercom.

Tabel 5.10 Mogelijkheid tot toezicht houden in de afzonderingskamers in vergelijking met de andere speciale kamers

	Afzonderings- kamers n = 102	Comfortroom n = 35	Time-out n = 26	Anders genoemde kamers n = 19
Kamer te overzien vanuit verkeersruimte	26%	43%	23%	39%
Camera bewaking in de kamer	24%	27%	17%	0%
Intercom in de kamer	45%	29%	31%	11%
Uitluister systeem in de kamer	42%	21%	20%	33%

Een afzonderingskamer kan gecombineerd zijn met een sanitaire ruimte, dit is bij 57% van de afzonderingskamers het geval. Bij de time-out kamers is bijna 70% van de kamers gecombineerd met sanitair en 53% van de anders genoemde kamers. Het gaat daarbij altijd om een toilet en bij 84% is ook een douche aanwezig.

In bijlage J is een overzicht gegeven van de belangrijkste bouwkundige en installatie technische voorzieningen van afzonderingskamers.

5.8 Ic-units

De ic-units zijn op dit moment in Nederland op zeer bescheiden schaal gerealiseerd. In het onderzoek zijn zes units aangetroffen, waarbij drie ook daadwerkelijk ic-unit genoemd worden. De andere drie hebben verschillende namen zoals intensieve zorg eenheid (zie figuur 5.2). Drie van de units liggen op gebouwniveau en kunnen door meer dan één groep gebruikt worden. De andere drie units liggen binnen een afdeling.

Een nadere bouwkundige beschouwing maakt duidelijk dat het hier gaat om voormalige separeerunits die nu een andere functie gekregen hebben. Tussen de ic-units (en anders genoemde units) en de separeerunits zijn dus geen opvallende bouwkundige verschillen gevonden. In drie van de zes units is meubilair aangetroffen en in twee units hebben de wanden een opvallende kleur gekregen. In twee units verblijft de cliënt onder begeleiding. Gebruik van zachte materialen voor de vloer en sfeerverlichting zijn niet aangetroffen.

De units bestaan uit een of twee kamers met een voorruimte en twee van de drie beschikken over een royale verpoosruimte (groter dan de gemiddelde verpoosruimte in een separeerunit). De units beschikken over sanitair en twee units hebben een eigen afgesloten buitenruimte.

5.9 Separeervoorzieningen

De separeervoorziening staat aan de top van de piramide (figuur 5.3) waar het gaat om veiligheid. Separeers worden meestal gebruikt wanneer andere mogelijkheden om agressie in te tomen niet gelukt zijn of niet mogelijk zijn. Verwacht wordt dat de separeerunits op de belangrijkste punten zoals bouwkundige constructie en afwerking, dan ook aan de hoogste veiligheidseisen voldoen. De zwakste schakel in deze keten bepaalt het veiligheidsniveau van de totale separeerunit. Een afwerking of bouwkundige constructie die op een bepaald punt onveilige situaties kan veroorzaken, geeft een onveilige separeerunit als resultaat. Bouwkundige constructies zoals molestbestendige wanden, vloeren en hoge plafonds zijn niet eenvoudig te realiseren als deze aanvankelijk ontbreken. Verbeteren van de veiligheid door het vervangen van de afwerking en het aanbrengen van voorzieningen in de separeerunit is meestal wel mogelijk (tegen redelijke kosten).

Een separeervoorziening bestaat minimaal uit een separeerunit die op haar beurt een of meer separeerkamers kan omvatten (zie tabel 5.11). De hier beschreven voorzieningen zijn allemaal als zodanig in gebruik. Indien van een separeerunit een ic-unit is gemaakt dan is deze ruimte als ic-unit opgenomen. In dit onderzoek zijn totaal 284 separeerunits (inclusief PAAZ/PUK) opgenomen, in het monitoringonderzoek van 2004³⁸ waren er 325 separeerunits exclusief de PAAZ/PUK afdelingen. Een behoorlijke reductie van het aantal separeerunits in zes jaar tijd.

Een instelling kan er voor kiezen om een separeervoorziening op de afdeling te plaatsen (45%) of op gebouwniveau (55%). Indien van de separeervoorziening door meer dan één afdeling gebruikt wordt, wordt er meestal voor gekozen deze buiten de afdelingen te plaatsen zoals tabel 5.12 toont. Indien slechts één afdeling gebruik maakt van de separeervoorziening dan is deze meestal ook op die afdeling gelegen.

³⁸ CBZ, Monitoring gebouwkwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg. Rapportnummer 571, Utrecht, 2004.

Tabel 5.11 Aantallen separeervoorzieningen, -units en -kamers*

	Op gebouwniveau	Op afdeling	Totaal
Separeervoorzieningen	148	119	267
Separeerunits	156	128	284
Separeerkamers	289	232	521

* Niet alle separeerunits zijn geïnspecteerd kunnen worden

Tabel 5.12 Plaats van de separeervoorzieningen in de gebouwen (n=278 separeervoorzieningen)

Plaats van de separeervoorziening:	Meer afdelingen maken gebruik	
	Nee	Ja
Gebouw	4%	51%
Afdeling	40%	5%

Van de separeerunits op de afdelingen is bekend voor welke cliënten deze gebruikt worden. In tabel 5.3 is een overzicht getoond van de separeerunits en het circuit van de gebruikers. Van de 122 separeerunits in dit onderzoek die op een afdeling liggen, betreft het 114 op een opnameafdeling (50% daarvan heeft een ambulance-ingang). De meeste separeerunits liggen buiten de afdelingen (156 units), voor welke groep cliënten en of het gaat om opnameafdelingen is voor deze units onbekend.

Voor een zo veilig mogelijk gebruik van een separeervoorziening is het gewenst dat de afdeling en de separeervoorziening op dezelfde etage gelegen zijn en dat de cliënt niet over een andere dan de eigen afdeling vervoerd moet worden. Aan beide voorwaarden wordt door circa 80% van de separeerunits voldaan.

Een aparte ambulance-ingang voor de separeerunit is bij 55% gerealiseerd. De separeerunits op gebouwniveau hebben dit vaker dan op de afdelingen (chi-square, sig. $p \leq 0,05$). Het aantal units in de separeervoorzieningen is voor 90% beperkt tot één unit. Zowel op de afdelingen als op gebouwniveau komen separeervoorzieningen voor met twee units.

De separeerunits bestaan uit een voorruimte en één of meer separeerkamers, bijna altijd is er een sanitaire ruimte en een zitmogelijkheid in de voorruimte of aparte verpoosruimte en een afgesloten buitenruimte. Het aantal separeerkamers per unit varieert van één tot zes kamers, daarbij maakt het geen verschil of de unit op de afdeling of op gebouwniveau ligt.

De toegang van de units is meestal ruim, 16% heeft een deur smaller dan 90cm, gemiddeld zijn de deuropeningen 111cm breed.

Gemiddeld heeft een separeerunit twee separeerkamers. In een unit is vaak een zitmogelijkheid buiten de separeerkamer aanwezig (zie tabel 5.13). Naarmate er meer kamers zijn is de unit vaker voorzien van een verpoosruimte (bouwkundig aparte

ruimte). Zowel de zithoek in de voorruimte als de aparte verpoosruimte worden vaker aangetroffen in units met meer kamers. In ongeveer een kwart van de units is geen aparte zitmogelijkheid in de unit (afwezigheid van verpoosruimte en zithoek in de voorruimte).

Tabel 5.13 Aanwezigheid van ruimten in de separeerunit (n=262 units)

Zitmogelijkheid in de voorruimte ruimte aanwezig	63%
Aparte verpoosruimte	35%
Sanitair	98%
Één separeerkamer	27%
Twee separeerkamers	56%
Buitenruimte	33%

De oppervlakte van een verpoosruimte varieert sterk, de kleinste is ruim 4,5 m² de grootste 28 m² (gemiddeld 12,5 m²). De verpoosruimte is een aparte kamer in de separeerunit voor een gesprek met een gesepareerde cliënt. Vanuit 40% van de verpoosruimten is geen uitzicht mogelijk, er is geen raam of het is ondoorzichtig glas. Circa 39% van de verpoosruimten heeft uitzicht op een tuin, park of tuin gecombineerd met bebouwing.

Van de separeerunits heeft een derde een eigen buitenruimte (inclusief de inpandige buitenruimten), meestal voorzien van een hekwerk tot 3,5 m hoog. Bij 40% van de buitenruimten is het hekwerk hoger of is er sprake van een kooiconstructie waarbij de bovenkant van de buitenruimte ook voorzien is van een hekwerk.

Kader 5.1

Meest voorkomende vorm van een separeerunit in dit onderzoek

Voorruimte met zitmogelijkheid,
Twee separeerkamers van gemiddeld 12,2 m², plafond 313cm en deurbreedte 100cm en deurhoogte 210cm.
Een sanitaire ruimte met douche en toilet, oppervlak gemiddeld 4,7 m², deurbreedte 90cm,
Verpooshoek en geen verpoosruimte*,
Geen buitenruimte*.

* De aparte verpoosruimte en buitenruimte zijn in 2003 in de bouwmaatstaven voor separeervoorzieningen opgenomen

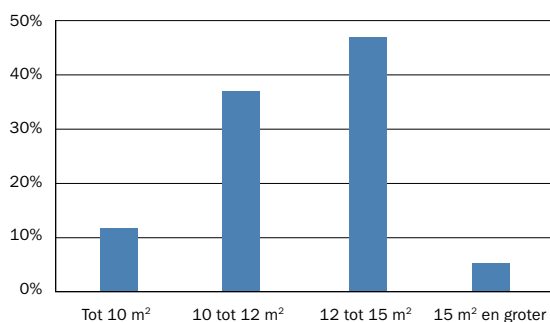
5.10 Separeerkamers in de unit

De separeerkamers in Nederland hebben een aantal kenmerken gemeen. De volgende items zijn tot bijna 100% van de kamers aanwezig: de afwerking van vloeren, wanden, plafond, armaturen en verwarming zijn zodanig dat ze molestbestendig genoemd kunnen worden. De kamers zijn drempelloos met een naar buiten draaiende deur en

zowel de verlichting als de hoeveelheid daglicht is regelbaar, daarnaast is bijna overal ook sprake van uitzicht vanuit de kamer (zie figuur 5.9 Aard van het uitzicht vanuit de separeerkamer). Een klok, krijtwand en separeerreglement zijn aanwezig in of zichtbaar vanuit bijna elke kamer. Dit is ook niet echt verwonderlijk; de Bouwmaatstaven van het Bouwcollege³⁹ hebben vele jaren als leidraad voor de te bouwen separeerunits gegolden.

