

BIJLAGEN BEHORENDE BIJ HET ONDERZOEK

ONDERWEG NAAR DE WET ZORG EN DWANG

Een praktisch en rechtsvergelijkend onderzoek naar de gevolgen van de Wet Zorg en dwang voor zorgprofessionals binnen De Zorggroep.

Annelou Geuns in opdracht van De Zorggroep

Venlo, 1 juni 2015



INHOUDSOPGAVE

Bijlage 1 – Beleidsnotitie Wet Bopz	3
Bijlage 2 – Uitvoeringsprotocollen Wet Bopz	36
Bijlage 3 – Registratieformulier psychofarmaca.....	71
Bijlage 4 – Evaluatieformulier psychofarmaca	73
Bijlage 5 – Bopz-behandelplan	74
Bijlage 6 – Registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregelen	76
Bijlage 7 – Interview Bopz-arts	80
Bijlage 8 – Interview Bopz-verpleegkundige	85
Bijlage 9 – Interview coördinator zorg en diensten.....	89
Bijlage 10 – Interview kwaliteitsverpleegkundige	94
Bijlage 11 – Interview verpleegkundige	97

BIJLAGE 1 – BELEIDSNOTITIE WET BOPZ

Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)

Beleidsnotitie geldend voor De Zorggroep

Doel

Medewerkers van De Zorggroep hanteren de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) en de daarin beschreven vrijheidsbeperkende maatregelen op een correcte en eenduidige wijze.

Doelgroep

Artsen, teamleiders, verpleegkundigen en verzorgenden die betrokken zijn bij de zorg van cliënten waarop de wet BOPZ van toepassing is. De beleidsnotitie geldt dus voor BOPZ aangemerkte afdelingen in de verzorgings- en verpleeghuizen.

Totstandkoming

De beleidsnotitie BOPZ is in maart 2011 geactualiseerd door de BOPZ-artsen n.a.v. het IGZ rapport 'Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg'. Vervolgens zijn tussentijdse wijzigingen opgenomen in de beleidsnotitie en is de notitie in juni 2014 weer opnieuw geëvalueerd in het BOPZ-artsenoverleg.

Status document

Vastgesteld door Crisisberaad	d.d. 03-09-2012
Geëvalueerd en vastgesteld in BOPZ-artsenoverleg	d.d. 12-06-2014

Verwijzing

- Werkafsprak 'Waarneemregeling BOPZ-artsen'.
- 'Uitvoeringsprotocollen vrijheidsbeperkende handelingen'.
- Zorginformatie 'De Wet BOPZ'.
- Formulier zorgdossier: 'Vrijheidsbeperkende maatregel'
- Formulier zorgdossier: 'Verlofregeling RM/IBS'

Evaluatie

- De beleidsnotitie wordt één keer per twee jaar geëvalueerd (tegelijk met bovengenoemde documenten). De eerstvolgende evaluatie vindt plaats in juni 2016. Indien de Wet Zorg en Dwang, die de Wet BOPZ zal vervangen, eerder van kracht is zal de evaluatie eerder plaatsvinden.
- Opmerkingen t.a.v. deze beleidsnotitie kunt u doorgeven aan:
anja.de.ruijter@dezorggroep.nl

Inhoudsopgave

1.	Zorgvisie	3
2.	Wet BOPZ en haar relatie met andere wetten	4
3.	Op wie is de Wet BOPZ van toepassing?	5
4.	Begrippen uit de Wet BOPZ	6
5.	De opnemingsprocedures	9
6.	Inbewaring stelling (IBS) en rechterlijke machtiging (RM)	10
7.	Vrijheidsbeperkende maatregelen	12
8.	Het zorgdossier	18
9.	Verlof / afwezigheid	19
10.	Bezwaar tijdens verblijf	20
11.	Taken en verantwoordelijkheden van de BOPZ-arts	21
12.	Klachtenregeling	23
13.	Deskundigheidsbevordering t.a.v. de Wet BOPZ	24
Bijlage 1	Beslisboom vrijheidsbeperkende maatregelen	25
Bijlage 2	Alternatieven die ingezet kunnen worden om fixatie te voorkomen	26
Bijlage 3	Uitgangspunten bij nieuwe PG-afdeling/locatie die nog niet BOPZ aangemerkt is	31

1. Zorgvisie

In onze zorgvisie staan de volgende elementen centraal:

- De cliënt dient de vrijheid te hebben te kunnen kiezen en eigen beslissingen te kunnen nemen (zelfbeschikkingsrecht).
- De cliënt wordt beschouwd als een individu met eigen unieke wensen, behoeften en voorkeuren. De individuele vraag van de cliënt is het uitgangspunt bij het aanbieden van zorg.
- De cliënt wordt in zijn totaliteit gezien en benaderd. De cliënt kan niet los gezien worden van zijn of haar sociale omgeving, lichamelijke en geestelijke gesteldheid.

In aansluiting op de zorgvisie past een beleid waar zo min mogelijk dwang wordt toegepast. De vraag van de cliënt is het uitgangspunt voor het zorgaanbod. Door deskundige zorg en begeleiding trachten medewerkers zoveel mogelijk preventief te werken waardoor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen tot een minimum beperkt wordt.

De Zorggroep heeft een non-fixatiebeleid. Dit houdt in dat cliënten niet vastgebonden of gefixeerd worden door middel van Zweedse banden of andere maatregelen die de bewegingsvrijheid ernstig beperken. Wanneer een vrijheidsbeperkende maatregel toch nodig blijkt te zijn, stelt men de minst ingrijpende maatregel voor, na een gedegen risicoafweging en zorgvuldig overleg. Bij het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen evalueren medewerkers zorgvuldig of dit het juiste antwoord is op de (zorg)vraag.

De cliënt / vertegenwoordiger krijgt voor opname de zorginformatie 'De Wet BOPZ' uitgereikt. Het non-fixatiebeleid en BOPZ-klachtenregeling worden daarnaast mondeling toegelicht tijdens de eerste zorgplanbespreking.

2. Wet BOPZ en haar relatie met andere wetten

In de patiëntenwetgeving worden de grondrechten van burgers vertaald in rechten van patiënten in de hulpverlenersrelatie. De **Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)** is hiervan een voorbeeld. Hierin worden de fundamentele rechten van patiënten geregeld. Het gaat om: recht op informatie, toestemmingsvereiste, inzage-recht en bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De extra kwetsbare positie van specifieke groepen patiënten vraagt om een eigen regelgeving. In dit kader moet de **Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)** worden gezien. Het betreft hier regelgeving voor mensen die niet vrijwillig in instellingen worden opgenomen of niet zelf over hun opname kunnen beslissen. Het doel van deze wet is dus het verbeteren van de rechtspositie van niet-vrijwillig opgenomen cliënten. Andere specifieke wetgeving is bijvoorbeeld de **Wet op Mentorschap** ten behoeve van meerderjarigen. Hierin worden regels gegeven voor de immateriële belangenbehartiging van mensen, die hiertoe zelf gedurende langere tijd niet in staat zijn, omdat zij (deels) wilsonbekwaam zijn. Doel van de wetgeving is telkens het recht op zelfbeschikking zo veel mogelijk te waarborgen. Waar dit niet mogelijk is, worden regelingen getroffen voor extra bescherming en plaatsvervangend beslissen.

Wet BOPZ

Sinds januari 1994 geldt de Wet BOPZ voor psychogeriatrische afdelingen van verpleeghuizen. Sinds december 1999 geldt de Wet BOPZ ook voor de 'aangemerkte' BOPZ-afdelingen van verzorgingshuizen. Dit houdt in dat de wet BOPZ niet van toepassing is en dus ook niet toegepast wordt in de thuissituatie, somatische afdelingen en reguliere verzorgingshuisafdelingen.

Indien een cliënt niet-vrijwillig is opgenomen, zijn de regels van de Wet BOPZ van toepassing als het gaat om verzorging en verpleging in relatie tot de geestesstoornis. Met betrekking tot somatische klachten van een niet-vrijwillig opgenomen cliënt gelden de rechten en plichten zoals omschreven in de WGBO.

3. Op wie is de Wet BOPZ van toepassing?

Cliënten die binnen De Zorggroep zijn opgenomen, kunnen we op grond van hun juridische status onderverdelen in drie categorieën:

- a. Cliënten die blijken van de nodige **bereidheid tot opname**: dit zijn de vrijwillig opgenomen cliënten.
- b. Cliënten die **noch bereidheid tot, noch bezwaar** tegen opname tonen: een wettelijk ingestelde BOPZ-toets via het CIZ (art. 60) moet dan beoordelen of opname noodzakelijk is.
- c. Cliënten die blijken van **bezwaar tegen opname of verblijf**: de rechter beoordeelt of opname (dan wel voortgezet verblijf) noodzakelijk is. Als deze cliënten worden opgenomen, dan is dit een opname met behulp van een RM of IBS.

De wet BOPZ is van toepassing op cliënten die onvrijwillig zijn opgenomen (categorie b en

c). De meeste cliënten waarvoor de wet geldt, vallen in categorie b.

4. Begrippen uit de Wet BOPZ

Behandeling

Behandeling in het kader van de BOPZ is dat deel van de behandeling, dat gericht is op het opheffen of verbeteren van de geestesstoornis, zodat het gevaar op grond waarvan de cliënt is opgenomen, kan worden beperkt of opgeheven. Voor behandeling van zuiver somatische aandoeningen bij deze cliënten zullen de rechten en plichten gelden, zoals omschreven in de Wet Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO).

Bezwaar

Zie 'verzet'.

BOPZ-arts

In de regio's van De Zorggroep zijn BOPZ-artsen belast met de taken die in de wet BOPZ aan de geneesheer-directeur worden toegeschreven. Voor de leesbaarheid en helderheid wordt in de tekst, daar waar volgens de wet geneesheer-directeur zou moeten staan, de BOPZ-arts als uitvoerende functionaris in deze vermeld.

Centrum indicatiestelling Zorg (CIZ)

Het CIZ bepaalt de noodzaak voor opname op een BOPZ-aangemerkte afdeling van een verzorgings- of verpleeghuis en toetst de juridische status van de cliënt.

Gevaar

Gevaar wordt als volgt omschreven: 'Door de stoornis van de geestvermogens veroorzaakt betrokkene gevaar, dat niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis (c.q. een gesloten afdeling) kan worden afgewend'.

Gevaar wordt verder onderverdeeld in:

- a. gevaar voor zichzelf;
- b. gevaar voor anderen;
- c. gevaar voor algemene veiligheid van personen of goederen.

Inbewaringstelling (IBS)

Inbewaringstelling is een beslissing van de burgemeester, als een cliënt met spoed opgenomen moet worden. De voortzetting van de inbewaringstelling geschiedt op basis van een rechterlijke uitspraak.

Juridische status

Cliënten worden vrijwillig of niet vrijwillig opgenomen. Dit heet de juridische status van de cliënt.

Rechterlijke machtiging (RM)

Een Rechterlijke Machtiging is een beslissing van de rechter dat een cliënt opgenomen moet worden of het verblijf moet worden voortgezet.

Vertegenwoordiging

Wanneer een cliënt niet meer in staat is zijn eigen belangen te behartigen, wordt een vertegenwoordiger benoemd of aangewezen die namens de cliënt zal optreden. De hulpverleners zullen dan bij het nemen van beslissingen die de cliënt aangaan, overleg voeren met de vertegenwoordiger. In veel gevallen neemt de partner, kind of ander familielid dit vertegenwoordigerschap op zich; men spreekt dan van een informeel vertegenwoordiger. In andere gevallen wordt een vertegenwoordiger benoemd door de rechter; men spreekt dan van een formeel vertegenwoordiger.

Verzet

Verzet is een term uit de WGBO en de Wet BOPZ en verwijst naar de situatie dat de cliënt te kennen geeft niet in te stemmen met handelen t.a.v. zijn persoon. Verzet hoeft niet altijd uit woorden te blijken: het kan ook gaan om gedrag waaruit de afkeuring blijkt. In die zin is de term 'verzet' breder dan de term 'bezwaar'. Uitgangspunt in beide wetten is dat ook een wilsonbekwame zich kan verzetten. Er zijn echter geen harde regels te geven voor wanneer nu precies wel en wanneer nu precies niet gedrag van b.v. een dementerende cliënt gerespecteerd dient te worden als rechtsgeldige wilsuiking van verzet. In de Wet BOPZ komt de vraag of er sprake is van verzet in twee gevallen aan de orde. In de eerste plaats is dat verzet tegen opname. In de tweede plaats is dat verzet tegen behandeling, verzorging of vrijheidsbeperkende maatregelen.

Een cliënt die in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen en bezwaar maakt tegen opname of bepaalde zorg, toont verzet. Een cliënt die daar niet toe in staat is, maar na opname voortdurend en in buitengewone mate blijft aangeven dat hij naar huis wil of ook telkens weer uit alle macht weigert zijn medicatie in te nemen, toont eveneens verzet.

De interpretatie van gedrag dat een afwijzing lijkt in te houden van zorgaanbod, is niet altijd eenvoudig. Zeker niet in gevallen dat de cliënt niet zelf bevraagd kan worden over de intenties van zijn gedrag of dit niet zelf kan uitleggen. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt altijd en overal 'nee' op zegt, is niet direct duidelijk of hij zich tegen een bepaalde interventie nu wel echt verzet. Zorgverleners en andere betrokkenen die vertrouwd en bekend zijn met het gedragsrepertoire van de cliënt zouden dit gedrag kunnen waarderen als 'geen verzet' tegen de interventie. Vanuit het oogpunt van zorgvuldig handelen kan de behandelaar besluiten om de uiting wel als verzet tegen de interventie op te vatten. 'Verzet' is dus geen hard gegeven, maar een waardering van gedrag door zorgverleners en andere betrokkenen die vertrouwd en bekend zijn met het gedragsrepertoire van de betrokkene.

Verzet dient breed opgevat en altijd serieus genomen te worden. In geval van twijfel moet de behandelaar overleggen met zorgverleners en naasten van de cliënt om het gedragsrepertoire goed in beeld te krijgen en een zorgvuldige afgewogen beslissing te kunnen nemen voor de vraag of er sprake is van 'verzet'.

Vrijheidsbeperkende maatregelen

In de Wet BOPZ worden tot vrijheidsbeperkende maatregelen gerekend: afzondering, separatie, fixatie, het gedwongen toedienen van medicatie en het gedwongen toedienen van vocht en voedsel. Voor psychogeriatrische cliënten geldt dat separatie (in een isoleercel) niet mag worden toegepast.

Wilsbekwaamheid

De cliënt is wilsbekwaam wanneer deze in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen. De cliënt moet de informatie begrijpen die op zijn of haar bevattingvermogen is afgestemd en hierover keuzes kunnen maken. Deze informatie omvat de beoordeling van de gezondheidstoestand, aard en doel van de voorgestelde behandeling, mogelijk alternatieven en de gevolgen van de voorgestelde behandeling, dan wel het niet behandelen.

Wanneer de cliënt niet in staat is aan te geven wat hij wil of juist niet wil, spreken we van wilsonbekwaamheid. In een aantal gevallen is het overduidelijk dat iemand niet zelf kan beslissen, bijvoorbeeld wanneer iemand bewusteloos is. Ook bij zwaar demente cliënten is vaak geen twijfel mogelijk. In andere gevallen is het minder duidelijk of de cliënt zelf kan beslissen; de cliënt is de ene keer wel en de andere keer niet in staat zelf een beslissing te nemen. De vraag of de cliënt wel of niet wilsbekwaam is, moet per situatie worden bekeken en expliciet door de behandelend arts worden beoordeeld. De behandelend arts bepaalt, na overleg met andere leden van het team en de vertegenwoordiger, of de cliënt wilsonbekwaam is. De hoofdregel hierbij luidt: de cliënt is wilsbekwaam tot het tegendeel is bewezen. Wanneer de cliënt wilsonbekwaam wordt geacht, is toestemming voor behandeling vereist van de vertegenwoordiger. Het is mogelijk dat sprake is van gedeeltelijke

wilsonbekwaamheid: de cliënt is dan voor het ene onderdeel van de behandeling wel wilsbekwaam en voor het andere onderdeel niet. Zo kan iemand bijvoorbeeld door gebrek aan ziekte-inzicht het belang van een medicamenteuze behandeling niet onderkennen en voor dit onderdeel wilsonbekwaam worden bevonden.

Per onderdeel van het zorgplan wordt nagegaan of overleg met de cliënt nog mogelijk is en toestemming van de cliënt kan worden verkregen. Als de cliënt voor bespreking van één of meer onderdelen van het zorgplan wilsonbekwaam is, moet met de vertegenwoordiger van de cliënt worden overlegd. De vertegenwoordiger moet dan toestemming geven voor de behandeling.

De BOPZ-arts is verantwoordelijk voor het toezicht op de wilsbekwaamheidsbeoordeling.

Zorgdossier

Het zorgdossier omvat alle zorgverleningsactiviteiten rond een cliënt. Voor de Wet BOPZ is dat deel van het zorgdossier dat zich richt op de geestesstoornis, van belang.

5. De opnemingsprocedures

Bij opname op een gesloten afdeling moet het CIZ altijd een BOPZ-toets doen om te kijken of er sprake is van:

- a. vrijwillige opname;
- b. noch bereidheid / noch bezwaar
- c. bezwaar.

Binnen de wet BOPZ zijn drie opnameprocedures mogelijk:

a. Bereidheid: vrijwillige opname.

De toekomstige cliënt is voldoende bekwaam om zijn/haar mening te uiten.

- b. De toekomstige cliënt toont **noch bereidheid noch bezwaar**: een onafhankelijke indicatie commissie (CIZ) beoordeelt en bepaalt de noodzaak van opname via de zogenaamde BOPZ-toets. Het criterium hierbij is of de cliënt zich buiten de instelling kan handhaven.

- c. **Bezwaar**: - geen opname of
- een onvrijwillige opname.

Bij bezwaar kan de toekomstige cliënt alleen opgenomen worden als er een gevaarscriterium bestaat. Dit kan dan alleen door middel van een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling.

Zie hoofdstuk 4 voor de definitie van 'Bezwaar' en 'Gevaar'.

Beleid bij spoedopname

Bij cliënten die noch bereidheid tot, noch bezwaar tegen opname tonen (categorie b), oordeelt het CIZ over de noodzaak om de cliënt op te nemen op een BOPZ-aangemerkte afdeling. Bij een spoedopname ontbreekt hier soms de tijd voor en heeft de cliënt geen geldende art. 60-indicatie. De volgende stappen worden in dat geval doorlopen:

- Bij een spoedopname vindt voorafgaand aan de opname overleg plaats tussen de verwijzer en de (dienstdoende) specialist ouderengeneeskunde.
- Bij een spoedopname wordt de cliënt door een specialist ouderengeneeskunde gezien.
- De cliënt wordt opgenomen als ware er sprake van art. 60-indicatie in het kader van de Wet BOPZ (noch bereidheid/noch bezwaar), tenzij de specialist ouderengeneeskunde oordeelt dat de cliënt zich verzet waardoor een IBS/RM noodzakelijk is.
- Het CIZ heeft toegezegd om binnen 5 werkdagen de BOPZ-toets (art. 60) te verrichten.

Voor opnames van cliënten met een IBS of RM (categorie c) is er geen knelpunt omdat deze maatregelen niet door het CIZ worden afgegeven maar door de burgemeester respectievelijk de rechter. Ook voor vrijwillige opnames (categorie a) op een BOPZ-afdeling (die in een spoedsituatie overigens nauwelijks voorkomen) is er geen knelpunt.

6. Inbewaringstelling (IBS) en rechterlijke machtiging (RM)

IBS

De inbewaringstelling geldt voor de periode die nodig is voor het regelen van een voorlopige rechterlijke machtiging. Indien er sprake is van een inbewaringstelling zal een cliënt altijd op een BOPZ aangemerkte (afdeling van een) instelling opgenomen worden. In het geval dat de cliënt al bij ons verblijft, meldt de BOPZ-arts de opname bij de griffier van de rechtbank. De BOPZ-arts meldt maandelijks aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg de namen van cliënten die zijn opgenomen met een IBS.

RM

De procedure tot het verkrijgen van een RM begint met het verzoek tot een voorlopige machtiging. Als blijkt dat na het aflopen van de geldigheidsduur van de voorlopige machtiging opname nog noodzakelijk is, wordt een rechterlijke machtiging afgegeven. De rechter kan een voorlopige machtiging verlenen. Indien er sprake is van een (voorlopige) rechterlijke machtiging zal de cliënt altijd op een BOPZ aangemerkte (afdeling van een) instelling opgenomen worden.

De BOPZ-arts meldt maandelijks aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg de namen van cliënten die zijn opgenomen met een (voorlopige) RM.

Wie mogen om een rechterlijke machtiging verzoeken?

Dat kan de officier van justitie doen (dit heet 'ambtshalve'). Maar ook de familie kan dat doen. Het begrip familie moet daarbij ruim worden opgevat (geen schoonfamilie):

- de echtgenoot(o)te of degene die een duurzame gemeenschappelijke huishouding heeft met de cliënt;
- de ouders of grootouders;
- meerderjarige kinderen / kleinkinderen / broers en zussen, ooms en tantes;
- de voogd of curator van de betrokkene.

Anderen, hulpverleners en 'buitenstaanders', kunnen de officier van justitie wel vragen om 'ambtshalve' een vordering bij de rechter in te stellen. Formeel ligt het initiatief dan dus bij de officier, terwijl feitelijk anderen hem daar om verzoeken. Dat is meestal de weg waarlangs een vordering verloopt. Ook als de cliënt al opgenomen is, maar niet langer mee wil werken, moet de gehele procedure worden doorlopen. Het is dus niet voldoende dat artsen aangeven dat het nodig is dat de cliënt in kwestie opgenomen blijft.

De 'verzoekers' moeten zich richten tot de officier van justitie van de rechtbank in het arrondissement van de werkelijke woon- of verblijfplaats van de cliënt. Als de cliënt al in behandeling was, telt de vestigingsplaats van de BOPZ-geoordeelde afdeling waarin die behandeling plaatsvond.

Over het familieverzoek is nog op te merken dat de officier in voorkomend geval verplicht is een vordering bij de rechter in te stellen; dat geldt niet als anderen hem daar om verzoeken. De officier kan het familieverzoek alleen weigeren als hij van mening is dat het verzoek kennelijk ongegrond is, of wanneer in het voorafgaande jaar al een vordering over dezelfde persoon werd afgewezen en uit het verzoek geen nieuwe feiten blijken.

Het verzoek voor een voorlopige machtiging moet vergezeld gaan met een geneeskundige verklaring, welke opgesteld is door een psychiater of door een BOPZ-arts die niet bij de behandeling betrokken is.

Na ontvangst van het verzoek stelt de Officier van Justitie bij de rechter een vordering in tot het verlenen van een voorlopige machtiging. De rechter beslist zo spoedig mogelijk. De voorlopige machtiging kan niet meer ten uitvoer worden gelegd wanneer meer dan twee weken verstreken zijn sinds de dagtekening.

Aan een BOPZ-aangemerkt verzorgings- of verpleeghuis kan geen bevel tot opname gegeven worden. Als hier geen plaats gevonden kan worden, verloopt de machtiging of moet betrokkene (eventueel met bevel) worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Na opname van de cliënt op een BOPZ-aangemerkte afdeling, heeft de machtiging een geldigheidsduur van maximaal zes maanden.

Machtiging tot voortgezet verblijf

De procedure is nagenoeg hetzelfde als boven beschreven. Op enkele punten wijkt deze procedure af. Bij het verzoek tot voortgezet verblijf moet, naast de geneeskundige verklaring opgesteld door de BOPZ-arts, overlegd worden:

- een afschrift van het behandelplan;
- als behandeling zonder toestemming of bij verzet van de cliënt heeft plaatsgevonden, een mededeling hiervan.

Zes weken voor het aflopen van de RM stuurt de behandelend arts de bovengenoemde gegevens op naar de BOPZ-arts. Deze gegevens worden door de Officier van Justitie in de vijfde of zesde week, voor het aflopen van een RM, voorgelegd aan de rechter. De rechter komt de cliënt bezoeken. De rechter beslist binnen vier weken.

De machtiging tot voortgezet verblijf heeft een geldigheidsduur van één jaar. Een machtiging tot voortgezet verblijf op een BOPZ-aangemerkte afdeling van een verzorgings- of verpleeghuis kan echter ook voor de duur van maximaal vijf jaar verleend worden. Dit als te verwachten valt dat de stoornis van de geestvermogens zal blijven bestaan en dat hierdoor gevaar zal worden blijven veroorzaakt dat niet anders dan door opname afgewend kan worden. Na het verlopen van een machtiging kan de rechter telkens een nieuwe machtiging tot voortgezet verblijf verlenen.

Nieuwe PG-locatie/afdeling die nog niet BOPZ-aangemerkt is

Er mogen geen cliënten met een IBS of RM verblijven op een afdeling waar nog geen BOPZ-aanmerking voor is afgegeven. Zie verdere toelichting in bijlage 3.

7. Vrijheidsbeperkende maatregelen

Gesloten afdeling

In aansluiting op onze zorgvisie willen we dat de bewegingsvrijheid van onze cliënten zo groot mogelijk is. Helaas brengt de aard van psychogeriatrische of psychiatrische klachten van de cliënt met zich mee dat huisregels nodig zijn om het welzijn, de veiligheid of de gezondheid van de cliënt of anderen te beschermen. Zo zijn, vanwege het dwalen van cliënten, de toegangsdeuren van de afdeling van een (code)slot voorzien. Uiteraard mogen de cliënten onder begeleiding wel van de afdeling af.

Wat zijn vrijheidsbeperkende maatregelen?

Met vrijheidsbeperkende maatregelen worden maatregelen bedoeld die beperkende gevolgen hebben voor de individuele vrijheid van cliënten. Onder vrijheidsbeperkende maatregelen worden al die maatregelen verstaan, die genomen moeten worden om cliënten te beschermen tegen lichamelijk of psychisch letsel, dat door hun geestesstoornis zou kunnen ontstaan.

In de wet BOPZ worden tot de vrijheidsbeperkende maatregelen gerekend:

- afzondering;
- separatie (voor psychogeriatrische patiënten met een BOPZ-indicatie geldt dat separatie *niet* mag worden toegepast);
- fixatie;
- het gedwongen toedienen van medicatie;
- het gedwongen toedienen van vocht en voedsel.

Voorbeelden van vrijheidsbeperkende maatregelen die binnen De Zorggroep voorkomen zijn:

Vrijheidsbeperking

- Dwaaldetectie
(D.m.v. een chip in bijvoorbeeld polsbandje / schoen vergrendelt een buiten- of toegangsdeur automatisch wanneer de cliënt deze deur nadert. De cliënt kan de beveiligde deur alleen passeren onder toezicht van een begeleider.)
- het gebruik van een elektronisch waarschuwingssysteem (bijvoorbeeld een belmatje);
- het gebruik van bedhekken;
- het gebruik van een floor-level bed / extra laag bed;
- immobiliseren door middel van een Zweedse band;
- immobiliseren door middel van een zitheupbroek;
- immobiliseren door middel van een verpleegdekken;
- immobiliseren door blad op (rol)stoel;
- plateau onder stoel (vloerplank);
- het gebruik van veiligheidssteunen op toilet;
- het gebruik van beschermende handschoenen;
- het gebruik van een 'hansop' / 'plukpak';

De Zorggroep gebruikt de diepe stoel niet als vrijheidsbeperkende maatregel en heeft een non-fixatiebeleid. Het non-fixatiebeleid houdt in dat cliënten niet vastgebonden of gefixeerd worden door middel van Zweedse banden of andere maatregelen die de bewegingsvrijheid ernstig beperken. Wanneer dit toch nodig is, gaat het om een tijdelijke inzet van de maatregel, die goed geëvalueerd wordt.

Gedwongen toedienen van medicatie

- gecamoufleerd opdringen van gedragsbeïnvloedende medicatie zonder dit de cliënt mede te delen (bijvoorbeeld medicatie onder de appelmoes mengen en dit niet zeggen);
- (intramusculair) opdringen van gedragsbeïnvloedende medicatie.

Onderstaande voorbeelden komen binnen De Zorggroep nauwelijks voor:

Het gedwongen toedienen / onthouden van vocht en voedsel

- het opdringen van vocht en/of voedsel (bijvoorbeeld sondevoeding of bijvoeding);
- het onthouden van vocht en/of voedsel.

Wanneer spreken we van een vrijheidsbeperkende maatregel en wanneer niet?

Van een vrijheidsbeperkende maatregel is sprake wanneer vanuit de intentie gevaar af te wenden voor de cliënt en/of diens omgeving, de cliënt in zijn vrijheid en/of vrijheidsbeleving wordt beperkt. De maatregel valt dan onder de wet BOPZ. Bijvoorbeeld:

- in het geval dat een tafelblad op de stoel van een p.g.-cliënt wordt geplaatst omdat de cliënt steeds wil opstaan en er sprake is van valgevaar;
- in het geval een p.g.-cliënt in een diepe stoel wordt geplaatst omdat de cliënt steeds wil opstaan en er sprake is van valgevaar.

Maatregelen die vrijheidsbeperkend kunnen zijn, maar niet die intentie hebben of niet als vrijheidsbeperkend worden beleefd zijn niet vrijheidsbeperkend.

Bijvoorbeeld:

- in het geval dat een cliënt, met instemming, een tafelblad op de stoel krijgt met als doel de ondersteuning van een verlamde arm;
- in het geval een stoel gekanteld wordt met als doel het ontlasten van de huid van de cliënt.

In de praktijk zal men met elkaar de discussie moeten voeren over de intentie en het resultaat

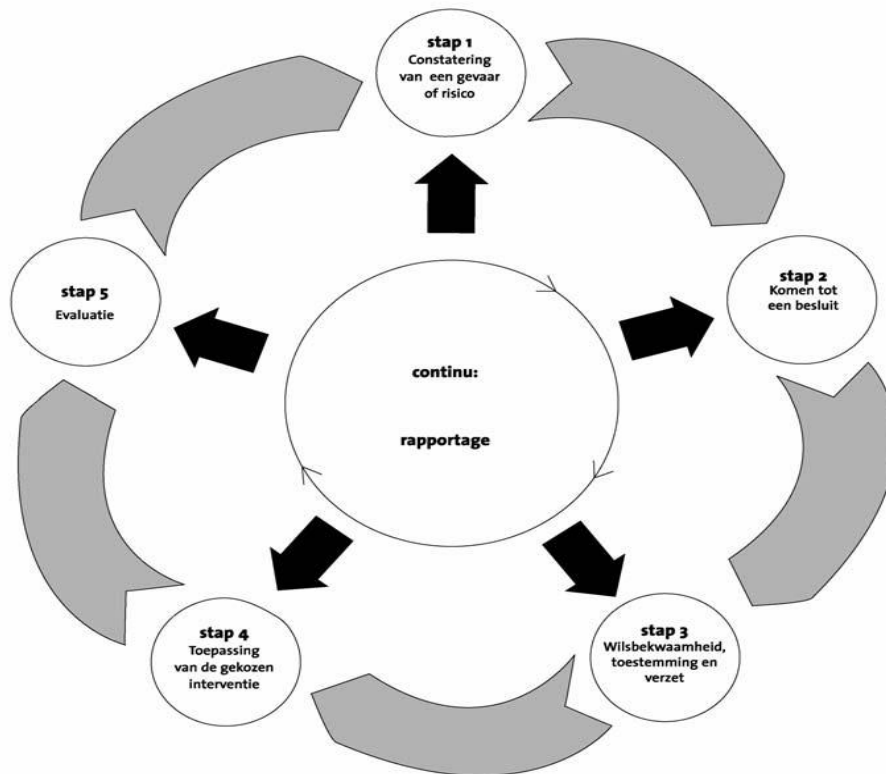
van een maatregel en hierbij zoeken naar mogelijke alternatieven die minder ingrijpend zijn voor de cliënt.