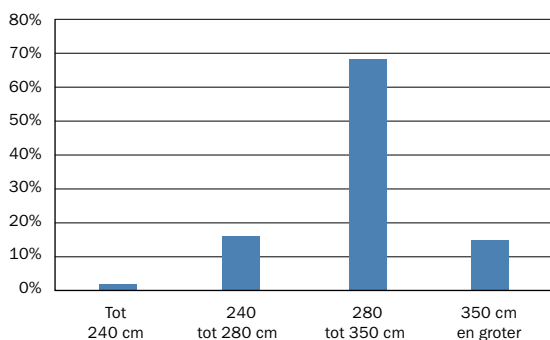
De oppervlakte van de separeerkamers en de hoogte van het plafond zijn belangrijke bouwkundige kenmerken van een separeerkamer. Het oppervlak van de kamers loopt uiteen van minimaal 7,6 m² tot 17 m² met een gemiddelde van 12,2 m². Zoals figuur 5.7 toont zijn de meeste kamers tussen 12,5 en 15 m².

Figuur 5.7 Oppervlakte van de separeerkamers (n=472 kamers)



De hoogte van de kamers loopt uiteen van 228cm, lager dan de plafonds in de woningbouw, tot 434cm. Figuur 5.8 laat een piek zien bij een plafondhoogte van 280 tot 350cm, dit heeft wellicht te maken met het bouwjaar en de regelgeving van het Bouwcollege over de plafondhoogte in de separeerkamers.

Figuur 5.8 Plafondhoogte van de separeerkamers (n=472 kamers)



³⁹ CBZ, Separeer- en afzonderingsvoorzieningen: Bouwmaatstaven voor nieuwbouw, Utrecht, 2003.

De deuren in de separeerkamers zijn in verschillende breedte- en hoogtematen aangetroffen. 85% van de deuren is breder dan 90cm en 90% is hoger dan 200cm. Ruim 57% van de deuren is te sluiten zonder gevaar voor afklemmen van de vingers. De deuren zijn bijna voor de helft voorzien van elektrische sloten (waaronder kleefmagneten), 47% van de deuren heeft mechanische sloten en ruim vijf procent heeft een combinatie van sloten op de deur. De sloten met kleefmagneten blijken in de praktijk in extreme situaties niet gegarandeerd te sluiten, daarom wordt soms een mechanisch slot als aanvulling aangebracht.

Nagenoeg alle kamers hebben een verwarming in de separeerkamers die veilig genoemd mag worden. Vloerverwarming en/of airco worden vooral toegepast.

Koeling is aanwezig op 77% van de kamers. Van de kamers waar geen koeling aanwezig is, geeft het personeel ter plaatse aan dat bij ruim 72% van die kamers koeling wel gewenst zou zijn.

Een belangrijk veiligheidsaspect voor het personeel is het kunnen overzien van de separeerkamer voordat de deur wordt geopend. In dit onderzoek heeft de inspecteur beproefd of de volledige kamer te overzien is. Bij 66% van de kamers is dit mogelijk, afgeschuinde hoeken en een tweede toegangsdeur zijn goede hulpmiddelen. Opvallend is dat het kijkraampje of spion in de deur nogal eens hoog is aangebracht. Dit heeft twee grote nadelen; personeel dat klein van stuk is heeft een opstapje nodig en de dode hoek voor de deur is groter waardoor een cliënt zich aan het oog kan onttrekken. De camerabewaking is bij het beoordelen van de overzichtelijkheid van de kamer niet meegenomen, de beelden van de camera worden meestal in een teampost getoond en deze ligt vaak niet op spreekafstand van de separeerkamer. Op het moment dat het personeel de kamer binnen gaat geeft dit geen informatie over de gesepareerde cliënt.

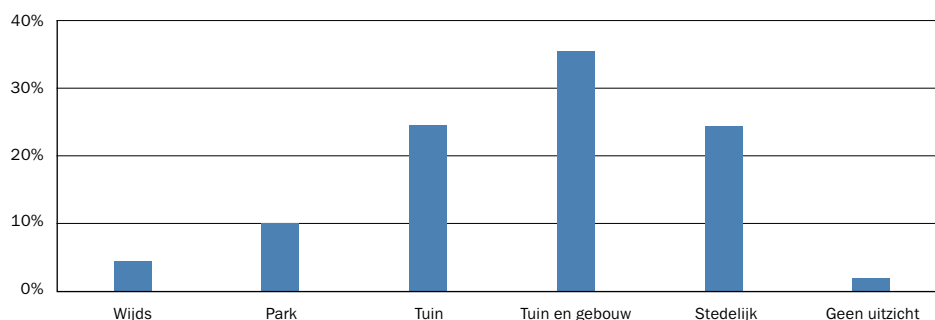
Camerabewaking is in 63% van de kamers aanwezig, daarnaast wordt een intercom of een uitluistersysteem toegepast. De intercom wordt het meeste toegepast, 81% van de kamers heeft een intercom en 58% een uitluistersysteem. Ruim 5% van de kamers heeft geen van beide systemen en 45% heeft juist beide systemen. De items 'volledig overzicht van de kamer', camerabewakingen, intercom en uitluistersysteem vertonen een samenhang. Camerabewaking en intercom worden significant vaker tegelijkertijd toegepast (Pearson $r=.156$, p-waarde $\leq 0,01$). Camerabewaking en uitluistersysteem worden significant vaker niet tegelijkertijd toegepast (Pearson $r=.176$, p-waarde $\leq 0,01$). Het volledig overzicht van de kamer, met de camerabewaking en het uitluistersysteem correleren eveneens significant (Pearson correlatie, p-waarde $\leq 0,01$).

De aanwezigheid van zowel een klok, krijtbord of -wand en het separeerreglement in een separeerkamer hangen ook samen (Pearson correlatie, significant p-waarde $\leq 0,01$). Hieruit is op te maken dat er separeerkamers ingericht zijn met net even meer aandacht voor de cliënt.

Ook bij de separeerkamers lijkt een trend te ontstaan om comfort te bieden daar waar het kan. Dit aspect is niet systematisch onderzocht, maar als signaal het vermelden waard. Opvallend is dat sommige separeerkamers voorzien zijn van een radio en zelfs een tv komt voor. Bij navraag werd geantwoord, dat een kale lege ruimte kan prikkelen tot agressief gedrag en juist de aanwezigheid van muziek of tv voldoende afleiding geeft. Ook met een kluisje in de separeerkamer (met lexaan deurtje), gebruikt voor de persoonlijke dingen van de cliënt zoals sieraden, is positieve ervaring opgedaan.

In alle separeerkamers komt daglicht naar binnen, voor 98% van de kamers is dit gedoseerd mogelijk. Bijna alle separeerkamers bieden de cliënt uitzicht, zoals blijkt uit figuur 5.9. Door uitzicht wordt een gevoel van opgesloten zijn verminderd. Of de cliënten vanuit deze kamers het uitzicht van hun voorkeur hebben, is geen onderdeel van dit onderzoek. De combinatie van groen en gebouwen wordt het meeste geboden. Kamers met matglas of op een andere manier niet transparant glas (geen uitzicht) komen bij 2% van de kamers voor.

Figuur 5.9 Aard van het uitzicht vanuit de separeerkamer (N=472)



Sanitair in de separeerunit

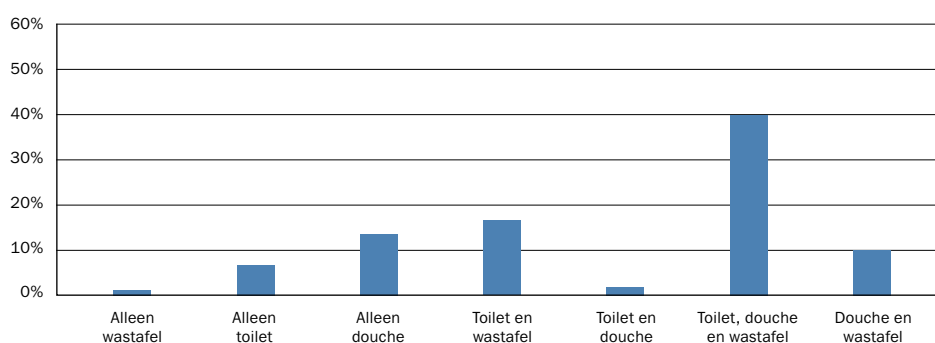
Ongeveer 17% van de separeerkamers beschikt over een toilet. Meestal is dit niet in alle kamers van de unit, zodat er per cliënt gekozen kan worden of men een kamer neemt met of juist zonder een toilet.

Van de separeerunits heeft ruim 92% een of twee sanitaire ruimten. Sporadisch wordt een separeerunit aangetroffen zonder sanitair (2%) of juist met drie tot zes sanitaire ruimten (6%).

Uit figuur 5.10 komt duidelijk de keuze tot uiting voor de inrichting van de sanitaire ruimten in de separeerunits. In de meerderheid van de ruimten is een combinatie van een douche, toilet en wastafel aanwezig. De kleinste sanitaire ruimten beschikken meestal over een toilet of een douche. Vanaf een oppervlakte van 2,5 m² wordt de combinatie van douche en toilet meer aangetroffen.

Afhankelijk van de toestand van de cliënt zal deze vaak in aanwezigheid of in directe nabijheid van personeel gebruik maken van het sanitair. Op het moment van calamiteiten is het gewenst ruimte te hebben voor meer mensen (personeel ter assistentie) in het sanitair. Een ruime sanitaire ruimte en een brede deuropening zijn in dergelijke situaties geen luxe maar noodzaak om te kunnen handelen. Toch heeft de helft van de sanitaire ruimten een deuropening van 90cm of smaller. Een kwart heeft een (deur-) opening van meer dan 99cm.

Figuur 5.10 Voorzieningen in percentages van de sanitaire ruimten (n=377)



Controlemogelijkheid van fecaliën is zelden ingebouwd in het toilet van de separeerunit (1%). De watertoevoer is bij bijna een derde van het sanitair afsluitbaar en ruim een kwart heeft slagvast sanitair zoals een roestvrijstalen toilet en weggewerkte douchekop.

In bijlage K is een overzicht gegeven van de belangrijkste bouwkundige en installatietechnische voorzieningen voor een separeervoorziening.

5.11 Samenvatting en slotbeschouwing

Binnen de gesloten setting van de psychiatrie wordt gebruikgemaakt van speciale ruimten voor de afzondering van cliënten met agressief of ontwrichtend gedrag. Het landelijk beleid is erop gericht het gebruik van deze ruimten voor afzonderen en separeren terug te dringen, zowel de duur van als het aantal afzonderingen en separaties.