Visie en handelwijze t.a.v. het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen

- Door deskundige zorg en begeleiding trachten medewerkers zoveel mogelijk preventief te werken waardoor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen tot een minimum beperkt wordt.
- De Zorggroep heeft een non-fixatiebeleid. Dit houdt in dat cliënten niet vastgebonden of gefixeerd worden door middel van Zweedse banden of andere maatregelen die de bewegingsvrijheid ernstig beperken. Wanneer een vrijheidsbeperkende maatregel toch nodig blijkt te zijn, stelt men de minst ingrijpende maatregel voor, na gedegen afweging en zorgvuldig overleg.
- Zo spoedig mogelijk na de opname van een cliënt wordt in overleg met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger een zorgplan opgesteld. Indien vrijheidsbeperkende maatregelen nodig blijken te zijn, worden deze na overeenstemming met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger, in het zorgplan opgenomen. De instemming wordt in het zorgplan genoteerd. We spreken in dit geval van vrijheidsbeperkende maatregelen i.k.v. het zorgplan.
- Het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt genomen door

de behandelend arts in overleg met de cliënt of diens vertegenwoordiger en de zorgcoördinator.

Het proces van informatieverzameling, besluitvorming, toepassing en evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt in onderstaande cirkel weergegeven.



Stap 1 Constatering van een gevaar of risico

- a. Is er sprake van gevaar of risico waartegen de cliënt beschermd moet worden?
- Ja, er is sprake van zichtbare gevaren, bijvoorbeeld lichamelijke uitputting, vallen, agressief gedrag.
 - Ja, er is sprake van onverantwoord gedrag, bijvoorbeeld afspraken rond roken, dieet of persoonlijke hygiëne om gezondheidsproblemen te voorkomen.
- Indien er géén gevaar of risico is, is er géén acceptabel motief voor vrijheidsbeperkende maatregelen.

Stap 2 Komen tot een besluit

- a. Zijn alternatieve, minder ingrijpende interventies mogelijk?
- Het is niet altijd voor de hand liggend welk alternatief voor de cliënt het meest geschikt is. Daarom is het aan te bevelen de keuze van de alternatieve interventie multidisciplinair te bespreken waarbij de cliënt / vertegenwoordiger niet vergeten wordt. In bijlage 2 zijn voorbeelden van alternatieven opgenomen (zoals individuele begeleiding, gestructureerd dagprogramma, muziek, extra laag bed etc.)
- b. Zijn alternatieve zorgomgevingen voorhanden?
- Bijvoorbeeld: overplaatsing naar een andere (slaap)kamer of (tijdelijke) overplaatsing naar een andere afdeling.
- c. Is de vrijheidsbeperkende maatregel multidisciplinair besproken? (Onder multidisciplinair wordt verstaan minimaal arts en zorgcoördinator; op initiatief van de arts kunnen andere

- disciplines betrokken worden.)
- d. Welke negatieve gevolgen van de interventie kunnen voor de cliënt verwacht worden?
- Fysieke schade door de interventie.
 - Negatieve effecten, bijvoorbeeld de interventie verergert juist de bestaande onrust, boosheid of angst.
 - Gedragmatige effecten, bijvoorbeeld groepsregels kunnen eigen initiatief van cliënten uitdoven.
 - Verstoorde zorgrelatie, bijvoorbeeld cliënt wordt boos op hulpverlener die hem fixeert.
 - Psychische schade door de interventie, bijvoorbeeld veroorzaken van een traumatische associatie.
- e. Is er gecommuniceerd binnen het verzorgend team over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen?
- f. Welke interventie lijkt het meest geschikt in de gegeven situatie?

Stap 3 Second opinion

Is er sprake van een risicovolle vrijheidsbeperkende maatregel of een dwangbehandeling?

- a. Zo ja, indien er sprake is van een risicovolle vrijheidsbeperkende maatregel: vraag een second opinion aan een collega-arts die niet bij de behandeling betrokken is uit de eigen regio of uit een andere regio.
- b. Zo ja, indien er sprake is van een dwangbehandeling: vraag een second opinion aan bij een extern deskundige (bv GGZ, CCE).

Stap 4 Wilsbekwaamheid, toestemming en verzet

- a. Wordt de cliënt wilsbekwaam geacht?
- b. Indien de cliënt niet wilsbekwaam is, geeft de vertegenwoordiger toestemming?
- c. Is er sprake van een onvoorziene noodsituatie?
- d. Is er sprake van verzet van de cliënt?
- e. Is er sprake van dwangbehandeling?
- Zo ja, is de cliënt / vertegenwoordiger erop gewezen dat hij bezwaar kan maken via de BOPZ-klachtenregeling?

Stap 5 Toepassing van de gekozen interventie

- a. De betrokken zorgverleners zijn bevoegd en bekwaam om de interventie uit te voeren.
- b. De te gebruiken middelen zijn deugdzzaam en veilig.

Stap 6 Evaluatie

- a. Er is vastgesteld wanneer en op welke wijze evaluatie zal plaatsvinden. Duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de evaluatie en binnen welke termijn de maatregel wordt geëvalueerd.
- b. Is de beslissing tot de maatregel achteraf een goede beslissing geweest?
- c. Kan de vrijheidsbeperking worden afgebouwd en zo ja hoe?
- d. Zijn de stappen 1 t/m 4 nagegaan wat betreft zorgvuldigheid en actualiteit?

Continu: rapportage

De rapportage bestaat uit een verslaglegging van de aanleiding, de besluitvorming, de motivatie, het risico van het toepassen van de maatregel en de uitvoering van de vrijheidsbeperkende maatregel. In het zorgdossier wordt ook de dagelijkse rapportage vastgelegd en de evaluatiemomenten worden gerapporteerd. In de rapportage wordt ook de eventuele melding door de BOPZ-arts aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg opgenomen.

Toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen

In de Wet BOPZ is bepaald in welk kader de vrijheidsbeperkende maatregelen plaatsvinden. Het volgende onderscheid wordt gemaakt:

1. *Vrijheidsbeperkende maatregelen i.k.v. het zorgplan*

Dit zijn vrijheidsbeperkende maatregelen die met instemming van de cliënt / vertegenwoordiger opgenomen zijn in het zorgplan.

- Deze maatregelen worden in het zorgplan genoteerd met daarbij de instemming vermeld.
- Deze maatregelen hoeven niet gemeld te worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Deze maatregelen worden minimaal één keer per maand geëvalueerd door de behandelend arts en zorgcoördinator i.o.m. de cliënt of diens vertegenwoordiger.

2. *Noodmiddelen en maatregelen*

Dit zijn vrijheidsbeperkende maatregelen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, een gevaarlijke situatie die niet is voorzien in het zorgplan of bij het ontbreken van een zorgplan. De inzet van deze interventies duurt hoogstens 7 dagen.

- Noodmiddelen en maatregelen worden in het zorgplan genoteerd.
- De aanvang én beëindiging van noodmiddelen en maatregelen dienen z.s.m. gemeld te worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het geval de cliënt zich hier tegen verzet (art. 39). Indien de cliënt zich niet verzet, hoeft het noodmiddel niet gemeld te worden aan de Inspectie.
- Noodmiddelen en maatregelen dienen binnen 7 dagen geëvalueerd te worden door de behandelend arts en zorgcoördinator i.o.m. de cliënt of diens vertegenwoordiger. Als binnen 7 dagen geen toestemming is verkregen van de cliënt en de vrijheidsbeperkende maatregel blijft noodzakelijk, dan is er sprake van dwangbehandeling, hetgeen gemeld moet worden aan de Inspectie.

3. *Dwangbehandeling*

Dit zijn vrijheidsbeperkende maatregelen die in het zorgplan zijn opgenomen, maar waarover geen overeenstemming met de cliënt / vertegenwoordiger is bereikt of vrijheidsbeperkende maatregelen waartegen de cliënt zich verzet.

- Dwangbehandeling wordt in het zorgplan genoteerd.
- De cliënt / vertegenwoordiger wordt erop gewezen dat hij bezwaar kan maken tegen de dwangbehandeling via de BOPZ-klachtenregeling.
- De aanvang én beëindiging van dwangbehandeling dient z.s.m. gemeld te worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Evaluatie van dwangbehandeling dient in eerste instantie wekelijks plaats

te vinden door de behandelend arts en zorgcoördinator i.o.m. de cliënt of diens vertegenwoordiger. Indien de dwangbehandeling voortgezet moet worden, dient de behandeling minimaal één keer per maand geëvalueerd te worden.

Zie bijlage 1 Beslisboom vrijheidsbeperkende maatregelen.

Voorwaarden voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen

- De intentie van een vrijheidsbeperkende maatregel is gevaar af te wenden voor de cliënt en/of diens omgeving.
- Het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel is slechts toegestaan na een gedegen risicoafweging en zorgvuldig overleg. Daarnaast dient in het zorgplan te zijn vastgelegd waarom, wanneer en onder welke voorwaarden de vrijheidsbeperkende maatregel mag plaatsvinden.
- Toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen moeten volgens bovengenoemde termijnen geëvalueerd worden. Evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen vindt plaats door de behandelend arts en zorgcoördinator i.o.m. de cliënt of diens vertegenwoordiger.
- In het geval van dwangbehandeling wijst de behandelend arts de cliënt / vertegenwoordiger erop dat hij bezwaar kan maken via de BOPZ-klachtenregeling.
- De behandelend arts is verantwoordelijk voor schriftelijke melding aan de BOPZ-arts van noodmiddelen en maatregelen (indien de cliënt zich verzet) en dwangbehandeling.
- Noodmiddelen en maatregelen (indien de cliënt zich verzet) en dwangbehandeling dienen door de BOPZ-arts gemeld te worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- *Zie hoofdstuk 8 voor informatie m.b.t. registratie in het zorgdossier.*
- *Zie protocol 'Vrijheidsbeperkende handelingen i.h.k.v. wet BOPZ' voor praktische richtlijnen t.a.v. het correct uitvoeren van vrijheidsbeperkende handelingen.*

Vrijwillig opgenomen cliënten

Op een somatische afdeling of reguliere verzorgingshuisafdeling verblijven cliënten vrijwillig. Op deze cliënten is alleen de WGBO van toepassing en niet de wet BOPZ. Dit betekent dat vrijheidsbeperkende maatregelen tegen de wil van de cliënt niet toegelaten zijn. Toch kan in een noodsituatie het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel ook hier nodig zijn. In noodsituaties mag, in het kader van de WGBO (goed hulpverlenerschap), gehandeld worden zonder de toestemming van de cliënt. Maatregelen dienen in het zorgplan genoteerd te worden.

Aanvraag BOPZ-aangemerkte afdeling

Wanneer bij een vrijwillig opgenomen cliënt structureel vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk zijn, zonder dat de cliënt hiervoor toestemming geeft, moeten verdere stappen genomen worden. Indien er sprake is van een geestesstoornis in het kader van een dementiesyndroom, zet de behandelend arts een aanvraag in gang om de cliënt op te nemen op een BOPZ-aangemerkte afdeling. Na de toekenning van de BOPZ status en een positief CIZ-indicatiebesluit wordt de cliënt zo spoedig mogelijk overgeplaatst. In de tijd dat

de cliënt wacht op de opname, handelen medewerkers conform de Beleidsnotitie 'Wet BOPZ'. Dit houdt o.a. in:

- vrijheidsbeperkende maatregelen alleen toepassen i.o.m. de behandelend (huis)arts die dit kan overleggen met de BOPZ-arts;
- vrijheidsbeperkende maatregelen noteren op het 'Registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel' en in het zorgplan
- de behandelend arts meldt noodmiddelen en maatregelen (indien de cliënt zich verzet) en dwangbehandeling aan de BOPZ-arts;
- De BOPZ-arts meldt noodmiddelen en maatregelen (indien de cliënt zich verzet) en dwangbehandeling aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Huisregels BOPZ-aangemerkte afdeling

Somatische cliënten die op een verpleegunit in een verzorgingshuis verblijven, worden geacht zich aan de huisregels te houden. Dit om gevaar voor andere cliënten te voorkomen. De huisregels worden door de afdeling meegedeeld (bv deuren en ramen dicht maken).

8. Het zorgdossier

Het zorgdossier heeft een cruciale plaats binnen het goed navolgen van de 'Wet BOPZ'. Zorgdossiers worden volgens een standaardindeling opgebouwd en op zorgvuldige wijze bewaard. Deze dossiers zijn persoonsregistraties in de zin van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (W.B.P.).

In het zorgdossier moeten de volgende gegevens aanwezig zijn:

- Opname gegevens.
- Het nonfixatiebeleid en de klachtenprocedure BOPZ worden mondeling toegelicht tijdens de eerste zorgplanbespreking door de arts. Dit wordt genoteerd in het zorgdossier.
- Het zorgplan.
Zo spoedig mogelijk na de opname van een onvrijwillig opgenomen cliënt, dient de behandelend arts een zorgplan m.b.t. de geestesstoornis op te stellen. De BOPZ-arts is eindverantwoordelijk voor het zorgplan.
- De instemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger aan het zorgplan.
- Het principe is dat behandeling/verzorging slechts kan plaatsvinden op grond van een zorgplan waarmee de cliënt of diens vertegenwoordiger instemt. Als over een zorgplan geen overeenstemming wordt bereikt, moeten de redenen hiervan worden aangegeven.
Ook moet worden vermeld welke voorstellen zijn gedaan om alsnog tot overeenstemming te komen.
- Vrijheidsbeperkende maatregelen moeten in het zorgplan worden geregistreerd en vormen dus een onderdeel van het BOPZ zorg-/behandelplan. Iedere vrijheidsbeperkende maatregel wordt op een registratieformulier genoteerd.
De beslissing tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt genomen door de behandelend arts in overleg met het multidisciplinair team (minimaal arts en zorgcoördinator) en de cliënt en/of diens vertegenwoordiger. Als er sprake is van een risicovolle vrijheidsbeperkende maatregel of een dwangbehandeling wordt een second opinion gevraagd (zie § 7 - stap 3). Duidelijk moet zijn: de aard van het gevaar en het verband met de geestesstoornis, de aard van de vrijheidsbeperkende maatregel, het tijdstip, de tijdsduur, de toestemming van de cliënt/vertegenwoordiger en arts, werkinstructies, extra bijzonderheden, het risico van het toepassen van de maatregel en het evaluatiemoment. Uitgangspunt is dat de vrijheidsbeperkende maatregel tijdelijk is.
- Noodmiddelen en maatregelen (indien de cliënt zich verzet) en dwangbehandeling moeten via de BOPZ-arts aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden gemeld. Een kopie van de betreffende registratieformulieren wordt in het zorgdossier van de cliënt bewaard.
- In het zorgdossier worden, indien van toepassing, afspraken over verlof opgenomen (zie § 9).
- In het zorgdossier moet, indien van toepassing, een kopie zitten van afschriften van inbewaringstellingen en rechterlijke machtigheden en uittreksels daaruit, alsmede verder beschikkingen van burgemeester en rechter in het kader van een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging. De cliënt of diens vertegenwoordiger ontvangt het origineel. De BOPZ-arts ontvangt een kopie.

- Indien voorwerpen van de cliënt zijn afgenomen omdat deze gevaar op kunnen leveren, worden de voorwerpen meegegeven aan de familie. Dit wordt in het zorgdossier vermeld.
- Overige gegevens en verrichtingen omtrent gezondheid van de cliënt hetgeen voor een goede hulpverlening noodzakelijk is.
- Ontslag gegevens.

9. Verlof / afwezigheid

IBS / RM

- Een cliënt die is opgenomen met een IBS of RM mag met verlof, voor zover en voor zolang het verantwoord is hem buiten de instelling te laten verblijven. Het advies t.a.v. het verlof, wordt gegeven door het behandelteam onder regie van de behandelend arts. De gemaakte afspraken over het verlof worden op het formulier 'Verlofregeling RM/IBS' genoteerd en geparafeerd door de behandelend arts. Bovengenoemd formulier wordt ter parafering naar de BOPZ-arts gestuurd en opgenomen in het zorgdossier. Het verlof hoeft niet gemeld te worden aan de Inspectie.
- Indien een cliënt met een IBS of een RM afwezig is zonder dat hem verlof of ontslag is verleend, moet de BOPZ-arts dit onverwijld aan de Inspectie melden. Ook van diens terugkeer moet onverwijld mededeling worden gedaan aan de Inspectie.

Art 60 Noch bereidheid / noch bezwaar

- Afspraken over verlof van een cliënt (die is opgenomen via een artikel 60) worden i.o.m. de behandelend arts gemaakt en worden in het zorgdossier genoteerd. Bij twijfel overlegt de behandelend arts met de BOPZ-arts.
- Indien een cliënt (die is opgenomen via een artikel 60) vermist wordt, hoeft dit niet aan de Inspectie gemeld te worden in het kader van de wet BOPZ. Echter in 'De leidraad meldingen IGZ' staat dat de zorgaanbieder wettelijk verplicht is calamiteiten zo snel mogelijk aan de Inspectie te melden. Het is aan de organisatie om te bepalen of de vermissing een calamiteit is en of dit gemeld wordt aan de Inspectie.

10. Bezwaar tijdens verblijf

Bezwaar kan zich voordoen:

- tijdens de opname procedure;
- tijdens vrijwillig verblijf;
- tijdens het verblijf van een cliënt die bij opname noch bereidheid noch bezwaar toonde (art. 60), maar nu wel tekenen van bezwaar aangeeft.

Er zijn twee soorten bezwaar:

- a. bezwaar tegen opname en verblijf;
- b. bezwaren van andere aard.

Ad a. Bij bezwaren tegen opname en verblijf zal de behandelend arts een psychiater of een BOPZ-arts die niet bij de behandeling betrokken is, inschakelen om een IBS of RM aan te vragen. Zonder een IBS of RM zou er immers sprake zijn van vrijheidsberoving.

Ad b. Bezwaren van andere aard zijn bijvoorbeeld bezwaren tegen aspecten van het verblijf: tegen de behandeling, tegen vrijheidsbeperkende regels enz. Bij deze bezwaren voorziet de 'Wet BOPZ' in een klachtenprocedure (artikel 41). Gebruik maken van deze procedure verdient de voorkeur boven het aanvragen van een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling.

Zie hoofdstuk 4 voor de definitie van het begrip 'bezwaar'.

Zie hoofdstuk 12 voor de 'klachtenregeling'.

11. Taken en verantwoordelijkheden van de BOPZ-arts

De BOPZ-arts draagt zorg voor de beleidsmatige aspecten van de bepalingen van de wet BOPZ. De BOPZ-arts ziet toe op de naleving van de regels van de wet BOPZ, op de kwaliteit van de zorg en op de juiste informatieverstrekking aan de cliënt en diens familie en legt verantwoording af aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de uitvoering van de Wet BOPZ.

In de wet BOPZ wordt gesproken over de geneesheer-directeur. Aangezien deze functie in de huidige organisatiestructuren meestal niet bestaat wordt gesproken over de BOPZ-arts. Hoewel de naamgeving verschilt zijn de formele verantwoordelijkheden niet anders en is de BOPZ-arts namens de overheid direct aansprakelijk voor de gang van zaken in de organisatie m.b.t. de BOPZ. In de zin van de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB) vormt de BOPZ-arts een bestuursorgaan. Dat wil zeggen dat er een directe verantwoordelijkheid bestaat m.b.t. het betreffende beleidsgebied onafhankelijk van de bestuurlijke positie van de Raad van Bestuur c.q. de regiodirecteur. De BOPZ-arts moet in afstemming met de regiodirecteur in staat gesteld worden zijn verantwoordelijkheden waar te maken door daadwerkelijke invloed en zeggenschap op het betreffende beleidsgebied.

De volgende verantwoordelijkheden en daarop gebaseerde taken worden benoemd:

- a. Toezicht op de naleving van de regels van de Wet BOPZ.
- b. Toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening.
- c. Toezicht op informatieverstrekking aan de cliënt en familie over de Wet BOPZ.
- d. Toezicht op verantwoording aan de Inspectie over de uitvoering van de Wet BOPZ.
- e. Verantwoordelijkheden BOPZ-arts versus verantwoordelijkheden behandelaar.

a. Toezicht op de naleving van de regels van de wet BOPZ

Het toezicht betreft opname, voortzetting van verblijf, verlof en ontslag c.q. overlijden op de BOPZ-afdeling. Iedere cliënt dient de juiste juridische status te hebben. Cliënten mogen niet zonder een geldige wettelijke titel onvrijwillig zijn opgenomen. Voor cliënten die noch bereidheid noch bezwaar meer kunnen tonen moet voor opname een artikel 60 BOPZ-toets worden aangevraagd.

b. Toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening

- Dit omvat toezicht op het opstellen en uitvoeren van zorgplannen die gericht zijn op psychogeriatrische problemen. De kwaliteit van zorg omvat ook de correcte toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen waarbij de formaliteiten correct worden afgehandeld. Het zorgdossier moet zorgvuldig worden bijgehouden en de registratieformulieren ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen worden hierin bewaard.
- De BOPZ-arts wordt geïnformeerd over de aard van klachten van cliënten (en/of vertegenwoordigers) die volgens de klachtenprocedure in het kader van de Wet BOPZ zijn ingediend en van de wijze van afhandeling.

c. Toezicht op informatieverstrekking aan de cliënt en familie over de Wet BOPZ

De behandelaar informeert de cliënt en diens vertegenwoordiger over de rechten van de cliënt en de mogelijke beperkingen hierop in het kader van de Wet BOPZ zoals huisregels en vrijheidsbeperkende maatregelen. De informatieverstrekking dient mondeling te gebeuren en kan ondersteund worden met schriftelijk materiaal. De BOPZ-arts is verantwoordelijk voor het toezicht hierop.

d. Toezicht op verantwoording aan de Inspectie over de uitvoering van de Wet BOPZ

- De BOPZ-arts ziet toe op de juiste registratie van en melding aan de Inspectie betreffende de toepassing van noodmiddelen en maatregelen of dwangbehandeling. De BOPZ-arts ziet erop toe, dat de door de Wet BOPZ vereiste overzichten aan de Inspectie worden verstrekt. Welke zaken aan de Inspectie gemeld moeten worden staan vermeld in de IGZ-

brochure “Melden in het kader van de Wet BOPZ aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg”.

- Indien de behandelend arts tevens de BOPZ-arts is, wordt het meldingsformulier ‘Noodmiddelen en –maatregelen’ en het meldingsformulier ‘Dwangbehandeling’ (aanvang en beëindiging) door de waarnemend BOPZ-arts ondertekend.

e. Verantwoordelijkheden BOPZ arts versus verantwoordelijkheden behandelaar

- De behandelend arts van de cliënt is als behandelaar belast met de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de psychogeriatrische stoornissen. De behandelaar beoordeelt de wilsbekwaamheid, de noodzaak tot aanpassing van de juridische status, de uitvoering van het BOPZ-plan, de noodzaak van eventuele toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- De BOPZ-arts is belast met de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied van de BOPZ-afdelingen van het verpleeghuis en verzorgingshuis. Hij draagt zorg voor de beleidsmatige voorwaarden van een goede toepassing van de bepalingen van de wet BOPZ en is belast met het toezicht hierop.
- Voor de BOPZ-arts is een waarneemregeling van toepassing. Binnen De Zorggroep heeft iedere Regio een eigen BOPZ-arts. Bij afwezigheid van de eigen BOPZ-arts is waarneming mogelijk door de BOPZ-artsen van de andere Regio's. De afspraken hierover zijn vastgelegd in de werkafpraak ‘Waarneemregeling BOPZ-artsen’. In algemene zin zijn bevoegdheden m.b.t. de BOPZ neergelegd bij de BOPZ-arts. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van met name de interne rechtspositie (bv vrijheidsbeperkende maatregelen) ligt zoals boven beschreven voor een belangrijk deel bij de behandelaar als een gemandateerde zorgverplichting. Bevoegdheden van de BOPZ-arts die niet gemandateerd kunnen worden zijn het ondertekenen van een geneeskundige verklaring bij de externe rechtspositie en beslissingen m.b.t. overplaatsingen en de verlof- en ontslagregeling bij de interne rechtspositie. In dat geval is de bovengenoemde waarneemregeling aan de orde. Tijdens de bereikbare dienst is de behandelend arts zelfstandig bevoegd t.a.v. BOPZ-zaken rondom de opname van cliënten.

BOPZ-commissie

Elke regio heeft een BOPZ-commissie. Taak van de BOPZ-commissie is implementatie en borging van het BOPZ-beleid.

- De samenstelling van de BOPZ-commissie: bestaat uit de BOPZ-arts, een afvaardiging van de pg-teamleiders en facultatief een collega-arts, fysiotherapeut, ergotherapeut en psycholoog.
- De BOPZ-commissie overlegt minimaal 2x per jaar.
- De notulen worden verspreid naar de regiodirecteur, alle pg-teamleiders, artsen en de teamleider(s) van fysiotherapie, ergotherapie en psychologie.

Overleg met Raad van Bestuur

De BOPZ-artsen hebben ten behoeve van signalering en advisering een rechtstreekse lijn naar het management van de instelling; er vindt minimaal 1x per jaar overleg plaats met de Raad van Bestuur voor advisering en rapportage t.a.v. het BOPZ-beleid binnen De Zorggroep.

12. Klachtenregeling

De Zorggroep heeft samen met een aantal andere zorgaanbieders een Klachtencommissie ingesteld. Deze commissie fungeert als Klachtencommissie in het kader van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector en Wet BOPZ.

Behalve de wettelijke regelingen in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector is voor onvrijwillig opgenomen cliënten het klachtrecht geregeld middels artikel 41 van de Wet BOPZ.

Een artikel 41 BOPZ-klacht is een klacht over een besluit of gedraging met betrekking tot:

- een onbekwaamheidsverklaring;
- toepassing van noodmiddelen en maatregelen;
- behandeling zonder toestemming of bij verzet van de cliënt (dwangbehandeling);
- het niet uitvoeren van het overeengekomen behandelplan;
- beperking van rechten in het kader van artikel 40 van de wet BOPZ (controle post, beperking telefoonverkeer en bezoek, bewegingsvrijheid in en rond het verzorgingshuis of verpleeghuis).

De behandeling van artikel 41 BOPZ-klachten verschilt van de behandeling van 'reguliere' klachten. Bij een BOPZ-klacht is geen bemiddelende rol weggelegd voor de klachtenopvangfunctionaris. De aard van een BOPZ-klacht leent zich niet voor bemiddeling. De klachtenopvangfunctionaris dient een BOPZ-klacht direct te herkennen en de klager te adviseren deze voor te leggen aan de Klachtencommissie.

De BOPZ klacht dient schriftelijk en gemotiveerd ingediend te worden bij de secretaris van de Klachtencommissie. Een artikel 41 BOPZ-klacht kan worden ingediend door de cliënt, elk andere in het huis verblijvende cliënt, de echtgenoot/partner, curator, mentor, de ouders alsmede meerderjarige kinderen, kleinkinderen, broers en zussen van de cliënt.

Bij de behandeling van BOPZ-klachten zijn een jurist en een specialist ouderengeneeskunde (beiden van buiten de betrokken organisatie) betrokken.

De uitspraak van de BOPZ-klachtencommissie heeft de status van een beslissing en heeft juridisch afdwingbare gevolgen.

De klachtenprocedure BOPZ wordt mondeling toegelicht tijdens de eerste zorgplanbespreking door de arts; dit wordt genoteerd in het zorgdossier.

In het geval van dwangbehandeling of bovengenoemde klachten, wijst de behandelend arts, coördinator zorg en diensten of teamleider de cliënt / vertegenwoordiger erop dat hij bezwaar kan maken via de BOPZ-klachtenregeling.

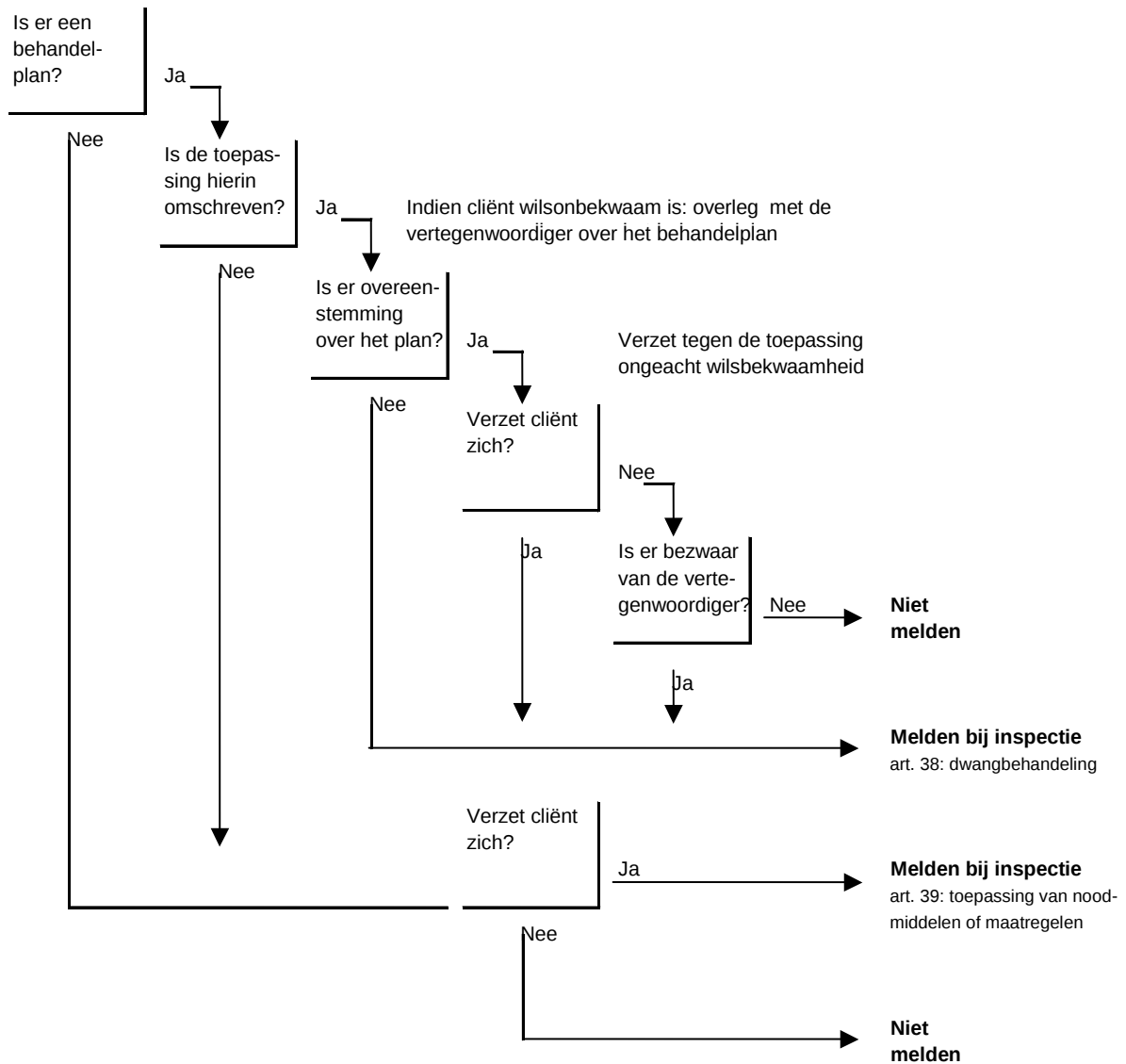
Zie 'Klachtenprocedure cliënten'

13. Deskundigheidsbevordering t.a.v. de Wet BOPZ

Medewerkers die betrokken zijn bij de zorg van psychogeriatrische cliënten, zijn deskundig in het omgaan met cliënten met psychogeriatrische problematiek en zijn bekend met de eisen van de wet BOPZ. De deskundigheid van medewerkers wordt op diverse manieren bevorderd.