Over het separeerbeleid zijn inhoudsdeskundigen van de instellingen geënquêteerd. Door circa 90% van de respondenten wordt aangegeven dat ze gericht beleid voeren om het aantal separaties en afzonderingen terug te dringen. De respondenten noemen als eerste maatregelen de bijscholing van het personeel en een andere benadering van de cliënt. Circa 60% zegt ook alternatieve ruimten te gebruiken in plaats van de gebruikelijke afzonderings- en separeerkamers. Eén op de drie respondenten zegt separeer- en afzonderingskamers buiten gebruik gesteld te hebben en deze ruimten voor andere doeleinden te gebruiken.

Ten opzichte van 2004 is het aantal in dit onderzoek opgenomen separeerunits afgenomen. Daarnaast zijn ruimtelijke alternatieven voor afzonderen en separeren aangetroffen. Van het beleid gericht op het terugdringen van afzonderen en separeren zijn daarmee de eerste tekenen ook in de gebouwen zichtbaar. Gelet op het beperkte aantal aangetroffen alternatieve ruimten wordt verwacht dat dit aantal de komende jaren nog verder zal groeien.

Voor de alternatieve ruimten is een schakering aan namen en uitvoering van ruimten gevonden. Soms lijkt een afzonderings- of separeerkamer echter alleen een andere naam te hebben gekregen zonder dat noemenswaardige ruimtelijke aanpassingen hebben plaatsgevonden. Hoewel een variatie aan ruimten wenselijk is, is het van belang helder zicht op het afzonderings- en separeerbeleid en andere ruimtelijke vernieuwingen van instellingen te houden.

In een piramide (zie figuur 5.3) is schematisch weergegeven hoe de rangorde in de voorzieningen verloopt op de schaal van veiligheidsniveau en belasting van de cliënt. Het hoogste niveau van veiligheid staat bovenaan in de piramide bij de separeer. Tevens wordt de belasting van de cliënt daar als hoogste geschat. Aan de basis van de piramide staat de cliëntenkamer. Een ander duidelijk onderscheid tussen de verschillende ruimten is dat de cliëntenkamer en de stripbare cliëntenkamer gebruikt worden als reguliere cliëntenkamer. Deze kamers tellen mee voor de verblijfs capaciteit van een afdeling. De separeerunit, ic-unit, afzonderingskamer en comfortroom zijn boventallige ruimten. Het gebruiksdoel is eveneens verschillend, de (stripbare) cliëntenkamer wordt als preventiemaatregel toegepast, de afzonderingskamer en separeerunit worden bij calamiteiten gebruikt.

De comfortroom wordt niet gebruikt om cliënten in te sluiten, ze zijn bedoeld als preventieve maatregel. In de opnames van de gebouwen zijn in totaal 40 comfortrooms aangetroffen. De aankleding van deze ruimten is sterk wisselend. Het zijn vaak voormalige afzonderingskamers, zo blijkt uit de 'sporen'. De speciale deuren en andere veiligheidsvoorzieningen zijn soms nog aanwezig.

De uitvoering van comfortrooms kent een grote bandbreedte en is op dit moment nog weinig uitgekristalliseerd.

Bij de cliëntenkamers, met een slot waarmee een cliënt ingesloten kan worden, is nader bekeken of het om een stripbare kamer gaat. Bij bijna 80% van de kamers is insluiten niet mogelijk omdat de sloten hiervoor niet geschikt zijn. Voorzieningen om de kamer te strippen zijn aanwezig bij 93% van de kamers met een slot dat geschikt is voor insluiten. Of de cliënten ingesloten worden, is een vraag waarop dit onderzoek geen antwoord geeft. Duidelijk is dat bij de twee- en meerpersoonskamers soms ook deze sloten aangetroffen zijn.

Twee op de drie afzonderingskamers zijn uitgevoerd met aandacht voor veiligheid. De afwerking van de wanden, vloer, ramen en deur is molestbestendiger uitgevoerd dan bij de cliëntenkamer. Toezicht houden op de cliënt in een afzonderingskamer is lastig zonder de cliënt te storen, daarvoor zijn weinig voorzieningen aangetroffen.

De afzonderingskamers geven op het veiligheidsniveau een meer wisselend beeld. Ook de benaming van kamers varieert, waardoor niet altijd meer duidelijk is waarvoor en hoe de kamer gebruikt wordt en welk niveau van veiligheid en toezicht gewenst is. Ic-units zijn weinig aangetroffen. Het is dan ook niet mogelijk een algemeen beeld te schetsen over de uitvoering en opzet van deze voorzieningen. De ontwikkeling van de ic-unit is nog prematuur.

Separeervoorzieningen worden even vaak op de afdeling als tussen afdelingen op gebouwniveau aangetroffen. De meest voorkomende vorm van een separeerunit in dit onderzoek beschikt over twee separeerkamers, één sanitaire ruimte, een verpooshoek en een voorruimte. De separeerunits die na 2004 gebouwd zijn op gebouwniveau (bijvoorbeeld tussen twee afdelingen) beschikken vaker over een buitenruimte. De separeerkamers hebben een hoog niveau van veiligheid en molestbestendigheid. Iedere separeerkamer heeft daglicht, maar niet altijd uitzicht naar buiten. Kleine maar belangrijke dingen voor de cliënten in de separeerkamer zoals een klok, separeerreglementen, een krijtwand of -bord zijn niet overal in de separeerkamers aangetroffen. Toezicht houden op de cliënt in de separeerkamer zonder de cliënt te storen, is niet altijd mogelijk. Vanuit een spion of raampje in de deur is niet altijd de kamer volledig te overzien. Camerabewaking is bij circa driekwart van de kamers aanwezig. Opvallend is dat de kamers in separeerunits met twee of meer kamers niet identiek uitgevoerd zijn. Het aantal toegangsdeuren en de aanwezigheid van camera-bewaking, toilet, radio of tv kan variëren. Per cliënt en situatie kan bij deze units de meest geschikte kamer gekozen worden.

Separeervoorzieningen hebben een hoog niveau van veiligheid en molestbestendige uitvoering. Verder wordt geconstateerd dat er ontwikkelingen zijn om naast de kale separeerkamer een kamer met net wat meer voorzieningen voor de cliënt aan te kunnen bieden als de situatie van de cliënt dit toelaat.

A Afbakening onderzoek

Afbakening

Het onderzoek omvat een actualisatie van algemene gegevens van gebouwen waarin cliënten verblijven die geïndiceerd zijn voor verblijf in combinatie met behandeling en een verdiepingsslag voor de gesloten huisvesting. Het laatste betreft een verder inzoomen op gesloten/besloten afdelingen binnen de GGZ waarvoor de IGZ een taak vervult in het kader van het toezicht op de gezondheidszorg. Het betreft de reguliere gesloten/besloten afdelingen van de in het kader van de WTZi toegelaten instellingen. De Forensische (beveiligde) afdelingen van GGZ-instellingen zijn met uitzondering van de TBS-klinieken in het onderzoek betrokken.

Selectie instellingen

Voor de selectie van de aangeschreven instellingen is gebruik gemaakt van de adresgegevens uit het Monitoringonderzoek 2004 van het Bouwcollege, de website van het CIBG en de websites van instellingen.

Als basis voor de aan te schrijven instellingen is het adressenbestand uit het onderzoek van 2004 gehanteerd. Hierin waren 112 instellingen opgenomen. Dit adressenbestand is aangepast voor instellingen die tussen 2004 en 2009 zijn gefuseerd of gedefuseerd (28 instellingen).

Van de website van het CIBG (maart 2009) is een overzicht gemaakt van instellingen die verblijf in combinatie met psychiatrische behandeling aanbieden. Dit geeft een overzicht met 248 namen. Deze lijst is geschoond van dubbel voorkomende namen, RIBW's en ambulante zorgverlening. De websites van de instellingen die niet in het adressenbestand uit 2004 waren opgenomen, zijn geraadpleegd om vast te stellen of ze daadwerkelijk 24-uursverblijf in combinatie met psychiatrische behandeling aanbieden.

Aantal instellingen (capaciteit)

In totaal zijn 108 instellingen aangeschreven. Na de eerste contacten bleken er van deze instellingen veertien niet over GGZ-capaciteit te beschikken (hoofdzakelijk instellingen die capaciteit aan andere GGZ-instellingen hebben overgedragen). Van de 94 resterende instellingen hebben drie instellingen in totaal niet aan het onderzoek meegewerkt. Deze instellingen zijn wel in het totaal van instellingen dat klinische GGZ-zorg aanbiedt opgenomen. Voor wat betreft de capaciteitsgegevens is voor deze instellingen de capaciteit zoals aangegeven in de toelating (CIBG) meegenomen.

In de tabel 2.3 in de macrorapportage komt het aantal instellingen dat klinische GGZ-zorg aanbiedt uit op 104. Een paar grote (gefuseerde) instellingen werken met grote werkmaatschappijen of divisies. De capaciteiten en gebouwen zijn over deze divisies verdeeld. Om voor het onderzoek (op gebouwniveau) een werkbare situatie te creëren zijn deze in het onderzoek als aparte instelling geteld. Het aantal instellingen komt op deze wijze op 104 uit.

Aantal instellingen (gesloten setting), gebouwen en afdelingen

In totaal zijn van 77 instellingen de gebouwen met gesloten setting bezocht. Het betreft 378 gebouwen met in totaal 505 afdelingen en 111 appartementen. De gebouwen van in totaal zes instellingen met gesloten plaatsen zijn niet bezocht. Het betreft drie instellingen die niet aan het onderzoek hebben deelgenomen en drie andere instellingen waarbij een afspraken over opname van gebouwen waren te maken. Naar verwachting zijn daardoor circa vijftien gebouwen en 40 gesloten afdelingen niet opgenomen.

Bij de 77 instellingen zijn in totaal 491 separeerkamers opgenomen.

Interimhuisvesting en huisvesting die in 2009 is of wordt verlaten is niet geïnspecteerd. Het betreft in totaal zeven gebouwen

B Overzicht algemene instellingsgegevens (basisinformatie)

Bij aanvang van het uitvoerende deel van het onderzoek (juli 2009) zijn de instellingen benaderd om zogenaamde basisinformatie te verstrekken. Deze informatie is gebruikt om:

- Een capaciteitsoverzicht te maken;
- Een beeld van het onroerend goed van de instelling te schetsen;
- Een selectie te kunnen maken van de te bezoeken gebouwen met gesloten huisvesting.

In onderstaand overzicht is de gevraagde informatie opgenomen.

Gaande weg het onderzoek is gebleken dat instellingen de informatie niet zo gedetailleerd als gevraagd konden aanleveren, hetgeen tot vertraging heeft geleid. In september is besloten voorrang te geven aan het verstrekken van gegevens van het onderdeel gebouwinformatie. Hiervan maakte ook de capaciteiten op circuitniveau deel uit. Veel instellingen hebben vervolgens de overige basisinformatie niet meer verstrekt. In maart 2010 is aan instellingen met gebouwen waarin meerdere circuits zijn ondergebracht gevraagd het aantal plaatsen per circuit en de verdeling daarvan over open en gesloten plaatsen aan te geven. De capaciteitsoverzichten zijn met de aldus verkregen gegevens op gebouwniveau, op instellingsniveau gegenereerd.

Overzicht gevraagde gebouwinformatie

Rechtspersoon

Naam- en adresgegevens

Instellingen vallend onder rechtspersoon

Per instelling de volgende gegevens

Naam- en adresgegevens

Type instelling (meerdere keuzes mogelijk)

APZ (Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis; Volwassenen- en Ouderenpsychiatrie)

PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis)

KJP (Kinder en jeugdpsychiatrie)

Verslavingszorg

Forensische zorg

Locatie (locatiennaam)

Naam- en adresgegevens

Capaciteiten (Plaatsen aanwezig, open/gesloten)

Kinder- en jeugdpsychiatrie

Algemene Kinder- en jeugdpsychiatrie

Eerste psychose

Vroegkinderlijke traumatisering

Orthopsychiatrie

ADHD

Autisme

Jeugdige verslaafden

Totaal

Waarvan open/Waarvan gesloten

Volwassenenpsychiatrie

Algemeen

Persoonlijkheidsstoornissen (exclusief Borderline)

Borderline

Volwassenen met eetstoornissen

Volwassenen met oorlogs-of geweldstrauma

Volwassenen met niet aangeboren hersenletsel

Verslaafden met psychiatrische problemen (D.D.-afdeling)

Psycho-somatiek

WWA

Totaal

Waarvan open/Waarvan gesloten

Volwassenen verslaafden

Algemene Verslavingszorg

Verslaafden met psychiatrische problemen (D.D.-afdeling)

Jeugdige verslaafden

Totaal

Waarvan open/Waarvan gesloten

Ouderen

Algemene psychiatrie

Ouderen met somatische aandoeningen

Totaal

Waarvan open/Waarvan gesloten

Forensisch (jeugd, volwassenen, verslaafden)

Jeugdigen

JFPK

Volwassenenpsychiatrie

FPK

FPA

KIB, zelfstandige kliniek als onderdeel van een APZ

FPA-longstay

Volwassenen verslaafden

FVK

FVA

Totaal

Waarvan open/Waarvan gesloten

Gebouw (Naam)***Algemeen***

Bouwjaar

Jaartal

In gebruik voor huidige functie sinds

Jaartal

Brutovloeroppervlakte (schatting)

m²

Eigendomssituatie

Eigendom

Huur

Onbekend

Wordt gebouw afgestoten/vervangen in 2009?

Ja/Nee

Wordt gebouw (voor huidige functie) in 2009 gerenoveerd?

Ja/Nee

Dient het gebouw als interimhuisvesting?

Ja/Nee

Welke functies zijn in het gebouw gehuisvest?

- Verblijf
- Behandeling
- Ondersteunende begeleiding
- Ondersteunende diensten
- Dagbesteding

Capaciteiten

Aantal cliënten

- In open setting

Aantal

- In gesloten/besloten setting

Aantal

- Waarvan in Forensisch/KIB

Aantal

Alleen voor gebouwen met gesloten plaatsen***Aantal groepen***

- Totaal aantal groepen
- Open
- Gesloten/Besloten/forensisch
- Waarvan Forensisch/KIB

Aantal

Aantal

Aantal

Aantal

Aantal appartementen

- Totaal aantal appartementen
- Open
- Gesloten/Besloten/forensisch
- Waarvan Forensisch/KIB

Aantal

Aantal

Aantal

Aantal

<i>Aantal separeerunits</i>	Aantal
<i>Welke doelgroepen zijn gehuisvest in het gebouw?</i>	
Kinder- en jeugdpsychiatrie	
Volwassenenpsychiatrie	
Verslaafden	
Ouderen	
Forensisch	Jeugdigen/Volwassenen/Verslaafden

C Opzet en fasering onderzoek

In de overzichtstabel op pagina 101 is de opzet en fasering van het onderzoek beknopt weergegeven.

Het onderzoek bestaat op hoofdlijnen uit drie fasen te weten:

- basisinformatie (zie tabel punten 2 en 3);
- inspectiefase (zie tabel punten 4 t/m 7);
- analyse- en rapportage-fase (zie punt 8).

Hierna wordt in het kort op deze fase ingegaan.

Ter voorbereiding op het onderzoek is een overzicht gemaakt van rechtspersonen en instellingen die in het kader van het onderzoek zijn benaderd (voor de werkwijze zie bijlage A).

In de fase basisinformatie zijn instellingen verzocht om adres-, gebouw- en capaciteitsgegevens te verstrekken via een web-applicatie (zie bijlage B). Daarbij zijn relevante gegevens uit het monitoringonderzoek 2004 vooraf ingevuld. Uit de aangeleverde (gebouw-)informatie zijn vervolgens de gebouwen geselecteerd die in de inspectie-fase zijn geïnspecteerd.

Voor de opname van de gebouwen is een aantal thema's benoemd dat van belang is voor het welzijn en gevoel van veiligheid van cliënten en personeel (zie bijlage F). Vervolgens is aan de hand van de thema's in samenspraak met enkele leden van de klankbordgroep een vragenlijst voor de gebouwinspecties (zie bijlage D) opgesteld. Met begeleiding van een extern adviesbureau is de lijst in praktijksituaties bij een aantal instellingen getest (zie bijlage E).

Met het oog op een eenduidige inspectie van gebouwen is tegelijkertijd een op de vragenlijst geënte handleiding voor de inspecties ontwikkeld. Vervolgens zijn inspecteurs voor de inspecties opgeleid en tijdens de eerste inspecties begeleid. De inspecties zijn in november 2009 gestart en in april 2010 beëindigd. In december is voor de inspecteurs een terugkom-ochtend belegd om te evalueren en ervaringen uit te wisselen. Dit heeft tot enkele aanpassingen in de handleiding geleid. In januari zijn de inspecteurs een opnieuw een dagdeel begeleid en beoordeeld.

De inspectiegegevens zijn in een speciaal voor het Centrum ontwikkelde database (Modas) verwerkt. Na inspectie zijn de belangrijkste inspectiegegevens in een verificatierapport ter controle aan de instellingen voorgelegd. Na verwerking van de relevante opmerkingen zijn de gegevens vastgesteld.

Met behulp van Excel 2003 en SPSS 17 zijn de verzamelde gegevens geanalyseerd. Analyse heeft plaatsgevonden aan de hand van de eerder benoemde thema's. Daar waar mogelijk is een verband tussen thema's gelegd.

Gegevens en analyses zijn weergegeven in een macro-rapportage en een instellingsrapportage. De macro-rapportage schetst een landelijk beeld van de capaciteiten en de opzet van de gesloten huisvesting. In de instellingsrapportages wordt een vergelijking gemaakt tussen de landelijke en instellingsgegevens. Over opzet en inhoud van zowel de macrorapportage als de instellingsrapportage is diverse malen overleg gevoerd met vertegenwoordigers van IGZ, GGZN en instellingen. De macro-rapportage is tweemaal besproken in de klankbordgroep.

Overzichtstabel Fasering onderzoek

	Fase	Doel	Werkwijze	Periode
0	Opdracht IGZ	Definiëring en afbakening onderzoek	Overleg met IGZ en GGZN; vastleggen opzet en werkwijze van onderzoek in een plan van aanpak	Februari 2009 - mei 2009
1	Achterhalen Fusie-organisaties	Actualiseren bestand uit monitor-onderzoek 2004. Bestand met te benaderen rechtspersonen en instellingen	Raadplegen websites, CIBG- en Bouwcollege administratie	Mei 2009
2	Bepalen van basisinformatie	Essentiële informatie voor capaciteits-overzicht en inspectiefase	Benoemen van doelgroepen en bepalen benodigde informatie over locaties en gebouwen	April - juni 2009
3	Basisinformatie (verzamelen capaciteits- en basisgegevens)	Per locatie van een instelling een overzicht met adresgegevens en capaciteiten per circuit verdeeld over open en gesloten plaatsen	Gebouw- en adressenbestand van 2004 via een web-tool ter aanvulling en verificatie aan de instellingen voorgelegd. Informatie betrof capaciteits- en gebouwgegevens. In september is expliciet gevraagd om voorrang van gebouwgegevens	Juli 2009 - maart 2010
4	Ontwikkelen en automatiseren inspectieformulier met handleiding	Eenduidig formulier voor opname van gebouwen. Eenduidigheid in verzamelen inspectiegegevens	Aan de hand van literatuuronderzoek, gesprekken, pilotbezoeken onderwerpen en vraagstelling bepalen. Test of vragenlijst werkbaar is	Juli 2009 - oktober 2009
5	Vorbereiding veldwerk	Kwalitatief goede gegevensverzameling	Opleiding inspecteurs, inspectie- en kwaliteitsprotocol, informeren instellingen	Oktober 2009
6	Inspectiefase (uitvoering veldwerk)	Stroomlijning inspecties	Planning veldwerk, uitvoering veldwerk, begeleiding opnames, invoer in geautomatiseerd systeem, verzenden meetgegevens	November 2009 - april 2010
7	Verificatie meetgegevens	Betrouwbaarheid meetgegevens	Belangrijkste meetgegevens met verificatierapport aan instellingen voorleggen	April 2010 - mei 2010
8	Analyse en rapportage	Landelijk capaciteitsoverzicht	Analyse en interpretatie van databestanden	Januari 2010 - juli 2010

D Inspectiegegevens

In bijlage F zijn de thema's weergegeven waarop de gesloten huisvesting is onderzocht. Onderstaand zijn de thema's naar concrete vragen uitgewerkt. De volgorde van de vragen volgt de route die de inspecteurs tijdens de inspectie door het gebouw hebben afgelegd.

De selectie van de te inspecteren gebouwen heeft plaats gevonden op grond van de basisinformatie (zie bijlage B).