1. Na evaluatie en actualisatie van de beleidsnotitie 'Wet BOPZ' en protocol 'Vrijheidsbeperkende handelingen i.h.k.v. wet BOPZ' bespreekt de BOPZ-arts met artsen en teamleiders het volgende:
 - de wijzigingen in bovengenoemde documenten;
 - de scholingsbehoefte van medewerkers.
2. De BOPZ-arts en/of afdelingsarts bespreekt, op vraag, casuïstiek op betreffende afdelingen.
3. De BOPZ-arts organiseert, op vraag, bijscholing over (de toepassing van) de wet BOPZ. Hiertoe signaleert de teamleider scholingsvragen bij (nieuwe) medewerkers. De bijscholing kan de volgende onderdelen bevatten:
 - Algemene informatie over de wet BOPZ, de verschillen tussen de wet BOPZ en de wet WGBO, de juridische status van cliënten en de consequenties daarvan, de taken en verantwoordelijkheden van de BOPZ-arts.
 - Voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoeken naar alternatieven.
 - Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen; de regels en juridische consequenties van het toepassen van deze maatregelen, het gebruik en de kwaliteit van materialen, het signaleren van noodsituaties met de noodzakelijk te nemen stappen. (Zie ook punt 4.)
 - Het herkennen van signalen van bezwaar / verzet bij cliënten en de noodzakelijk te nemen stappen bij geconstateerd bezwaar / verzet.
 - De klachtenprocedure BOPZ.
 - De eisen die de wet BOPZ stelt aan de verslaglegging in het zorgdossier. Het gaat hierbij om: de verslaglegging van de voorgestelde behandeling en de toestemming die al dan niet is verkregen, het vastleggen van de (gedeeltelijke) wilsonbekwaamheid en het vastleggen van de juridische status.
 - De eisen die de wet BOPZ stelt wat betreft meldingen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
4. De Zorggroep heeft een non-fixatiebeleid. Is het echter toch noodzakelijk dat een onrustband wordt ingezet bij een cliënt, dan zullen de betreffende medewerkers bekwaam moeten zijn om deze handeling uit te voeren aangezien het om een 'handeling met risico' gaat.
 - Om bekwaam te blijven moeten medewerkers van het betreffende team *in dat geval* hebben deelgenomen aan een instructie (1x per jaar). De teamleider registreert welke medewerkers geïnstrueerd zijn.
 - Onderstaande medewerkers dienen *allen* bekwaam te zijn voor de handeling 'Fixeren m.b.v. een onrustband' en 1x per jaar een instructie gevolgd te hebben:
 - dienstdoende verpleegkundigen in de verpleeghuizen;
 - verpleegkundigen van de oproepbare dienst die werkzaam zijn voor de BOPZ afdelingen van de verzorgingshuizen.De betreffende teamleider registreert de deelname aan de instructie.

Bijlage 1 Beslisboom vrijheidsbeperkende maatregelen



Bijlage 2 Alternatieven die ingezet kunnen worden om fixatie te voorkomen

Non-fixatiebeleid

Het beperken van iemands bewegingsvrijheid heeft veel invloed op zijn / haar kwaliteit van leven. Vrijheid is een kostbaar goed waar we zorgvuldig mee om moeten gaan. Daarnaast heeft het vastzetten van een cliënt invloed op het fysieke gestel. Belangrijke redenen om cliënten niet te fixeren, maar op zoek te gaan naar veilige alternatieven.

Het gebruik van onrustbanden brengt belangrijke risico's met zich mee. Risico's die ernstiger letsel kunnen veroorzaken dan vallen. Bijvoorbeeld het ontstaan van incontinentie, decubitus, depressie, agressie of geïrriteerdheid. Doordat de cliënt niets kan ondernemen, kan een achteruitgang van het denkvermogen ontstaan, het slaap / waakritme kan verstoord raken en het kan van invloed zijn op de stemming. Daar komt bij dat er in Nederland elk jaar cliënten overlijden door het gebruik van onrustbanden.

De Zorggroep heeft een non-fixatiebeleid. Dit houdt in dat cliënten niet vastgebonden of gefixeerd worden door middel van Zweedse banden of andere maatregelen die de bewegingsvrijheid ernstig beperken.

Per cliënt wordt gekeken naar een geschikte alternatieve interventie. Het is niet altijd voor de hand liggend welk alternatief voor de cliënt het meest geschikt is. Daarom is het aan te bevelen de keuze van de alternatieve interventie multidisciplinair te bespreken waarbij de cliënt / vertegenwoordiger niet vergeten wordt.

Onderstaande lijst van mogelijke alternatieven kunnen ondersteunen bij de keuze voor een alternatieve interventie.

Daar waar het gaat over bewegingsdetectie realiseren we ons dat dit door de Inspectie gezien wordt als vrijheidsbeperking. Aangezien deze beperking minimaal is, hebben we de bewegingsdetectie toch bij de alternatieven opgenomen.

Alternatieven die ingezet kunnen worden om fixatie te voorkomen

Dagbesteding

- Zinnige dagbesteding.
Bijvoorbeeld: afwassen, was vouwen, handwerken etc.
- Afleiding en aandacht bieden.
- Een dagprogramma.
Een dagprogramma gebaseerd op wie de cliënt is, wat hij/zij altijd graag deed.
- Aanbod van extra individuele of groepsactiviteiten.
- Werktijden activiteitenbegeleiding aanpassen op behoefte van cliënten.
- Groot team vaste vrijwilligers.
Zo kan meer individuele aandacht aan de cliënten gegeven worden.
- TV programma's afgestemd op de interesses van de cliënt.
- Muziek.
- Aanwezigheid van een huisdier.

Belevingsgerichte zorg

- Afspraken over benaderingswijze van de cliënt.
- Belevingsgerichte zorg
Empatische benadering, met als uitgangspunt de beleving van de cliënt. Wat speelt zich af

in het innerlijk van de cliënt? Waarom zou hij / zij angstig, onrustig kunnen zijn?

- Eettijden aanpassen aan het ritme van de cliënt.
Eettijden aanpassen zodat de cliënt minder onrustig wordt en tijd neemt voor maaltijden.
- Mimakker op bezoek.
Het samenspelen met een Mimakker kan een uitlaatklep zijn voor emoties, cliënten worden in beweging gebracht of doorbreken hun normale patronen. De hiervoor opgeleide clowns kunnen op deze manier vreugde en rust geven aan cliënten.

Meer bewegen

- Regelmatig wandelen (bv met een vrijwilliger).
- Een afgesloten tuin om alleen in te kunnen lopen.
- Aanbieden van buitenactiviteiten.
- Bewegingsprogramma.
- Gymnastiek / sporten.

Snoezelen

- Snoezellamp.
Een sfeer creëren die via wisselende kleuren en patronen ontspanning teweeg brengt bij de cliënt.
- Snoezelmuziek.
Het doel van snoezelmuziek is sfeer maken, de cliënt rust en ontspanning te geven en contact te maken. Uiteraard aangepast aan de smaak van de cliënt.
- Snoezelstoel.
Als cliënten niet goed zitten of liggen kan onrust bij de cliënt ontstaan. Om dit te voorkomen zijn er speciaal vervaardigde stoelen, sofa's of ligbanken om het lichaam dusdanig te ondersteunen dat er daadwerkelijk ontspanning kan ontstaan.

Therapie

- Fysiotherapie.
- Evenwichtsoefeningen.
- Aroma- en andere vormen van persoonlijke therapie (bv massage, muziek).

Aanpassing omgeving

- Huiselijke sfeer creëren door gezellige hoekjes in te richten.
Afdeling of huiskamer zoveel mogelijk als 'gewone' huiskamer inrichten.
- Eigen meubels.
Eigen omgeving creëren met meubels van thuis.
- Kleinschalige woonprojecten / kleine groep cliënten.
- Halfopen prikkelarme ruimte gekoppeld aan de huiskamer.
Zo kunnen prikkelgevoelige cliënten in een prikkelarme ruimte vertoeven, zonder zich afgezonderd te voelen.
- 'Loopcircuit' op de afdeling.
- Toezicht in de huiskamer.
- Veilige woonomgeving.
- Zachte materialen op en rond het bed, wanden, tafels.
- Kamerdeur voorzien van een voor de cliënt herkenbare foto of glazen kastje met eigen spulletjes. Zo weet de cliënt dat dit zijn/haar kamer is.
- Halve deur (zie foto 1).
Een halve deur zorgt ervoor dat er toezicht gegeven kan worden terwijl er geen dwalende cliënten naar binnen kunnen. Van buiten uit, open je de deur m.b.v. een dopsleutel en aan de binnenkant zit een klink.

Materialen

- Antislip sokken.
Deze sokken zorgen ervoor dat de cliënt niet zo gemakkelijk uitglijdt bij het uit bed stappen. Ze kunnen bij diverse winkels gekocht worden.
- Wigkussen.
Een wigkussen kun je onder de matras leggen. Het matras gaat iets omhoog waardoor je kunt voorkomen dat de cliënt ongewenst uit bed rolt. Opstaan blijft wel mogelijk. Het wigkussen wordt niet als vrijheidsbeperkende maatregel toegepast. In plaats van een wigkussen kun je ook een opgerolde handdoek gebruiken of een kussentje.
- Aangepaste stoel.
De stoel aanpassen aan fysieke eigenschappen van de cliënt. Het zitten is comfortabel en werkt daardoor rustgevend.
- Zachte heupbeschermers.
Als zachte heupbeschermers op de juiste manier worden gedragen zorgen ze ervoor dat de kans op het breken van een heup afneemt.
- Verzwaarde deken (zie foto 2).
Deze deken zorgt voor een aangename warmte en geborgen gevoel. Een aantal cliënten wordt er rustig door, echter niet iedereen is gediend van de warmte.
- Een laag bed (zie foto 3) of een extra laag bed (zie foto 4).
Uit bed vallen heeft geen ernstige gevolgen meer voor de cliënt.
- Matras op de grond voor het bed (Zie foto 5).
- Een bedbeugel (zie foto 6).
Bedbeugel, ofwel sta-op-hulp, zorgt ervoor dat de cliënt extra houvast heeft bij het opstaan uit bed.
Let op: Geen onrustbanden gebruiken bij een bedbeugel! Indien een onrustband nodig is dan in combinatie met bedhekken.
- Een Posey bed (zie foto 7).
Een Posey bed kan worden ingezet bij zeer onrustig / agressieve cliënten waar alle andere alternatieven niet voldoen. De ombouw van het bed geeft de cliënt een gevoel van geborgenheid en zorgt ervoor dat hij niet kan opstaan. N.b.: het blijft een behoorlijke vrijheidsbeperking!

Domotica

- Optiseat (zie foto 8).
Dit is een bewegingsmelder die in een (rol)stoel gebruikt wordt en alarmeert als de cliënt opstaat.
- Bewegingsmelder bij het bed (zie foto 9).
- Cameratoezicht.



Foto 1: halve deur



Foto 2: Verzwaarde deken



Foto 3: Een laag bed



Foto 4: Een extra laag bed



Foto 5: Matras voor het bed



Foto 6: Bedbeugel



Foto 7: Poseybed



Foto 8: Optiseat



Foto 9: Bewegingsmelder

Bijlage 3 Uitgangspunten bij nieuwe PG-locatie/afdeling die nog niet BOPZ-aangemerkt is

1. Bij elke nieuwe PG-afdeling/locatie die nog niet BOPZ-aangemerkt is:
 - a. is verblijf met IBS of RM niet toegestaan;
 - b. wordt art. 60 verblijf gedoogd;
 - c. is toepassen van fixerende vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals banden, beschermblad, verpleegdeken) voor cliënten die verblijven op grond van art. 60 niet toegestaan.
2. De Inspectie onderkent dat de praktijk soms om een 'gedoogoplossing' vraagt. Dit zal met de Inspecteur overlegd moeten worden. Te denken valt bijvoorbeeld aan de volgende situaties:
 - a. verhuizing van oudbouw naar nieuwbouw, waarbij cliënten met hun BOPZ-status (bijv. RM, IBS of art. 60 met VBM*) meeverhuizen en de oudbouw niet meer gebruikt kan worden;
 - b. cliënt verblijft in de nieuwe locatie op grond van art. 60, maar moet een RM/IBS krijgen om veilig en verantwoorde zorg te kunnen bieden, maar er is nog geen BOPZ-erkenning.
 - c. cliënt met art. 60 verblijft op de nieuwe locatie zonder VBM, maar heeft op een gegeven moment wel VBM nodig voor een verantwoorde zorgverlening, maar er is nog geen BOPZ-aanmerking.

Een RM of IBS kan ten alle tijden aangevraagd en afgegeven worden, maar het wonen met een RM moet vooraf overlegd worden met de Inspecteur. Bij een IBS kan vooraf niet overlegd worden met de Inspecteur want hier is geen tijd voor. Het wonen met IBS wordt na afgifte van de IBS met de Inspecteur besproken.

* VBM= vrijheidsbeperkende maatregel

BIJLAGE 2 – UITVOERINGSPROTOCOLLEN WET BOPZ

Uitvoeringsprotocollen Vrijheidsbeperkende Handelingen

PROTOCOL GELDEND VOOR ZORGMEDEWERKERS DIE BETROKKEN ZIJN BIJ DE ZORG VAN CLIËNTEN WAAROP DE WET BOPZ/ WGBO VAN TOEPASSING IS.

Doel

Medewerkers van De Zorggroep voeren vrijheidsbeperkende handelingen in kader van BOPZ/WGBO op een correcte en eenduidige wijze uit.

Doelgroep

Artsen, verpleegkundigen en verzorgenden die betrokken zijn bij de zorg van cliënten waarop de wet BOPZ/ WGBO van toepassing is.

Status document

Vastgesteld door directiebestuur	28-05-2013
----------------------------------	------------

Totstandkoming

De Uitvoeringsprotocollen Vrijheidsbeperkende Handelingen zijn in april 2013 geactualiseerd door de BOPZ-artsen..

Verwijzing:

- Beleidsnotitie Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
- Zorginformatie BOPZ
- Formulier Vrijheidsbeperkende Maatregel.

Evaluatie

- Deze protocollen worden tegelijkertijd met de beleidsnotitie BOPZ geëvalueerd. De eerstvolgende evaluatie vindt plaats in juni 2016
- Opmerkingen t.a.v. deze protocollen kunt u door geven aan:
wilma.van.beek@dezorggroep.nl

Inhoudsopgave Uitvoeringsprotocollen BOPZ

Inleiding	3
Uitvoeringsprotocol 1: dwaaldetectie dmv polsband of chip in schoen	4
Uitvoeringsprotocol 2: Floorlevelbed/ extra laag bed	6
Uitvoeringsprotocol 3: het gebruik van belmatje, belsensor	8
Uitvoeringsprotocol 4: veiligheidssteunen op toilet	10
Uitvoeringsprotocol 5: toepassing beschermende handschoenen	12
Uitvoeringsprotocol 6: het plaatsen van bedhekken/ bed tegen de muur	14
Uitvoeringsprotocol 7: het gedwongen toedienen van geneesmiddelen	16
Uitvoeringsprotocol 8: fixeren van een cliënt d.m.v. een tafelblad	18
Uitvoeringsprotocol 9: fixeren d.m.v. vloerplank onder stoel	20
Uitvoeringsprotocol 10: het fixeren van een cliënt d.m.v. een tafelblad, vloerplank onder de stoelen veiligheidsgordel	22
Uitvoeringsprotocol 11: het fixeren van een cliënt d.m.v. een Zweedse -,Bratex -, Salvafix - of Segufix band	24
Uitvoeringsprotocol 12: het fixeren van een cliënt d.m.v. een verpleegdeken	30
Uitvoeringsprotocol 13: het fixeren van een cliënt d.m.v. een plukpak of pyjama pak	32
Uitvoeringsprotocol 14: het fixeren van cliënt d.m.v. een zitbroek	34
Uitvoeringsprotocol 15: het gedwongen toedienen van vocht en/of voedsel d.m.v. maagsonde	37

Inleiding

Vrijheidsbeperkende maatregelen

- Met vrijheidsbeperkende maatregelen worden maatregelen bedoeld die beperkende gevolgen hebben voor de individuele vrijheid van cliënten. Onder vrijheidsbeperkende maatregelen worden al die maatregelen verstaan, die genomen moeten worden om cliënten te beschermen tegen lichamelijk of psychisch letsel, dat door hun geestesstoornis zou kunnen ontstaan.
- We spreken van een vrijheidsbeperkende maatregel indien de intentie van de maatregel vrijheidsbeperking is.
- Het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt genomen in multidisciplinair verband door de behandelend arts in overleg met de cliënt of diens vertegenwoordiger, de zorgcoördinator en eventuele andere disciplines.
- In de Wet BOPZ/ WGBO is bepaald in welk kader de vrijheidsbeperkende maatregelen plaatsvinden. Het volgende onderscheid wordt gemaakt:
 - a. *Vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan*
Dit zijn vrijheidsbeperkende maatregelen die met instemming van de cliënt / vertegenwoordiger opgenomen zijn in het zorgplan.
 - b. *Noodmiddelen en maatregelen*
Dit zijn vrijheidsbeperkende maatregelen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, een gevaarlijke situatie die niet is voorzien in het zorgplan of bij het ontbreken van een zorgplan. De inzet van deze interventies duurt hoogstens 7 dagen.
 - c. *Dwangbehandeling*
Dit zijn vrijheidsbeperkende maatregelen die in het zorgplan zijn opgenomen, maar waarover geen overeenstemming met de cliënt / vertegenwoordiger is bereikt of vrijheidsbeperkende maatregelen waartegen de cliënt zich verzet.
- Een vrijheidsbeperkende maatregel moet in het zorgplan zijn opgenomen en is dus onderdeel van het BOPZ zorg- en behandelplan. Daarnaast wordt iedere vrijheidsbeperkende maatregel genoteerd op een apart registratieformulier. Doel van dit registratieformulier is te komen tot een goede besluitvorming en evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregel. Zie werkafpraak 'Registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel'.
- Fixatie past niet binnen het BOPZ-beleid van de Zorggroep en is daarmee een ongewenste vrijheidsbeperkende maatregel. Het streven is om deze maatregelen niet in te zetten.