In onderstaand overzicht is de verzamelde informatie tijdens de inspectie opgenomen.

Overzicht verzamelde gegevens tijdens bezoek

Enquête beleid inzake terugdringen van dwang- en drangmaatregelen (beleid op instellingsniveau)

Is er speciaal beleid gevoerd of zijn maatregelen getroffen om afzonderen en separeren van cliënten te voorkomen?

Wat is de aard van de maatregelen:

- Bouwkundige maatregelen: afstoten van separeer en/of afzonderingskamers
Creëren van ander soort ruimten zoals comfortrooms, ic-unit of anders genoemde kamers
- Organisatorische, behandeling of personele maatregelen:
Andere benadering van de cliënt
Meer personeel op de afdeling
Bijscholing van het personeel
Inzet van anders opgeleid personeel
- Andere bouwkundige of organisatorische, behandel- of personelemaatregelen.

Zijn er plannen om het aantal separeer- en afzonderingskamers te veranderen c.q. anders te gaan gebruiken?

Aard van de bouwkundige maatregelen:

- Afstoten of ombouwen van separeer en/of afzonderingskamers
- Uitbreiden van het aantal separeers en afzonderingskamers
- Creëren van ander soort ruimten zoals comfortrooms, ic-uint of anders genoemde kamers

Locatie

Locatie kenmerken

Ligging locatie

Toegankelijkheid locatie

Aanwezigheid van ruimten voor recreatieve of arbeidsmatige dagbesteding op locatie

Aanwezigheid van ruimten voor activerende begeleiding op locatie

Aanwezigheid van ruimten voor behandeling op locatie

Veiligheidsmaatregelen op het terrein

Gebouwkenmerken

Benaderbaarheid van het gebouw

Toegankelijkheid gebouw

Aantal bouwlagen gebouw

Aanwezigheid en maten liften in het gebouw

Verblijfsvormen in gebouw

Aanwezigheid van ruimten die door meer dan een afdeling gebruikt worden:

(teampost, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding,

behandeling, multifunctionele, rookruimte, buitenruimte, afzonderingskamer,

separeervoorziening, comfortroom, ic-unit, andere ruimten in het kader van dwang-

en drangmaatregelen)

Algemene kenmerken afdeling

Naam of aanduiding van de afdeling

Aantal cliënten van de afdeling

Doelgroep binnen het circuit

Opnameafdeling

Eigen meubilair

Toegankelijkheid afdeling

Ligging afdeling

Aantal bouwlagen afdeling

Aanwezigheid en maten van lift binnen afdeling

Ruimtelijke kenmerken afdeling

Aanwezigheid buitenruimte voor de afdeling

Aanwezigheid en hoogte van afscheiding buitenruimte

Aanwezigheid en aard van gemeenschappelijke ruimten

Oppervlakte per aanwezige gemeenschappelijke ruimte

Aard van uitzicht vanuit huiskamer

Aanwezigheid en oppervlakte keuken

Afscherming/afsluiting van keuken(kastjes) en apparatuur

Ventilatie keuken

Aanwezigheid en oppervlakte rookruimte

Ventilatie rookruimte
Daglicht in en uitzicht vanuit verkeersruimte
Aanwezigheid teampost
Aanwezigheid personeelstoilet
Overzichtelijkheid verkeersruimte, huiskamer en deuren cliëntenkamers
Problemen met de breedte van de verkeersruimte
Afsluitbaarheid cliëntenkamers van binnen- én buitenkant

Installaties binnen afdeling

Aanwezigheid en type personeelsbeveiligingssysteem
Aanwezigheid camerabewaking in de verkeersruimten
Aanwezigheid cai- en/of internetaansluiting in de cliëntenkamers
Aanwezigheid en type communicatiesysteem in de cliëntenkamers
Aanwezigheid deurstandsignalering in de deur van de cliëntenkamers
Aanwezigheid centrale elektrische deur ontgrendeling van de cliëntenkamers
Gebruik van pasjessysteem voor de deuren
Temperatuurregeling cliëntenkamers
Aanwezigheid of wenselijkheid voor koeling op de afdeling
Ventilatie cliëntenkamers
Ventilatie sanitaire ruimten
Aanwezigheid mogelijkheid voor controle van fecaliën

Verzwaarde uitvoering binnen afdeling

Aanwezigheid en type beglazing (buitengevel, huiskamer, teampost, entrée van de afdeling
Aanwezigheid slagvast sanitair
Molestbestendigheid plafonds
Verzwaarde uitvoering van tussenwanden (geluid, molest)
Verzwaarde uitvoering kozijnen en deuren
Verzwaarde uitvoering hang- en sluitwerk van de deuren en ramen
Afsluitbaarheid of begrenzing van te openen buitenramen

Speciale ruimten binnen de afdeling

Aanwezigheid en aantal gebruiksklare afzonderingskamers
Aanwezigheid en aantal gebruiksklare separeervoorziening
Aanwezigheid en aantal gebruiksklare comfortrooms
Aanwezigheid en aantal gebruiksklare ic-units
Aanwezigheid, naam en aantal gebruiksklare andere ruimten in het kader van dwang en drangmaatregelen

Clëntenkamers op afdeling (per kamer)

Aantal cliëntenkamers

Aantal kamers bestemd voor moeder (of vader) en kind

Aantal cliënten per kamer

Nuttig oppervlak van de cliëntenkamer

Indien niet mobiel of oudere: maten van cliëntenkamer, vrije doorgangsbreedte en hoogte drempel toegangsdeur

Glasoppervlak van de cliëntenkamer waardoor men direct zicht heeft naar buiten

Draairichting van de toegangsdeur de cliëntenkamer

Ligging entree van de cliëntenkamer aan verkeersruimte

Inkijk vanuit de openbare (verkeers)ruimte en/of tegenoverliggend bouwdeel in cliëntenkamer

Mogelijkheid voor insluiten cliënt ingesloten in zijn/haar kamer

Indien insluiten mogelijk: mogelijkheid voor afscherming individuele sanitair en wastafel

- Verankering en afsluitbaarheid de kast
- Aanwezigheid veilige verwarming
- Verwijderbaarheid of afscherming overige meubilair m.u.v. bed
- Molestbestendigheid wanden, vloer en plafond
- Afsluitbaarheid elektriciteit en water buiten de kamer

Sanitaire ruimten binnen afdeling (per ruimte)

Aantal sanitaire ruimten

Type sanitaire ruimte

Aantal toiletten in sanitaire ruimte

Aantal douches in sanitaire ruimte

Aantal baden in sanitaire ruimte

Nuttig oppervlak van de sanitaire ruimte (m²)

Voor mindervalide of oudere, maten en vrije doorgangsbreedte toegangsdeur en hoogte drempel

Afsluitbaarheid sanitaire ruimte van binnenuit (bij gemeenschappelijk of gedeeld gebruik)

Ligging entree sanitaire ruimte aan verkeersruimte (bij gemeenschappelijk of gedeeld gebruik)

Algemene kenmerken appartement

Naam of aanduiding van het appartement

Aantal cliënten in het appartement

Doelgroep binnen het circuit waartoe cliënt in het appartement wordt gerekend

Eigen meubilair

Is de cliënt van dit appartement mobiel?

Ruimtelijke kenmerken appartement

Aanwezigheid buitenruimte bij appartement
Aanwezigheid en hoogte van afscheiding buitenruimte
Gebruiksoppervlakte van het appartement (m²)
Vrije doorgangsbreedte hoofdtoegangsdeur appartement (cm)
Aantal kamers in het appartement
Maten van alle kamer (indien niet mobiel) alle kamers en vrije doorgangsbreedte toegangsdeur
Wijze van ventileren appartement
Wijze van ventileren keuken
Aanwezigheid en type speciale beglazing in het appartement (buitengevel, kamer, entree)
Aard van uitzicht vanuit (woon-)kamer
Glasoppervlak van de woonkamer waardoor men direct zicht naar buiten heeft
Inkijk vanuit tegenoverliggende bouwdelen in de woonkamer van het appartement

Sanitaire ruimte binnen appartement

Aantal sanitaire ruimten
Nuttig oppervlak van de sanitaire ruimte (m²)
Voor mindervalide of oudere, maten en vrije doorgangsbreedte toegangsdeur en hoogte drempel
Ventilatie
Aanwezigheid slagvast sanitair
Aanwezigheid mogelijkheid voor controle van fecaliën

Installaties binnen appartement

Aanwezigheid en type personeelsbeveiligingssysteem
Aanwezigheid cai- en/of internetaansluiting
Aanwezigheid en type communicatiesysteem
Aanwezigheid deurstandsignalering in de deur van de appartement
Gebruik van pasjessysteem voor individueel deurgebruik
Aanwezigheid of wenselijkheid voor koeling op de afdeling

Verzwaarde uitvoering appartement

Aanwezigheid en type beglazing (buitengevel, huiskamer, teampost, entree van het appartement)
Molestbestendigheid plafonds
Verzwaarde uitvoering van tussenwanden (geluid, molest)
Verzwaarde uitvoering kozijnen en deuren
Verzwaarde uitvoering hang- en sluitwerk van de deuren en ramen
Afsluitbaarheid of begrenzing van te openen buitenramen

Algemene kenmerken separeer- en IC-voorzieningen

Gebruik van separeervoorziening door een of meer afdelingen of appartementen
Gelijkvloerse ligging separeervoorziening t.o.v. afdelingen en/of appartementen
Route van afdeling of appartement naar separeervoorziening (vrij of over andere afdeling)
Aantal separeerunits/ic-units binnen voorziening
Ambulance ingang gekoppeld aan voorziening

Ruimtelijke kenmerken separeerunit/IC-unit

Naam unit
Aanwezigheid afgesloten buitenruimte
Wijze waarop buitenruimte is afgesloten
Vrije doorgangsbreedte van de hoofddeur van de unit
Drempel van de hoofdtoegangsdeur lager dan 2 cm
Aanwezigheid voorruimte
Aanwezigheid verpoosruimte
Nuttig vloeroppervlak verpoosruimte
Aanwezigheid zitmogelijkheid (verpooshoek) in de voorruimte
Aanwezigheid van en aard van uitzicht vanuit verpoosruimte of verpooshoek

Ruimtelijke kenmerken kamers in separeer- of IC-unit (per kamer)

Aantal kamers in unit
Vrije doorgangsbreedte verkeersruimten in de unit (cm)
Nuttig vloeroppervlak kamer (m²)
Plafondhoogte kamer (cm)
Vrije doorgangsbreedte van toegangsdeur (cm)
Vrije doorgangshoogte van toegang (cm)
Draairichting van de deur
Vingerveilige sluiting toegangsdeur van de kamer
Type slot in toegangsdeur
Drempel van de hoofdtoegangsdeur lager dan 2 cm
Overzichtelijkheid kamer vanuit de voorruimte
Aard van uitzicht vanuit de kamer

Installaties in separeer- of IC-kamer

Aanwezigheid uitluistersysteem
Aanwezigheid intercom
Aanwezigheid camerabewaking
Aanwezigheid van regelbare daglichttoetreding
Aanwezigheid regelbare (kunst-)verlichting
Aanwezigheid veilige verwarming
Aanwezigheid of wenselijkheid voor koeling in kamer

Verzwaarde uitvoering van en voorzieningen in separeer- of IC-kamer

Aanwezigheid van geluidsisolerende wanden tussen de kamers en aangrenzende ruimte(n)

Aanwezigheid van slagvaste wand- en vloerafwerking

Aanwezigheid van slagvaste plafondafwerking

Aanwezigheid van slagvaste armaturen

Aanwezigheid toilet

Watertoevoer van buiten afsluitbaar

Aanwezigheid voorzieningen voor controle van fecaliën

Aanwezigheid en zichtbaarheid klok

Aanwezigheid van krijtwand

Aanwezigheid vaste bedopstelling

Aanwezigheid en leesbaarheid separeerreglement

Bijzonder gebruik en voorzieningen in separeer- of IC-kamer

Andere naam als het geen separeerkamer is

Verblijf cliënt onder begeleiding van personeel

Aankleding ruimte met sfeerverlichting

Aankleding ruimte met meubilair

Kleur van wanden (geen wit of crème)

Aanwezigheid van zachte materialen op wanden en/of vloer

Aanwezigheid voor eigen keuze muziek

Sanitair in separeer- of IC-unit

Aantal sanitaire ruimten

Nuttig vloeroppervlak van de sanitaire ruimte (m²)

Vrije doorgangsbreedte van toegangsdeur of toegangsopening (cm)

Drempel van de toegangsdeur lager dan 2 cm

Aanwezigheid toilet

Aanwezigheid voorzieningen voor controle van fecaliën

Aanwezigheid douche

Aanwezigheid wastafel

Aanwezigheid slagvast sanitair

Mogelijkheid voor watertoevoer van buiten af te sluiten

Algemene kenmerken afzonderingskamers en Comfortrooms

Nuttig vloeroppervlak kamer (m²)
Vrije doorgangsbreedte toegangsdeur (cm)
Drempel van de toegangsdeur kamer lager dan 2 cm
Draairichting van de toegangsdeur
Type slot in de deur
Overzichtelijkheid kamer volledig vanuit een naastgelegen (verkeers)ruimte
Aanwezigheid kamergebonden sanitaire ruimte

Installaties in afzonderingskamers en Comfortrooms

Aanwezigheid uitluistersysteem
Aanwezigheid intercom
Aanwezigheid camerabewaking
Aanwezigheid veilige verwarming
Aanwezigheid van en wenselijkheid voor koeling
Mogelijkheid voor afsluiten van elektriciteit van buiten de kamer

Verzwaarde uitvoering van afzonderingskamers en Comfortrooms

Aanwezigheid geluidsisolerende wanden tussen de kamer en aangrenzende ruimte(n)
Aanwezigheid en aard van uitzicht vanuit de kamer
Aanwezigheid vernielingsbestendige deur (incl. hang en sluitwerk en kozijn)
Aanwezigheid vernielingsbestendige beglazing
Aanwezigheid vernielingsbestendige wanden

Bijzonder gebruik en voorzieningen in afzonderingskamers en Comfortrooms

Andere naam als het geen afzonderingskamer is
Verblijf cliënt onder begeleiding van personeel
Aankleding ruimte met sfeerverlichting
Aankleding ruimte met meubilair
Kleur van wanden (geen wit of crème)
Aanwezigheid van zachte materialen op wanden en/of vloer
Aanwezigheid voor eigen keuze muziek

Sanitair bij de afzonderingskamer/comfortroom

Aantal sanitaire ruimten
Aanwezigheid toilet
Aanwezigheid voorzieningen voor controle van fecaliën
Aanwezigheid douche
Aanwezigheid wastafel
Aanwezigheid slagvast sanitair
Mogelijkheid voor watertoevoer van buiten af te sluiten

E Samenstelling klankbordgroep en deelnemende instellingen pilot-onderzoek

Het onderzoek is begeleid door een klankbordgroep. De klankbordgroep was als volgt samengesteld:

Inspectie voor de Gezondheidszorg	dhr. A. Höppener
	dhr. R. Rodenhuis
GGZ Nederland	mevr. M. Vroomen
Ministerie van VWS	dhr. A. Melis
Zorgverzekeraars Nederland	mevr. A. Mols
Landelijke Organisatie Cliënten (LOC)	dhr. H. Bleumink
GGZ Eindhoven	dhr. T. van Luijten
Parnassia Bavo Groep	dhr. J. van Nieuwkoop
Karakter	dhr. P. Boonstra

De volgende instellingen hebben deelgenomen aan het pilot-onderzoek, waarin de opnamelijst is getest:

Datum	Instelling	Plaats	Contactpersoon
22 juni 2009	Symfora	Amersfoort	dhr. Bakker
25 augustus 2009	Arkin	Amsterdam	dhr. Lammers
27 augustus 2009	Symfora	Hilversum	dhr. Bakker
3 september 2009	Altrecht	Den Dolder	dhr. Wesdorp
9 september 2010	Gelderse Roos	Wolfheze	dhr. Van der Mooren
			dhr. Norel

F Uitwerking onderzoeksthema's

Ter voorbereiding op samenstelling van de opnamelijst van de gesloten huisvesting is naar elementen gezocht, die de kwaliteit van leven in een gesloten setting binnen de GGZ bepalen.

Volgens Schalok en Verdugo zijn er acht domeinen die van belang zijn voor de kwaliteit van leven. Deze domeinen zijn door IGZ met vier randvoorwaarden voor Kwaliteit van bestaan en zorgverlening aangevuld.

De te onderzoeken gebouwaspecten zijn door het Centrum Zorg en Bouw geconcretiseerd aan de hand van zes van de twaalf domeinen en randvoorwaarden. De gebouwgerelateerde thema's en daarvan afgeleide gebouwgebonden aspecten zijn in onderstaande tabel weergegeven.

In bijlage D zijn de gestelde vragen en gemeten kenmerken tijdens de gebouwinspecties vermeld.

Tabel Domeinen voor kwaliteit van leven met gebouw gerelateerde aspecten

Thema	Omschrijving	Raakvlak gebouw	Operationalisatie
Lichamelijk welbevinden	Maatregelen die de gezondheid verbeteren, in standhouden, rekening houden met de beperkingen van de cliënt	Mobiliteit	Toegankelijkheidsaspecten
Psychisch welbevinden	Zich thuis voelen in de verblijfsomgeving	Situering en kenmerken locatie en huisvesting	Type locatie, veiligheid terrein, grootte gebouw, groepsgrootte, buitenruimte, afsluitbaarheid privéruimte, zicht op ruimten, vrijheidsbeperkende voorzieningen
Persoonlijke ontwikkeling	Behandeling, vrije tijds- en dagbesteding	Mogelijkheden voor behandeling, recreatie en dagbesteding binnen gebouw	Ruimten voor therapie en dagbesteding binnen gesloten gebouw
Materieel welzijn	Kwalitatief verantwoorde verblijfssituatie	Functionele bouwkundige opzet. Bereikbaarheid, privacy	Oppervlakten van ruimten, Privé/gedeeld gebruik van ruimten, invloed op binnen klimaat, aard en omvang van sanitair

Thema	Omschrijving	Raakvlak gebouw	Operationalisatie
Veiligheid (cliënt en personeel)	Zowel objectieve als subjectieve veiligheid moeten worden geborgd, toegepast en onderhouden	Objectieve veiligheid. Veiligheid rondom vrijheidsbeperkende maatregelen	Overzichtelijkheid, karakter verkeersgebieden, teampost, bouwkundige (verzwaarde) afwerkingen, alarmeringsystemen, afzonderings- en separeerruimten en alternatieven
Zelfbepaling	Ondersteunen bij het maken van keuzes, mogelijkheid zelf keuzes te kunnen maken	Keuzemogelijkheid in vorm van verblijf. Bewegingsvrijheid binnen grenzen van een gesloten omgeving	Variatie in verblijfs-concepten. Aanwezigheid meerdere algemene ruimten binnen gebouw. Aanwezigheid gesloten buitenruimte
Interpersoonlijke relaties	Opbouwen en onderhouden van relaties (kwantiteit en kwaliteit)	Voor gesloten setting geen directe relatie met gebouw	
Deelname aan de samenleving	Ondersteuning gericht op een zo groot mogelijke deelname aan samenleving (contacten met lokale voorzieningen)	Voor gesloten setting geen relatie met gebouw	
Kwaliteit van organisatie en medewerkers	Personeel en organisatie zijn deskundig	Geen directe relatie met gebouw	
Samenhang in zorg en ondersteuning	Waarborgen van continuïteit en leveren van zorg vanuit een kleine kring van bekende medewerkers	Geen directe relatie met gebouw	
Belangen	Optimaliseren van de beleving van de cliënt van zijn rechten en plichten als burger, maatregelen om rechten en plichten te versterken	Geen directe relatie met gebouw	
Zorgafspraken en ondersteuningsplan	Elke cliënt heeft een behandel- of ondersteuningsplan	Geen directe relatie met gebouw	

G Tabellen van gebouwen per circuit verdeeld naar setting en aantal cliënten per gebouw

Tabel A Kinder- en jeugdpsychiatrie

Klasse-indeling Aantal cliënten per gebouw	Open		Gesloten		Open en gesloten		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
1 t/m 2	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
3 t/m 6	15	13%	1	1%	0	0%	16	14%
7 t/m 16	41	37%	11	10%	3	3%	55	49%
17 t/m 24	8	7%	2	2%	9	8%	19	17%
25 t/m 48	12	11%	1	1%	3	3%	16	14%
49 t/m 96	3	3%	0	0%	2	2%	5	4%
97 of meer	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Totaal	80	71%	15	13%	17	15%	112	100%