Uitvoeringsprotocol 1: Dwaaldetectie d.m.v. polsband of schoen met chip

Doel

Het voorkomen dat een cliënt met BOPZ-status (artikel 60, IBS, RM) zonder begeleiding een locatie kan verlaten.

Uitvoering

De verpleegkundige/verzorgende mag deze handeling alleen uitvoeren in opdracht van de arts.

Indicaties

- De cliënt met een BOPZ-status die zonder begeleiding buiten het gebouw in een gevaarlijke situatie terecht kan komen.

Contra-indicaties

- Als cliënt weigert om de polsarmband om te doen of steeds afdoet.
- Cliënt schoen met zender vaak uitdoet.

Mogelijke gevaren bij toepassing

- Als het systeem niet goed werkt, kan cliënt in een gevaarlijke situatie terecht komen.

Benodigdheden

- polsarmband met chip.
- Schoen met zender.

Werkwijze

A. Voorbereiding

- Vertel de cliënt wat er gaat gebeuren en vertel de reden van de interventie.
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.
- Testen of alarmering van polsarmband/ schoen met chip functioneert.

B. Uitvoering

- De cliënt krijgt een polsarmband met chip om/ schoen met chip aan. Als de cliënt met chip bij een deur komt die voor hem niet open mag gaan, blijft deze gesloten. Daarnaast gaat er een alarm af op het dect-toestel van de verzorgende.

C. Nazorg

- Als alarm afgaat dan gaat verzorgende naar cliënt toe en stelt cliënt gerust. Vervolgens begeleidt ze de cliënt weg van de deur.
- Deblokken van deur volgens instructie.

Verslaglegging

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel. Hierbij dient minimaal vermeld te zijn:
 - a. Reden van toepassing (=indicatie)
 - b. Doel van toepassing

- c. Welk middel men toepast (=afzondering)
- d. duur en op welk moment men het middel toepast
- e. evaluatiedatum

- Rapporteer de reactie van de cliënt en de eventueel hierop genomen actie in het zorgdossier.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 2: Het plaatsen van een floor-level bed/ extra laag bed

Doel

Voorkomen dat cliënten die uit bed kunnen komen en daardoor in een gevaarlijke situatie terecht kunnen te komen.

Uitvoering

De verpleegkundige/verzorgende mag dit hulpmiddel alleen gebruiken in opdracht van de arts.

Indicaties

- De cliënt heeft behoefte om zelfstandig het bed te verlaten.
- De cliënt is valgevaarlijk bij het verlaten van het bed.
- De cliënt biedt weerstand tegen bedhekken.
- De cliënt onderneemt pogingen om over de bedhekken te klimmen.
- De cliënt is erg beweeglijk.

Contra-indicaties

Mogelijke gevaren bij toepassing

- De cliënt is niet zelfredzaam bij gevaar of calamiteiten
- De verzorging kan de cliënt niet of moeilijk van de vloer krijgen.
- Er bestaat een verhoogd risico op decubitus, stijfheid/onderkoeling of benauwdheid door stof.
- Er bestaat valgevaar bij een poging om zelfstandig van de vloer op te staan.

Benodigdheden

- Floor-level bed met een lage stand van 10 cm of minder (bedbodem)
- Overwegen of belsensor noodzakelijk is.
- Bedhekken indien de cliënt op bed wordt verzorgd
- Vloermatrasje indien de cliënt uit bed rolt

Werkwijze

D. Voorbereiding

- Vertel de cliënt wat er gaat gebeuren en vertel de reden van de interventie.
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.

E. Uitvoering

- Zet het bed in de laagste stand.
- Zorg ervoor dat een cliënt de alarmering in de directe nabijheid heeft.
- Sluit belsensor aan op belsysteem
- Leg eventueel een vloermatras naast bed.

F. Nazorg

- stel de cliënt gerust
- Wanneer het belsysteem afgaat, gaat de verzorgende naar de cliënt om te observeren wat er aan de hand is en de cliënt te ondersteunen bij zijn hulpvraag.

Verslaglegging

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel. Hierbij dient minimaal vermeld te zijn:
 - a. Reden van toepassing (=indicatie)
 - b. Doel van toepassing
 - c. Welk middel men toepast (=afzondering)
 - d. duur en op welk moment men het middel toepast
 - e. evaluatiedatum
- Rapporteer de reactie van de cliënt en de eventueel hierop genomen actie in het zorgdossier.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 3: Het gebruik van een belmatje, belsensor, bewegingsmelder

Doel

Het verhinderen dat een cliënt zonder toezicht gaat lopen, waardoor het risico op valgevaar en lichamelijk letsel zoveel mogelijk beperkt wordt.

Uitvoering

De verpleegkundige/verzorgende mag deze handeling toepassen na een opdracht van de arts.

Indicaties

- de cliënt vertoont veelvuldig dwaalgedrag en is in staat zelfstandig het bed te verlaten.

Contra-indicaties

- De cliënt is niet te corrigeren of aan te spreken op diens gedrag.

Mogelijke gevaren bij toepassing

- Valrisico

Benodigdheden

- Belsensor, belmat of bewegingsmelder

Werkwijze

A. Voorbereiding

- Vertel de cliënt wat er gaat gebeuren, vertel de reden van de interventie en mogelijke gevaren.
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.

B. Uitvoering

- Leg de belmat/ belsensor klaar en sluit deze aan op het belsysteem, controleer op deugdelijkheid.
- Zet het bed op de laagste stand.

C. Nazorg

- stel de cliënt gerust
- Wanneer het belsysteem afgaat, gaat de verzorgende naar de cliënt om te observeren wat er aan de hand is en de cliënt te ondersteunen bij zijn hulpvraag.

Verslaglegging

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel.
Hierbij moet minimaal vermeld zijn:
 - a. reden (indicatie) van toepassing
 - b. doel van de toepassing
 - c. het middel dat wordt toegepast
 - d. duur (termijn) van de toepassing
 - e. datum van evaluatie
- Rapporteer de reacties van de cliënt op de handeling en de eventueel hierop genomen acties in het zorgdossier.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per

maand evalueren.

- noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
- dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 4: Veiligheidssteunen op toilet

Doel

Voorkomen van lichamelijk letsel bij een cliënt door te verhinderen dat de cliënt van het toilet valt of opstaat.

Uitvoering

De verpleegkundige/verzorgende mag deze handeling na opdracht van de arts verrichten

Indicaties

- De cliënt heeft een innerlijke onrust, waardoor hij/zij zich geen tijd gunt om rustig gebruik te maken van het toilet
- De cliënt heeft een loopdrang
- Bij valgevaar

Contra-indicaties

- De cliënt lijdt aan claustrofobie
- De cliënt lijdt aan een (oorlogs)trauma
- De cliënt heeft een aandoening ter hoogte van de veiligheidssteun

Mogelijke gevaren bij toepassing

- Verwonding

Benodigdheden

- Veiligheidssteunen op het toilet.

Werkwijze

A. Voorbereiding

- Vertel de cliënt wat (werkwijze, tijdsduur) er gaat gebeuren en waarom
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.
- Controleer of de veiligheidssteun aanwezig is en deugdelijk is
- Zorg zonodig dat er voldoende personeel aanwezig is

B. Uitvoering:

- plaats de cliënt op het toilet en stel hem/haar zonodig gerust
- bevestig de veiligheidssteun en controleer of de cliënt goed zit
- controleer op valgevaar
- bevestig het belsysteem binnen handbereik van de cliënt

C. Nazorg:

- controleer of de cliënt geen verwondingen heeft
- controleer of de stoelgang normaal is verlopen
- zorg ervoor dat de cliënt teruggaat naar zijn kamer

Verslaglegging

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel.
Hierbij moet minimaal vermeld zijn:
 - a. reden (indicatie) van toepassing
 - b. doel van de toepassing
 - c. het middel dat is toegepast

- d. duur (termijn) van de toepassing
- e. datum van evaluatie
- Rapporteer de reacties van de cliënt op de handeling en de eventueel hierop genomen actie in het zorgdossier.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 5: toepassing Beschermende handschoenen

Doel

Voorkomen van krabben bij een cliënt, zodat deze zich geen wonden kan krabben.

Uitvoering

De verpleging/ verzorging mag deze handeling na opdracht van de arts verrichten.

Indicatie

- Cliënt krabt huid voortdurend kapot tot wonden en dit levert infectiegevaar voor hemzelf op.

Contra-indicatie

Mogelijke gevaren bij toepassing

- afknelling

Benodigdheden

- Beschermende handschoenen die zo gefixeerd kunnen worden dat de cliënt deze niet zelf kan uitdoen.

Werkwijze

A. Voorbereiding

- Vertel de cliënt wat er gaat gebeuren en waarom
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.
- Leg de benodigde materialen klaar en controleer of het materiaal compleet en deugdelijk is.

B. Uitvoering

- Doe de beschermende handschoenen aan en fixeer deze.

C. Nazorg

- Stel de cliënt gerust en verzeker hem van goede zorg
- Controleer de handen op afknelling door de fixatie.

Verslaglegging

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel.
Hierbij moet minimaal vermeld zijn:
 - a. reden van toepassing fixatie door beschermende handschoenen (= indicatie)
 - b. doel van toepassing fixatie door beschermende handschoenen (=doel)
 - c. welk middel men toepast (= beschermende handschoenen)
 - d. duur en op welk moment men fixatie toepast
 - e. evaluatiedatum
- Rapporteer de reacties van de cliënt en de eventueel hierop genomen acties in het zorgdossier.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 6: Het plaatsen van bedhekken, het zetten van het bed tegen de muur

Doel

Voorkomen van lichamelijk letsel bij een motorisch rustige cliënt (zonder klimneigingen) door te verhinderen dat een bewoner uit bed valt/stapt.

Uitvoering

De verpleegkundige/verzorgende mag deze handeling toepassen na een opdracht van de arts.

Indicaties

- De cliënt heeft dwaalneigingen.
- De cliënt geeft aan bang te zijn uit bed te vallen.
- De cliënt heeft spierzwakte waardoor de kans op letsel bestaat bij het zelfstandig verlaten van het bed.

Contra-indicaties

- De cliënt is niet te corrigeren of aan te spreken op diens gedrag.
- Het bed kan niet in een lage stand.
- De cliënt is motorisch onrustig en heeft klimneigingen.

Mogelijke gevaren bij toepassing

- Toename van onrust, angst.
- De cliënt is niet zelfredzaam bij gevaren/calamiteiten.
- Over het bedhek heen klimmen en daardoor vallen of beklemming

Benodigdheden

- Bed met twee bedhekken.
- Eén bedhek indien het bed tegen een wand staat.

Werkwijze

A Voorbereiding

- Vertel de cliënt wat er gaat gebeuren, vertel de reden van de interventie en mogelijke gevaren.
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.

B Uitvoering

- Plaats de bedrekken omhoog in de hoogste stand.
- Controleer/ voel of het bedhek vast staat.
- Het hoog/laag bed dient, wanneer de bedrekken omhoog staan, altijd in de laagste stand te staan.
- Een wettelijke bepaling is dat er minimaal 22 cm tussen de bovenkant matras en de bovenkant van het bedrek dient te zitten, indien gebruik wordt gemaakt van anti-decubitus matras. Anti-decubitus matrassen mogen niet op een gewone matras gelegd worden, alleen op een dunne onderlegger.
- (B) Plaats het bed tegen een muurzijde, houdt er rekening mee dat de cliënt zich niet kan bezeren aan voorwerpen geplaatst tegen de muur.

C Nazorg

- Stel de cliënt gerust en verzeker hem van een goede zorg.
- Zorg ervoor dat het belsysteem zich binnen handbereik van de cliënt bevindt.

- Observeer de cliënt over een van te voren afgesproken periode, met een afgesproken frequentie en evalueer het effect van de inzet van deze maatregel.

Verslaglegging

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel. Hierbij dient minimaal vermeld te zijn:
 - a. Reden van toepassing
 - b. Doel van toepassing
 - c. Welk middel men toepast
 - d. duur en op welk moment men het middel toepast
 - e. evaluatiedatum
- Rapporteer de reactie van de cliënt en de eventueel hierop genomen actie in het zorgdossier.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 7: Het gedwongen toedienen van geneesmiddelen aan cliënt

Doel

Het afwenden van direct of dreigend gevaar voor de cliënt en/ of zijn omgeving voortvloeiend uit zijn ziektebeeld. Indien medicatie gecamoufleerd wordt gegeven met als doel dat de cliënt de medicatie gemakkelijker kan doorslikken en men vertelt de cliënt dat men de medicatie onder de pap/ appelmoes heeft gedaan is dit geen vrijheidsbeperkende maatregel. Als men niet vertelt dat medicatie gecamoufleerd wordt toegediend is het een vrijheidsbeperkende maatregel.

Uitvoering

De verpleegkundige/ verzorgende kan alleen medicatie toedienen na opdracht van de arts.

Indicaties

- *De cliënt vormt een direct of dreigend gevaar voor zichzelf (bv. Demente oudere met diabetes die geen insuline wil) of zijn omgeving.*
- Dit gevaar niet op een andere manier af te wenden is

Contra-indicaties

- *Allergische/ overgevoelighedsreactie/ ongewenste psychische reactie (bv. Hallucineren) op bepaalde medicamenten voor zover dit bekend is bij betreffende cliënt*
- Medische indicatie bijvoorbeeld in kader van de observatie van het bewustzijn, slechte longfunctie of tensie daling

Mogelijke gevaren bij toepassing

- *Bij orale inname is niet goed te controleren of cliënt alle medicatie binnenkrijgt, waardoor werking medicatie onvolledig kan zijn.*

Werkwijze

A. Voorbereiding

- Zorg voor voldoende personeel om medicatie veilig te kunnen spuiten bij hevige onrust.
- Controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.

B. Uitvoering

- Indien mogelijk wordt de medicatie gecamoufleerd toegediend d.w.z. onder het eten of drinken, controleer of de cliënt het eten/ drinken ook daadwerkelijk tot zich neemt. Zorg dat de cliënt niets merkt van de toevoeging van de medicatie aan eten of drinken. (Verwarde cliënt is vaak erg achterdochtig en denken soms dat ze vergiftigd worden.)
- Bij intramusculaire toediening: zorg voor voldoende personeel om de medicatie veilig te kunnen toedienen; hou de cliënt rustig maar stevig vast en laat pas los als de handeling helmaal klaar is, spreek geruststellend tegen de cliënt.

C. Nazorg

- Observeer het effect van de gegeven medicatie.
- Evalueer dagelijks het effect en de noodzaak van de genomen maatregel.

Verslaglegging

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel. Hierbij moet minimaal vermeld zijn:

- a. reden van toepassing (= indicatie)
- b. doel van toepassing (=doel)
- c. welk middel men toepast (= gedwongen toediening medicatie)
- d. duur en op welk moment men gedwongen toediening medicatie toepast
- e. evaluatiedatum
- Rapporteer de reacties van de cliënt op de medicatie en de eventueel hierop genomen actie in het zorgdossier.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 8: Het fixeren van een cliënt door middel van een tafelblad.

Algemeen

Fixatie past niet binnen het beleid van De Zorggroep en is daarom een ongewenst vrijheidsbeperkende maatregel. Het streven is om deze maatregel niet in te zetten.

Doel

Voorkomen van lichamelijk letsel bij een cliënt door te verhinderen dat de cliënt gaat staan of voorover valt.

Uitvoering

De verpleging of verzorging mag deze handeling na opdracht van de arts verrichten.

Indicaties

- cliënt vertoont motorische onrust
- cliënt heeft een verhoogd valrisico
- ontbreken van alternatieven

Contra-indicatie

- *Lichamelijke aandoening ter hoogte waar het tafelblad geplaatst wordt.*

Mogelijke gevaren bij toepassing

- *Beknelling of onderuit glijden van cliënt*
- de cliënt is niet zelfredzaam/ kan zich niet verweren bij calamiteiten/ gevaren
- mogelijke toename van onrust, angst en achterdocht

Benodigdheden

- rolstoel of stoel
- tafelblad
- bevestigingsschroef of riempje

Werkwijze

A. Voorbereiding

- Vertel de cliënt wat (werkwijze, tijdsduur) gebeuren en waarom.
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.
- Leg de benodigde materialen klaar en controleer of het materiaal compleet en deugdelijk is.
- Zorg dat er voldoende personeel aanwezig is.

B. Uitvoering

- Plaats de cliënt goed rechtop in de stoel of rolstoel
- Het tafelblad dient van armleuning tot armleuning goed te passen
- Zorg dat tussen de buik van de cliënt en het tafelblad een ruimte van een vingerdik is.
- Bevestig het tafelblad zodanig dat de cliënt dit blad niet zelf kan verwijderen
- Bevestig het tafelblad zodanig dat de cliënt niet onderuit kan glijden.

C. Nazorg

- Stel de cliënt gerust en verzeker hem van goede zorg
- Informeer de vertegenwoordiger van de cliënt
- Zorg dat de cliënt alles bij de hand heeft

- Controleer regelmatig of het tafelblad niet te strak of te los zit

Verslaglegging

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel.
Hierbij moet minimaal vermeld zijn:
 - a. reden van toepassing fixatie door tafelblad (= indicatie)
 - b. doel van toepassing fixatie door tafelblad (=doel)
 - c. welk middel men toepast (= fixatie d.m.v. tafelblad)
 - d. duur en op welk moment men fixatie toepast
 - e. evaluatiedatum
- Rapporteer de reacties van de cliënt en de eventueel hierop genomen acties in het zorgdossier.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 9: Fixeren dmv Vloerplank onder de stoel

Algemeen

Fixatie past niet binnen het beleid van De Zorggroep en is daarom een ongewenst vrijheidsbeperkende maatregel. Het streven is om deze maatregel niet in te zetten.

Doel

Het voorkomen van valgevaar door te verhinderen dat een cliënt gaat staan. Het aanbieden van rust bij loopdrang.

Uitvoering

De verpleegkundige/verzorgende mag deze handeling toepassen na een opdracht van de arts.

Indicaties

- de cliënt vertoont motorische onrust, waardoor valrisico's ontstaan
- de cliënt heeft loopdrang

Contra-indicaties

- de cliënt schuift de tafel naar voren of kantelt de tafel, waardoor andere cliënten, die aan de andere kant van de tafel zitten, in de knel komen

Mogelijke gevaren bij toepassing

- kantelen of verschuiven van de tafel
- verwonding

Benodigdheden

- vloerplank
- tafel
- stoel
- schroeven

Werkwijze

A. Voorbereiding

- vertel de cliënt wat (werkwijze en tijdsduur) er gaat gebeuren en waarom
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.
- controleer of de vloerplank deugdelijk is

B. Uitvoering

- bevestig de stoel op de vloerplank met schroeven en laat de cliënt plaatsnemen of help de cliënt daarbij
- schuif de tafel naar voren, zodat de stoel tegen de tafel aan staat
- controleer of de cliënt de tafel kan kantelen of naar voren kan schuiven
- stel de cliënt gerust

C. Nazorg

- stel de cliënt gerust
- zorg dat de cliënt alles bij de hand heeft
- controleer of de cliënt geen verwonding heeft

Verslaglegging

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel. Hierbij moet minimaal vermeld zijn:

- a. reden (indicatie) van toepassing
- b. doel van de toepassing
- c. het middel dat wordt toegepast
- d. duur (termijn) van de toepassing
- e. datum van evaluatie
- Rapporteer de reacties van de cliënt op de handeling en de eventueel hierop genomen acties in het zorgdossier.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 10: Fixeren van een cliënt d.m.v. een vloerplank onder de stoel, een tafelblad en veiligheidsgordel.

Algemeen

Fixatie past niet binnen het beleid van De Zorggroep en is daarom een ongewenst vrijheidsbeperkende maatregel. Het streven is om deze maatregel niet in te zetten.

Doel

- In geval van escalatie van agressief gedrag van een cliënt, voorkomen dat de cliënt zichzelf, medebewoners of medewerkers ernstig letsel toebrengt.
- Tot rust brengen van de cliënt.
- Voorkomen van uitputting van de cliënt.

Uitvoering

- De verpleegkundige / verzorgende mag deze handeling alleen uitvoeren na een opdracht van de arts.
- De verpleegkundige / verzorgende moet bekwaam zijn om deze handeling uit te voeren.

Indicaties

- De cliënt veroorzaakt zeer veel onrust op de afdeling waarbij gevaar is voor de cliënt zelf, de medebewoners of medewerkers.
- Voor de cliënt is een crisis ontwikkelingsmodel (C.O.M.) opgesteld door een Multidisciplinair geronto-psychiatrisch team i.s.m. een externe deskundige van het RCG. Hierbij zijn alternatieven voor de fixerende vrijheidsbeperkende maatregel overwogen.

Contra-indicatie

- Lichamelijke aandoening ter hoogte waar het tafelblad en veiligheidsgordel geplaatst wordt.
- Psychische contra-indicatie.

Mogelijke gevaren bij toepassing

- Huidirritatie.
- Mogelijke toename van onrust, angst en achterdocht.
- Verstikkings- en/of verwondingsgevaar.
- De cliënt is niet zelfredzaam, kan zich niet verweren bij calamiteiten of gevaren.

Benodigdheden

- Stoel met veiligheidsgordel. Stoel is bevestigd op een vloerplank.
- Tafelblad met goed werkend bevestigingsslot.
- Goed werkende sleutel om het slot te openen.
- Een reddingsmes / schaar op een voor een ieder teamlid bekende vaste plek, om zo nodig te gebruiken bij een calamiteit (om de veiligheidsgordel door te snijden).

Werkwijze

A. Voorbereiding:

- Vertel de cliënt wat er gaat gebeuren en waarom.
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.
- Leg de benodigde materialen klaar en controleer of het materiaal compleet en deugdelijk is.
- Zorg dat er voldoende personeel aanwezig is.

B. Uitvoering:

- Plaats de cliënt goed rechtop in de stoel.
- De veiligheidsgordel dient achter de rugleuning vast te zitten aan de stoel.
- Trek de veiligheidsgordel ruimschoots los zodat je in een vloeiende beweging de cliënt de gordel om kunt doen.
- Bevestig de veiligheidsgordel sluitend om de buik.
- Plaats het tafelblad.
- Zorg dat tussen de buik van de cliënt en het tafelblad een ruimte van een vingerdik is.
- Maak het slotje van het tafelblad vast zodat de cliënt het tafelblad niet zelf kan verwijderen.
- Eén medewerker blijft bij de cliënt zolang de cliënt gefixeerd is.

C. Nazorg:

- Stel de cliënt gerust.
- Controleer regelmatig of het tafelblad en veiligheidsgordel niet te strak zit.
- Controleer de cliënt op huideffecten en afsnoeren.
- Breng de vertegenwoordiger op de hoogte van de uitvoering van de vrijheidsbeperkende maatregel.

Verslaglegging:

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel.
Hierbij dient minimaal vermeld te zijn:
 - a. Reden van toepassing.
 - b. Doel van toepassing.
 - c. Welk middel men toepast.
 - d. Risico van het toepassen van het middel.
 - e. Duur en op welk moment men het middel toepast.
 - f. Evaluatiedatum.
- Rapporteer in het zorgdossier de reactie van de cliënt en de eventueel hierop genomen actie.
- Rapporteer in het zorgdossier, indien van toepassing, de toestand van de huid van de buik, eventuele verkleuring, ontvelling en/of wondjes.
- In de eerstvolgende artsavisite en bewonersoverleg met psycholoog wordt de vrijheidsbeperkende maatregel geëvalueerd en bevindingen worden opgenomen in het zorgdossier.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - Vrijheidsbeperkende maatregelen minimaal één keer per maand evalueren.
 - Noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - Dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.
- Een stappenplan gericht op het afbouwen van de vrijheidsbeperkende maatregel wordt opgenomen in het zorgdossier.

Uitvoeringsprotocol 11: Het fixeren van een cliënt door middel van een Zweedse -, Bratex -, Salvafix - of Segufix band.

Algemeen

Fixatie past niet binnen het beleid van De Zorggroep en is daarom een ongewenst vrijheidsbeperkende maatregel. Het streven is om deze maatregel niet in te zetten.

Doel

Voorkomen van lichamelijk letsel bij een cliënt door te verhinderen dat de cliënt onverwachts uit bed/stoel stapt of valt.

Uitvoering

De verpleegkundige/verzorgende mag deze handeling alleen uitvoeren in opdracht van de arts. De verpleegkundige/ verzorgende moet bekwaam zijn om deze handeling uit te voeren. Wanneer er sprake is van een noodsituatie (acuut gevaar voor letsel, de bewoner is wilsonbekwaam) is een opdracht van de hoofdbehandelaar niet vereist, maar dient deze direct na toepassing van de maatregel verkregen dienen te worden.

Indicaties

- De cliënt vertoont motorische onrust waardoor valrisico ontstaat.
- De cliënt heeft dwaalneigingen.

Contra-indicaties

- Een lichamelijke aandoening ter hoogte waar de onrustband geplaatst wordt.
- Indien de cliënt mager van postuur is en geen "taille" heeft is het raadzaam geen onrustband te gebruiken gezien het feit dat de cliënt uit de band kan kruipen.

Mogelijke gevaren bij toepassing

- Toename van complicaties bedverpleging.
- Afsnoeren van de buik.
- Ophanging/ verstikking
- Huidirritatie, smetplekken
- Toename van angst en onrust.
- De cliënt is niet zelfredzaam en kan zich niet verweren bij calamiteiten/gevaren.

Benodigdheden

- Een Zweedse band/ Bratex band/ Salvafix of Segufix band en bevestigingsbanden voor aan het bed.
- Goed werkend sloten
- Goed werkend sleutels om de sloten te openen.
- Een reddingsmes/ schaar op een voor een ieder teamlid bekende vaste plek, om zo nodig te gebruiken bij een calamiteit.

Werkwijze:

A. Voorbereiding:

- Vertel de cliënt wat er gaat gebeuren, vertel de reden van de interventie en mogelijke gevaren.
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.
- Leg de benodigdheden klaar en controleer of het materiaal compleet en deugdelijk is.

B. Uitvoering:

Toepassing van een Zweedse band in bed

- De Zweedse band bestaat uit 1 smalle tailleband met een slot en twee zijbanden.
- Bevestig de zijbanden aan beide kanten (aan het bed zelf, niet aan bedhekken!) van het bed ter hoogte van de taille van de cliënt. Voer het einde met de enkele lus door een van de drie instellussen, zodat de cliënt precies midden op het bed ligt en de lussen vlak naast zijn lichaam liggen. De zijlussen moeten onder de bedhekken doorlopen. Zorg ervoor dat de zijlussen niet naar onder of boven kunnen schuiven.
- Haal de tailleband met het slot door de eindlussen heen en leg de cliënt in het bed. Bevestig de tailleband om het middel van de cliënt boven het bekken en onder de ribben. Sluit de band om de cliënt heen door middel van het uiteinde van de band door het geopende slot te schuiven.
- De cliënt dient in het midden van het bed te worden gefixeerd, waar bij het niet mogelijk is om zich tot de rand van het bed te kunnen draaien.
- Let op dat de cliënt niet te strak in de band zit. Er moet nog een vlakke hand tussen het lichaam en de cliënt passen. De band mag niet gedraaid zitten en niet kunnen schuiven.
- Klik het slot dicht en doe de zijhekken omhoog. Het slotje mag de huid van de cliënt niet raken. Sluit het slotje aan de bovenzijde.
- Een wettelijke bepaling is dat er minimaal 22 cm tussen de bovenkant matras en de bovenkant van het bedrek dient te zitten. Ook indien gebruik wordt gemaakt van anti-decubitus matras. Anti-decubitus matrassen mogen niet op een gewone matras gelegd worden, alleen op een dunne onderlegger.
- Overtuig jezelf ervan dat de lengte van de zijbanden niet te groot is, waardoor letsel dreigt.
- *Zet het bed altijd in de laagste stand en op de rem!*
- *Zet de bedrekken in hoogste positie!!*
- *Leg een reddingsmes/ schaar op een voor een ieder teamlid bekende vaste plek, om zo nodig te gebruiken bij een calamiteit!*



Toepassing van een Bratex band in bed

- De Bratex band bestaat uit een brede tailleband + onderband en 2 losse zijbanden.
- Leg de onderband over de breedte van het matras en ter hoogte van de taille van de cliënt. De beide uiteinden onder het bedframe (niet aan bewegende beddelen) doorhalen en vastmaken met slotje aan weerskanten. Zorg ervoor dat de onderband niet naar onder of boven kan schuiven.

- De bovenband om het middel van de cliënt doen (boven het bekken en onder de ribben) en vastmaken met een slotje. De banden moeten goed vastzitten maar mogen vrije ademhaling niet belemmeren. Er moet een platte hand tussen de band en lichaam geschoven kunnen worden. Het slotje mag de huid van de cliënt niet raken.
- De onrustband is voorzien van ringen, waaraan zo nodig zijbanden bevestigd kunnen worden. De zijbanden door de ringen halen en vastmaken op de onderband met een slotje. Deze zijbanden voorkomen indien noodzakelijk, de vrijheid van het rollen naar links en/ of rechts.
- Een wettelijke bepaling is dat er minimaal 22 cm tussen de bovenkant matras en de bovenkant van het bedrek dient te zitten. Ook indien gebruik wordt gemaakt van anti-decubitus matras. Anti-decubitus matrassen mogen niet op een gewone matras gelegd worden, alleen op een dunne onderlegger..
- *Zet het bed altijd in de laagste stand en op de rem!*
- *Zet de bedrekken in hoogste positie!!*
- *Leg een reddingsmes/ schaar op een voor een ieder teamlid bekende vaste plek, om zo nodig te gebruiken bij een calamiteit!*



Toepassing van een Segufix band in bed.