De gebouwklasse met tussen de zeven en zestien cliënten is hier het grootste

Tabel B Volwassenenpsychiatrie

Klasse-indeling Aantal cliënten per gebouw	Open		Gesloten		Open en gesloten		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
1 t/m 2	60	7%	100	11%	0	0%	160	18%
3 t/m 6	183	21%	0	0%	1	0%	184	21%
7 t/m 16	176	20%	15	2%	3	0%	194	22%
17 t/m 24	82	9%	16	2%	17	2%	115	13%
25 t/m 48	72	8%	13	1%	69	8%	154	18%
49 t/m 96	16	2%	3	0%	41	5%	60	7%
97 of meer	0	0%	0	0%	6	1%	6	1%
Totaal	589	67%	147	17%	137	16%	873	100%

De gebouwklasse met tussen de zeven en zestien cliënten is hier het grootste

Tabel C Ouderenpsychiatrie

Klasse-indeling	Open		Gesloten		Open en gesloten		Totaal	
Aantal cliënten								
per gebouw	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
1 t/m 2	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
3 t/m 6	8	6%	0	0%	0	0%	8	6%
7 t/m 16	18	13%	2	1%	0	0%	20	15%
17 t/m 24	17	13%	5	4%	5	4%	27	20%
25 t/m 48	17	13%	1	1%	14	10%	32	24%
49 t/m 96	13	10%	7	5%	20	15%	40	30%
97 of meer	1	1%	4	3%	2	1%	7	5%
totaal	74	55%	19	14%	41	31%	134	100%

De gebouwklasse met tussen de 49 en 96 cliënten is hier het grootste

Tabel D Verslavingszorg

Klasse-indeling	Open		Gesloten		Open en gesloten		Totaal	
Aantal cliënten								
per gebouw	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
1 t/m 2	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
3 t/m 6	7	6%	0	0%	0	0%	7	6%
7 t/m 16	39	35%	3	3%	0	0%	42	38%
17 t/m 24	15	14%	1	1%	3	3%	19	17%
25 t/m 48	24	22%	2	2%	4	4%	30	27%
49 t/m 96	7	6%	1	1%	1	1%	9	8%
97 of meer	0	0%	0	0%	3	3%	3	3%
Totaal	92	84%	7	6%	11	10%	110	100%

De gebouwklasse met tussen de zeven en zestien cliënten is hier het grootste

Tabel E Forensische psychiatrie en KIB

Klasse-indeling	Open		Gesloten		Open en gesloten		Totaal	
Aantal cliënten								
per gebouw	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
1 t/m 2	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
3 t/m 6	6	12%	0	0%	0	0%	6	12%
7 t/m 16	9	18%	5	10%	0	0%	14	29%
17 t/m 24	3	6%	7	14%	2	4%	12	24%
25 t/m 48	1	2%	6	12%	3	6%	10	20%
49 t/m 96	2	4%	2	4%	2	4%	6	12%
97 of meer	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%
Totaal	21	43%	21	43%	7	14%	49	100%

De gebouwklasse met tussen de zeven en zestien cliënten is hier het grootste

H Overzicht (gesloten) afdelingen met alle speciale doelgroepen

	Aantal	Afdeling	
APZ KJP	39	Algemeen KJP	29
		RIBW + BOPZ aanmerking	1
		Verslaafde jeugd	2
		Orthopsychiatrie	4
		Anders KJP	3
Volwassenen	284	Algemeen Volwassenen	229
		RIBW + BOPZ aanmerking	5
		Verslaafden	1
		Dubbele diagnose	18
		Volwassenen met autisme	3
		WWA	1
		NAH(ersenletsel)	12
		Psychosomatiek	1
		Anders	14
Ouderen	100	Algemeen ouderen	65
		Ouderen met somatiek	26
		Anders	9
Forensische afdelingen	74	Forensisch Jeugd	6
		Forensisch Volwassenen	62
		Forensisch Verslaafden	6
Kliniek voor verslavingszorg	7	Algemeen Verslavingszorg	3
		Volwassenen dubbele diagnose	4
Onbekend	1		
Afdelingen totaal	505		

I Ruimtelijke kenmerken, verzwaarde uitvoering en installaties afdelingen

Ruimtelijke kenmerken afdelingen		Kinder- en jeugd- psychiatrie	Volwassenen- psychiatrie	Ouderen- psychiatrie	Verslavings- zorg	Forensische psychiatrie en KIB
Afdelingsgrootte	6 of minder	18%	16%	11%	23%	26%
	6 < pl. ≤ 8	69%	20%	12%	8%	51%
	8 < pl. ≤ 12	8%	38%	31%	23%	22%
	12 < pl. ≤ 16	5%	13%	23%	23%	1%
	> 16 pl.	0%	12%	23%	23%	0%
Afdeling op begane grond		36%	20%	29%	48%	27%
Afdeling op één bouwlaag		64%	80%	71%	52%	73%
Cliëntenkamer	1 persoon	98%	92%	89%	92%	100%
	2 personen	2%	7%	9%	7%	0%
	3 personen	1%	0%	1%	0%	0%
	4 pers	0%	1%	1%	0%	0%
	5 of meer	0%	0%	0%	0%	0%
Oppervlakte cliëntenkamer (m²/pers.)	8 of minder	4%	8%	4%	7%	1%
	8 < opp. ≤ 10	24%	25%	14%	19%	13%
	10 < opp. ≤ 12	38%	29%	20%	17%	39%
	12 < opp. ≤ 15	25%	25%	28%	23%	31%
	> 15m²	9%	13%	34%	34%	16%
Oppervlakte huiskamer (m²/pers.)	4 of minder	15%	22%	20%	19%	17%
	4 < opp. ≤ 6	44%	44%	45%	35%	31%
	6 < opp. ≤ 8	28%	22%	22%	42%	25%
	> 8m²	13%	12%	12%	4%	28%
Aanwezigheid	Buitenruimte	69%	83%	92%	73%	70%
	Rookruimte	8%	74%	93%	54%	77%
	Therapieruimte	41%	47%	29%	38%	58%
	Multifunct. ruimte	62%	38%	27%	35%	29%
	Dagb. recreatie	10%	27%	10%	15%	7%
	Dagb. arbeid	3%	0%	0%	0%	0%
	Dagb. beide	5%	1%	3%	0%	0%
Sanitair: aantal cliënten per toilet	Teampost	95%	67%	66%	73%	75%
	1 of minder	14%	30%	16%	23%	80%
	Vanaf 1 t.e.m. 2	22%	23%	30%	27%	12%
	Vanaf 2 t.e.m. 3	42%	28%	24%	27%	3%
	Vanaf 3 t.e.m. 4	14%	13%	16%	23%	1%
	Vanaf 4 t.e.m. 5	6%	3%	4%	0%	1%
Sanitair: aantal cliënten per douche	Meer dan 5	3%	2%	9%	0%	3%
	1 of minder	6%	29%	13%	23%	57%
	Vanaf 1 t.e.m. 2	11%	17%	27%	23%	4%
	Vanaf 2 t.e.m. 3	47%	18%	5%	32%	3%
	Vanaf 3 t.e.m. 4	17%	20%	16%	5%	10%
	Vanaf 4 t.e.m. 5	8%	7%	17%	5%	16%
Problemen breedte verkeersgebied		16%	13%	2%	31%	6%

Verzwaarde uitvoering binnen afdelingen		Kinder- en jeugd- psychiatrie	Volwassenen- psychiatrie	Ouderen- psychiatrie	Verslavings- zorg	Forensische Psychiatrie en KIB
Toepassing speciaal glas in afdeling		92%	78%	54%	72%	94%
Type beglazing in de buitengevel:	Draad- of blankglas	14%	19%	20%	35%	3%
	Gehard glas	6%	13%	20%	6%	7%
	Gelaagd of lexaan	81%	68%	61%	59%	90%
Type beglazing in de huiskamer:	Draad- of blankglas	25%	25%	17%	12%	3%
	Gehard glas	6%	9%	19%	12%	11%
	Gelaagd of lexaan	69%	66%	63%	76%	86%
Type beglazing in de teampost:	Draad- of blankglas	36%	22%	20%	33%	0%
	Gehard glas	6%	10%	22%	6%	10%
	Gelaagd of lexaan	58%	69%	59%	61%	90%
Type beglazing bij entree afdeling:	Draad- of blankglas	21%	23%	24%	39%	10%
	Gehard glas	6%	7%	15%	6%	10%
	gelaagd of lexaan	74%	70%	61%	56%	79%
Molestbestendige plafonds		28%	23%	15%	8%	45%
Massieve of zware uitvoering tussenwanden		36%	27%	15%	0%	40%
Massieve of zwaardere uitvoering kozijnen en deuren		38%	47%	41%	27%	60%
Zware uitvoering hang- en sluitwerk deuren en ramen		44%	49%	40%	58%	77%
Ramen hebben geen draaibare delen		3%	15%	2%	8%	45%
Draaibare delen (buitenramen) afsluitbaar		63%	62%	56%	29%	68%
Begrenzing raamuitzetters		86%	93%	78%	64%	84%

Installaties binnen afdelingen		Kinder- en jeugd- psychiatrie	Volwassenen- psychiatrie	Ouderen psychiatrie	Verslavings- zorg	Forensische psychiatrie en KIB
Aanwezigheid personeels- beveiligingssysteem	Geen systeem	0%	4%	8%	0%	0%
	Zoneaanduiding	87%	80%	80%	96%	95%
	Ruimte aanduiding	13%	12%	7%	0%	5%
	Anders	0%	4%	5%	4%	0%
Communicatiesysteem cliënten- kamers	Geen systeem	56%	53%	15%	77%	32%
	Intercom	21%	9%	11%	0%	58%
	Uitluistersysteem	13%	3%	5%	0%	4%
	Oproepsysteem	10%	31%	59%	23%	0%
	Combinatie	0%	4%	10%	0%	6%
	Onbekend	0%	0%	0%	0%	3%
Deurstandsignalering cliënten- kamers		44%	5%	1%	0%	58%
Pasjessysteem voor deuren		21%	8%	7%	8%	18%
Centrale deurontgrendeling kamers		21%	12%	14%	8%	63%
Camerabewaking verkeersruimten afdeling		15%	24%	15%	54%	66%
Mogelijkheid voor controle fecaliën afdeling		0%	2%	0%	0%	27%
Cai-aansluiting in cliëntenkamer		26%	53%	67%	54%	81%
Internetaansluiting-aansluiting in cliëntenkamer		5%	24%	23%	12%	34%
Koeling op afdeling		15%	32%	39%	42%	42%

J Overzicht kenmerken afzonderingsvoorzieningen

Kenmerken afzonderingskamers

Afzonderingskamer (n = 199)	Ja	Nee	Onbekend	Totaal
Oppervlakte kamer 12m ² of groter	40%	52%	8%	100%
Kamer vanuit aanliggende verkeersruimte te overzien	27%	64%	9%	100%
Kamergebonden sanitaire ruimte aanwezig	34%	57%	9%	100%
Uitzicht vanuit kamer	87%	8%	9%	100%
Geluidisolerende scheidingswanden	57%	34%	11%	100%
Vernielingsbestendige deur aanwezig	63%	28%	9%	100%
Vernielingsbestendige beglazing aanwezig	71%	19%	10%	100%
Veilige verwarming aanwezig	74%	18%	8%	100%
Koeling aanwezig	30%	62%	9%	100%
Indien geen koeling aanwezig (n = 123), koeling wel gewenst?	67%	28%	5%	100%
Uitluisterapparatuur aanwezig	31%	61%	8%	100%
Intercom aanwezig	33%	59%	8%	100%
Camerabewaking aanwezig	19%	73%	8%	100%

K Overzicht kenmerken separeervoorzieningen

Kenmerken separeervoorzieningen, -units en -kamers				
Separeervoorziening (n=267)	Ja	Nee	Onbekend	Totaal
Ligging op zelfde bouwlaag van afdeling of appartementen	57%	43%	0%	100%
Ambulance ingang aanwezig	56%	43%	1%	100%
Separeerunit (n=279)				
Voorruimte aanwezig	89%	4%	7%	100%
Verpoosruimte aanwezig	32%	61%	7%	100%
Zitmogelijkheid in voorruimte	51%	30%	19%	100%
Uitzicht verpooshoek of verpoosruimte	49%	31%	20%	100%
Sanitaire ruimte(n) aanwezig	93%	1%	6%	100%
Afgesloten buitenruimte aanwezig	30%	63%	7%	100%
Separeerkamer (n=491)				
Oppervlakte kamer 12m ² of groter	58%	38%	4%	100%
Kamer vanuit voorruimte te overzien	63%	33%	4%	100%
Uitzicht vanuit kamer	94%	2%	4%	100%
Regelbare daglichttoetreding in kamer	94%	2%	4%	100%
Toilet in kamer aanwezig	16%	80%	4%	100%
Geluidisolerende scheidingswanden	95%	1%	4%	100%
Veilige plafondafwerking	95%	1%	4%	100%
Plafond 3,5m of hoger	22%	74%	4%	100%
Vingerveilige sluiting deur	55%	41%	4%	100%
Veilige verwarming aanwezig	95%	1%	4%	100%
Koeling aanwezig	73%	21%	6%	100%
Indien geen koeling aanwezig (n=105), koeling wel gewenst?	65%	25%	10%	100%
Uitlusterapparatuur aanwezig	56%	40%	4%	100%
Intercominstallatie aanwezig	74%	22%	4%	100%
Camerabewaking aanwezig	60%	35%	5%	100%

L Overzicht van gebruikte afkortingen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
CAI	Centrale Antenne Inrichting
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
Cbz	College bouw zorginstellingen
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CWZW	Centrum voor Wonen, Zorg en Welzijn
FPA	Forensische Psychiatrische Afdeling
FPK	Forensische Psychiatrische Kliniek
FVA	Forensische Verslavingsafdeling
FVK	Forensische Verslavingskliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGZN	Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
IBS	In bewaringstelling
IC	Intensive Care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IZE	Intensieve Zorg Eenheid
KIB	Kliniek voor Intensieve Behandeling
KJP	Kinder- en jeugdpsychiatrie
MGv	Maandblad Geestelijke Volksgezondheid
NAH	Niet Aangeboren Hersenletsel
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PUK	Psychiatrische Universitaire Kliniek
RGC	Regionaal Geestelijke Gezondheidscentrum
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Woonvormen
RM	Rechterlijke Machtiging
SBS	Sick Building Syndrome
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TBS	Ter Beschikkingstelling
TNO	(Nederlands Instituut voor) Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
VROM	(Ministerie van) Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WWA	Woon- en Werkvoorziening voor Autisten
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

M Bronvermelding

- Bouwbesluit (2003).
- Cbz, AWBZ-voorzieningen: Prestatie-eisen voor nieuwbouw, referentiekader voor bestaande bouw, Utrecht, 2007.
- Cbz, Separeer- en afzonderingsvoorzieningen: Bouwmaatstaven voor nieuwbouw, Utrecht, 2003
- 'Een keten van lege zondagen', tekorten in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten in het APZ, vergeleken met een standaard', B. van Wijngaarden, M.E.M. Bransen, H.J. Wennink, Trimbosinstituut, 2001.
- Dijkstra, K., Pieterse, M. & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. J. Adv. Nurs. 56, 166-181.
- Gebouwkwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, juli 2004, rapportnummer 571).
- IGZ, Beleidsdocument 'Sterk van Geest', naar herstel van regie: effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 2008-2011.
- Informatie over project 'Dwang en drang' GGZ Nederland, website GGZ Nederland.
- Janssen, W.A., E.O.Noorthoorn, W.J.de Vries, e.a. (2009) Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002 - 2008; Nederland internationaal vergeleken. MGv nr.64, 457-469.
- Keep, P.J., J. James, M. Inman (1980) Windows in the intensive therapy unit. Anaesthesia, 35:257-262.
- Schaaf, P.S. van der; Kwaliteit van de fysieke zorgomgeving. Rapportnummer 617, College bouw zorginstellingen, 2008.
- Schalok en Verdugo, 'Handbook of Quality of life for Human Service Practioners' (2002).
- Project 'Dwang en drang GGZ Nederland', 2006.
- Sterk van Geest, naar herstel van regie: effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke gezondheidszorg 2008-2011', IGZ , 2008.
- Stg. Pandora, Technologische ontwikkelingen in de GGZ; e-mental health en substitutie nader bekeken. 2008Trimbos Instituut, GGZ in tabellen 2008.
- Toekomstverkenning intramurale GGZ, Trimbosinstituut, in opdracht van TNO Centrum zorg en bouw (2009).
- Trimbos-instituut, Trendraportage GGZ, deel 3 Kwaliteit en effectiviteit.
- Ulrich, R. & Zimring, C. (2004). The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21ste Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. Center for Health Systems and Design, Texas A&M UniversityW.A. Janssen, E.O. Noorthoorn, W.J. de Vries, e.a. (2009). Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. MGv nr. 64, 457-469).

- Zichtbarezorg GGZ, Basisset prestatie-indicatoren 2009-2010; geestelijk gezondheidszorg en verslavingszorg, Den Haag, 2009.
- ZN e.a., Prestatie-indicatoren geestelijk gezondheidszorg en verslavingszorg Basisset, Utrecht, 2006.
- VGN e.a. Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg; visiedocument.
- W.A. Janssen, E.O. Noorthoorn, W.J. de Vries, ea. (2009). Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. MGv nr. 64, 457-469)
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, Staatsblad, 1992.
- www.cibg.nl/wtzi

Omslagbeeld

Remco Sterk, *Heimwee*, 2008

Oliepastel

Remco Sterk's meest gebruikte techniek is pastelkrijt op zwart papier. Hij werkt altijd met hetzelfde formaat, en uit het hoofd. Hij scheidt vanuit zijn eigen fantasie. Zijn stijl is magisch realistisch/surrealistisch en veel gebruikte thema's zijn licht en donker, clair obscure. Hij haalt zijn inspiratie vooral uit de vergankelijkheid, het bovennatuurlijke, muziek en andere kunstenaars zoals Magritte, Monet, Cherico, Hopper en Van Gogh.

Hij schildert de eeuwigheid, de eindigheid, probeert een mystieke sfeer in zijn werk te brengen en vind het heel mooi als mensen zijn werk aan de muur hebben, dat ze ervan genieten, er troost uit putten.

Remco's werk is onder meer te zien in kunstuitlen MeesterWerk, Kleine Houtweg 13 te Haarlem.

ISBN 978-90-5986-364-4

In Nederland zijn binnen de Geestelijke gezondheidszorg 25.055 klinische plaatsen in gebruik voor mensen met een psychische ziekte. Van deze plaatsen zijn er 7.000 als gesloten uitgevoerd. De mensen die op de gesloten plaatsen verblijven behoren tot de meest kwetsbare groep binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat om mensen die door hun ziekte de regie over het eigen leven verloren zijn en vaak ernstige gedragsproblematiek vertonen en daardoor soms ook met justitie in aanraking zijn geweest. De mensen hebben behoefte aan intensieve zorg en begeleiding in een prikkelarme afgeschermd veilige omgeving. In sommige gevallen dient ook de maatschappij tegen deze cliënten in bescherming te worden genomen.

De kwaliteit van leven van de cliënten hangt voor een belangrijk gedeelte samen met de kwaliteit van de huisvesting. De cliënten zijn in bijna alle gevallen in groepsverband op afdelingen gehuisvest. Ze brengen een groot gedeelte van de dag binnen hun huisvesting door en kunnen deze niet vrijwillig verlaten. Belangrijke vragen voor de huisvesting zijn: Wordt cliënt en personeel voldoende veiligheid geboden? Is er voor de cliënten privacy aanwezig? Beschikken de cliënten over voldoende leefruimte? Zijn er mogelijkheden voor dagactiviteiten? Zijn de gebouwen voor ouderen en minder mobiele cliënten toegankelijk? Binnen de psychiatrie en met name bij de cliënten die in gesloten setting verblijven worden soms dwang- en drangmaatregelen toegepast. In Nederland wordt er naar gestreefd het aantal maatregelen terug te dringen door een andere benadering van de cliënt en door bij maatregelen gebruik van nieuwe ruimten met een cliëntvriendelijker karakter te maken.

Het Centrum Zorg en Bouw onderdeel van TNO, heeft in opdracht van de inspectie voor de gezondheidszorg, de gesloten huisvesting binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de ruimten die in het kader van dwang- en drangmaatregelen worden gebruikt nader onderzocht. Hiertoe is de gesloten huisvesting van nagenoeg alle instellingen die klinische zorg in de GGZ aanbieden, opgenomen. Aan de hand van vijf thema's zijn te onderzoeken gebouwaspecten bepaald. Deze thema's zijn privacy, verblijfscomfort, bewegingsvrijheid, drang en veiligheid. Het thema veiligheid is bij uitstek belangrijk voor de gesloten huisvesting. De thema's zijn onder andere afgeleid uit de kwaliteitskaders voor de zorg van de Inspectie voor de gezondheidszorg. Behalve op locatie en gebouwaspecten wordt in het onderzoek ook op de ontwikkeling van de klinische capaciteit in de GGZ sinds 2004 ingegaan.