- De Segufix band bestaat uit een brede band: de bedgordel die met smalle zijbanden vastgezet moet worden aan het bed. En de buikband die om de taille van de cliënt vastgemaakt moeten worden. De bed- en buikband zijn aan elkaar vastgenaaid.
- Leg de brede bedgordel met de smalle, van ogen voorziene gordel op taillehoogte zo op de matras, da de labels met de tekst "Segufix" naar het voeteneinde van het bed wijzen.
- Voer de smalle, van ogen voorziene gordel tussen matras en bedframe door. Sla de gordel langs de buitenzijde van het frame over het bed. Trek de gordel stevig aan (zorg dat de gordel in het midden van de matras blijft) en leg het dichtstbijzijnde oog over de pen van het slot. Klik het zwarte kapje op de pen van het slot en controleer of het slot goed dicht is. Doe dit eveneens aan de andere zijde van het bed.
- Controleer of de bewegende delen van het bed de onrustband niet kunnen beschadigen.
- Een wettelijke bepaling is dat er minimaal 22 cm tussen de bovenkant matras en de bovenkant van het bedrek dient te zitten. Ook indien gebruik wordt gemaakt van anti-decubitus matras. Anti-decubitus matrassen mogen niet op een gewone matras gelegd worden, alleen op een dunne onderlegger.
- Leg de cliënt met de taille op de geopende tailleband.
- Door middel van de vele ogen kan de tailleband individueel op de lichaamsomvang van de cliënt worden ingesteld.

- Aan de binnenzijde van de buikband bevindt zich een slip die de pen van het slot op zijn plaats houdt. Kies een oog zodanig dat het slot zich in het midden van de gesloten onrustband bevindt.
- Leg de buikband om de taille van de cliënt en sluit het slot.
- Let op dat de band strak, doch niet te strak om het lichaam sluit. De ademhaling van de cliënt mag niet gehinderd worden. Het moet mogelijk zijn om een vlakke hand tussen de buikband en de buik te schuiven.
- De zijbanden aan beide zijden aan de sloten van de bedband bevestigen.
- Met behulp van de verschillende ogen kan de zijdelingse bewegingsvrijheid van de cliënt volgens indicatie ingesteld worden.
- *Zet het bed altijd in de laagste stand en op de rem!*
- *Zet de bedrekken in hoogste positie!!*
- *Leg een reddingsmes/ schaar op een voor een ieder teamlid bekende vaste plek, om zo nodig te gebruiken bij een calamiteit.*

Toepassing van salvafixband

- Leg de onderband over de breedte van het matras en ter hoogte van de taille van de cliënt. De beide uiteinden onder het bedframe (niet aan bewegende beddelen) doorhalen en vastmaken met slotje aan weerskanten. Zorg ervoor dat de onderband niet naar onder of boven kan schuiven.
- De bovenband om het middel van de cliënt doen (boven het bekken en onder de ribben) en vastmaken met een slotje. De banden moeten goed vastzitten maar mogen vrije ademhaling niet belemmeren. Er moet een platte hand tussen de band en lichaam geschoven kunnen worden. Het slotje mag de huid van de cliënt niet raken.
- De onrustband is voorzien van ringen, waaraan zo nodig zijbanden bevestigd kunnen worden. De zijbanden door de ringen halen en vastmaken op de onderband met een slotje. Deze zijbanden voorkomen indien noodzakelijk, de vrijheid van het rollen naar links en/ of rechts.
- Een wettelijke bepaling is dat er minimaal 22 cm tussen de bovenkant matras en de bovenkant van het bedrek dient te zitten. Ook indien gebruik wordt gemaakt van anti-decubitus matras. Anti-decubitus matrassen mogen niet op een gewone matras gelegd worden, alleen op een dunne onderlegger..
- *Zet het bed altijd in de laagste stand en op de rem!*
- *Zet de bedrekken in hoogste positie!!*
- *Leg een reddingsmes/ schaar op een voor een ieder teamlid bekende vaste plek, om zo nodig te gebruiken bij een calamiteit!*



C. Nazorg:

- Stel de cliënt gerust..
- Zorg ervoor dat het belsysteem zich binnen handbereik van de cliënt bevindt.
- Hou de sleutel van de Zweedse band binnen handbereik van het bed maar buiten bereik van de bewoner.
- Laat na een half uur een controle uitvoeren door een andere zorgmedewerker of de Zweedse Band niet te strak is aangelegd.
- Controleer de cliënt op huideffecten en afsnoeren.
- Controleer 1x per 2 uur of de Zweedse/ Bratex/ Salvafix/ Segufix Band niet afknelt, te los zit en op effectiviteit.

Verslaglegging:

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel.
Hierbij dient minimaal vermeld te zijn:
 - a. Reden van toepassing
 - b. Doel van toepassing
 - c. Welk middel men toepast
 - d. Risico van het toepassen van het middel
 - e. duur en op welk moment men het middel toepast
 - f. evaluatiedatum
- Rapporteer de reactie van de bewoner en de eventueel hierop genomen actie in het zorgdossier.
- Rapporteer in het dossier de dubbele controle.
- Noteer in het zorgdossier, indien van toepassing, de toestand van de huid van de buik, eventuele verkleuring, ontvelling en/of wondjes.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 12: Het fixeren van een cliënt door middel van een verpleegdeken.

Algemeen

Fixatie past niet binnen het beleid van De Zorggroep en is daarom een ongewenst vrijheidsbeperkende maatregel. Het streven is om deze maatregel niet in te zetten.

Doel

Voorkomen van lichamelijk letsel bij een cliënt door te verhinderen dat de cliënt onverwacht uit bed stapt of valt. (Voor een cliënt kan een verpleegdeken alternatief bieden voor de Zweedse band of de hansop. De deken heeft een rits en wordt als een hoeslaken over de bovenkant van het beddengoed opgemaakt. De cliënt heeft meer bewegingsvrijheid in vergelijking tot de Zweedse band en de hansop.)

Uitvoering

De verpleegkundige/verzorgende mag deze handeling alleen uitvoeren in opdracht van de arts.

Indicaties

- De cliënt vertoont motorische onrust waardoor valrisico ontstaat.
- De cliënt heeft dwaalneigingen.

Contra-indicaties

- De cliënt is niet te corrigeren of aan te spreken op diens gedrag, waardoor de kans bestaat dat de bewoner in de verpleegdeken kruipt.

Mogelijke gevaren bij toepassing

- Toename van onrust, angst.
- De cliënt is niet zelfredzaam bij gevaren/calamiteiten.
- Kans op benauwdheid/verstikking wanneer de cliënt "in" de verpleegdeken kruipt.

Benodigdheden

- Verpleegdeken.

Werkwijze

A. Voorbereiding:

- Vertel de cliënt wat er gaat gebeuren, vertel de reden van de interventie en mogelijke gevaren.
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.

B. Uitvoering:

- Plaats de verpleegdeken over het hoeslaken in het bed en maak het bed verder op zoals de cliënt dat gewend is.
- Zet het bed altijd in de laagste stand !

C. Nazorg:

- Stel de cliënt gerust.
- Observeer de cliënt over een van te voren afgesproken periode, met een afgesproken frequentie en evalueer het effect van de inzet van deze maatregel.

Verslaglegging:

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel. Hierbij dient minimaal vermeld te zijn:
 - a. Reden van toepassing
 - b. Doel van toepassing
 - c. Welk middel men toepast
 - d. duur en op welk moment men het middel toepast
 - e. evaluatiedatum
- Rapporteer de reactie van de cliënt en de eventueel hierop genomen actie in het zorgdossier.
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 13 : Het fixeren van een cliënt d.m.v. een pyjamapak c.q. plukpak

Algemeen

Fixatie past niet binnen het beleid van De Zorggroep en is daarom een ongewenst vrijheidsbeperkende maatregel. Het streven is om deze maatregel niet in te zetten.

Doel

Het verhinderen dat een cliënt zich steeds bloot legt in bed en zich krabt.

Het verhinderen dat een cliënt het incontinentiemateriaal verpulvert, met faeces gaat smeren of in de mond stopt.

Uitvoering

De verpleegkundige/verzorgende mag deze handeling alleen uitvoeren na een opdracht van de arts

Indicaties

- het voortdurend bloot leggen van de cliënt
- het krabben van huiddefecten door cliënt
- het incontinentiemateriaal verpulveren door cliënt
- faeces smeren door de cliënt
- faeces in de mond stoppen door de cliënt

Contra-indicaties

- de cliënt is aan te spreken op zijn gedrag
- de cliënt verzet zich tegen het dragen van het pyjamapak

Mogelijke gevaren bij toepassing

- Toename van onrust, angst
- De cliënt is niet zelfredzaam bij gevaren/calamiteiten

Benodigdheden

- Pyjamapak c.q. plukpak

Werkwijze

A. Voorbereiding

- vertel de cliënt wat er gaat gebeuren, vertel de reden van de interventie en de mogelijke gevaren
- vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming, en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is

B. Uitvoering

- help de cliënt in het pyjamapak in bed
- zet het bed in de laagste stand!

C. Nazorg

- stel de cliënt gerust
- observeer de cliënt over een van tevoren afgesproken periode, met een afgesproken frequentie en evalueer het effect van de inzet van deze maatregel

Verslaglegging:

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel.
Hierbij dient vermeld te staan:
 - a. reden van toepassing
 - b. doel van toepassing
 - c. welk middel men toepast
 - d. duur en op welk moment men het middel toepast
 - e. evaluatiedatum
- Rapporteer de reactie van de cliënt en de eventueel hierop genomen actie in het zorgdossier
- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 14: fixeren van een cliënt d.m.v. een zitbroek

Algemeen

Fixatie past niet binnen het beleid van De Zorggroep en is daarom een ongewenst vrijheidsbeperkende maatregel. Het streven is om deze maatregel niet in te zetten.

Doel

Voorkomen dat cliënten die uit hun (rol)stoel kunnen komen in een gevaarlijke situatie terecht kunnen komen.

Uitvoering

De verpleegkundige/verzorgende mag deze handeling alleen uitvoeren in opdracht van de arts.

Indicaties

- De cliënt is valgevaarlijk bij het opstaan uit zijn rolstoel
- De cliënt biedt weerstand tegen een tafelblad.
- De cliënt is erg beweeglijk.

Contra-indicaties

- Een lichamelijke aandoening/ buikwond ter hoogte waar de zitbroek geplaatst wordt.

Mogelijke gevaren bij toepassing

- De cliënt is niet zelfredzaam bij gevaar of calamiteiten
- Afsnoeren van de buik.
- Huidirritatie, smetplekken
- Toename van angst en onrust.
- Bij niet goed bevestigen van zitbroek kan cliënt half eruit kruipen en daardoor uit de (rol)stoel hangen.
- Cliënt kan gaan lopen met stoel of rolstoel op zijn rug.

Benodigdheden

- Een zitbroek en bevestigingsbanden voor aan (rol)stoel.
- Goed werkend clips/ veiligheidssloten.
- *Een reddingsmes/ schaar/ balpen op een voor een ieder teamlid bekende vaste plek, om zo nodig te gebruiken bij een calamiteit.*
-

Een zitbroek bestaat uit een band om het middel met daaraan een band tussen de benen. De zitbroek kan vastgemaakt worden aan het frame van een rolstoel of stoel. Vaak is de zitbroek aan de binnenzijde voorzien van een zachte polstering. De zitbroek is verkrijgbaar in verschillende maten. Sommige sloten zijn alleen te openen met een balpen.



Werkwijze

G. Voorbereiding

- Vertel de cliënt wat er gaat gebeuren en vertel de reden van de interventie.
- Vraag aan de wilsbekwame cliënt toestemming en controleer bij de wilsonbekwame cliënt of de vertegenwoordiger op de hoogte is.
- Materialen klaarleggen.
- Controleer of materialen deugdelijk en compleet zijn.

H. Uitvoering

- Bevestig de zitbroek aan de (rol)stoel.
- Als de cliënt in de rolstoel zit trek de band tussen de benen omhoog en bevestig deze aan de heupband en klik deze vast

I. Nazorg

- Stel de cliënt gerust..
- Zorg ervoor dat het belsysteem zich binnen handbereik van de cliënt bevindt.
- Laat na een half uur een controle uitvoeren door een andere zorgmedewerker of de zitbroek niet te strak is aangelegd.
- Controleer de cliënt op huideffecten en afsnoeren.
- Controleer 1x per 2 uur of de zitbroek niet afknelt, te los zit en op effectiviteit.
- Wanneer het belsysteem afgaat, gaat de verzorgende naar de cliënt om te observeren wat er aan de hand is en de cliënt te ondersteunen bij zijn hulpvraag.

Verslaglegging

- Registreer de genomen vrijheidsbeperkende maatregel in het BOPZ-zorgplan én op een apart registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel. Hierbij dient minimaal vermeld te zijn:
 - a. Reden van toepassing (=indicatie)
 - b. Doel van toepassing
 - c. Welk middel men toepast
 - d. duur en op welk moment men het middel toepast
 - e. evaluatiedatum
- Rapporteer in het zorgdossier de dubbele controle.
- Noteer in het zorgdossier, indien van toepassing, de toestand van de huid van de buik, eventuele verkleuring, ontvelling en/of wondjes.

- Evalueer volgens vastgestelde periode:
 - vrijheidsbeperkende maatregelen in kader van het zorgplan minimaal één keer per maand evalueren.
 - noodmiddelen en maatregelen: binnen 7 dagen evalueren.
 - dwangmaatregel in 1^e instantie wekelijks evalueren, indien dwangbehandeling voortgezet moet worden, minimaal één keer per maand evalueren.

Uitvoeringsprotocol 15: Het gedwongen toedienen van vocht/ en of voedsel aan cliënt door middel van een maagsonde

Deze handeling komt bijna nooit voor en als deze voor komt, wordt er individueel bepaald hoe er gehandeld wordt.

BIJLAGE 3 – REGISTRATIEFORMULIER PSYCHOFARMACA

REGISTRATIE PSYCHOFARMACAGEBRUIK (BIJ AANVANG)

Naam cliënt:	
---------------------	--

Voor een toelichting op het formulier zie de werkafpraak 'Registratie en evaluatie psychofarmacagebruik'.

Startdatum:	
Medicatie en dosering: <i>(bij aanvang)</i>	
Toedieningswijze:	

1 Wat is / was de reden om met psychofarmaca te starten?

a Psychiatrische stoornis:

(Vul de diagnose in)

b Probleemgedrag:

(Omschrijf het gedrag in termen van concreet waarneembaar gedrag. Beschrijf ook wanneer het gedrag voorkomt en hoelang het gedrag al bestaat.)

2 Hoe zou het gedrag verklaard kunnen worden?

(Lichamelijke factoren en medicijngebruik / psychische factoren / sociale factoren)

3 Welke psychosociale en/of gedragsinterventies zijn/worden toegepast?

Wat is hiervan het resultaat?

4 Wat is het beoogde resultaat (doel) van de medicatie?

5 Welke risico's op bijwerkingen van de medicatie zijn mogelijk te verwachten? <i>(Bijvoorbeeld: sufheid, Parkinsonisme)</i>	
6 Wat is de prognose van de duur van de medicatie?	
Naam behandelend arts / verpleegkundig specialist*:	

**Streep door wat niet van toepassing is*

BIJLAGE 4 – EVALUATIEFORMULIER PSYCHOFARMACA

EVALUATIE PSYCHOFARMACAGEBRUIK (1x per 3 maanden)

Naam cliënt:	
---------------------	--

Voor een toelichting op het formulier zie de werkafspraken 'Registratie en evaluatie psychofarmacagebruik'.

Evaluatiedatum:	
Medicatie en huidige dosering:	

1 Wat is het effect van de medicatie?

2 Wat zijn de gesignaleerde bijwerkingen of risico's van de medicatie?

3 Wanneer kan de medicatie afgebouwd of gestopt worden?

4 Vervolg behandelplan

a Medicamenteus:

b Niet medicamenteus:

Naam behandelend arts / verpleegkundig specialist*:	
--	--

**Streep door wat niet van toepassing is*

BIJLAGE 5 – BOPZ-BEHANDELPLAN

BOPZ Behandelplan

Naam cliënt:		Datum:	
Geboortedatum:			
Locatie en afdeling:			
BOPZ status:	0 Vrijwillig 0 Art. 60 0 (voorlopig) RM 0 IBS		
Geldig tot:			
Diagnose:			
Relevante comorbiditeit:			
Gevaar:			
Samenvatting beloop:			
Behandeldoelen:			
Niet medicamenteuze behandelafspraken:			
Medicamenteuze behandelafspraken:			
Vrijheidsbeperkende maatregelen:			
Dwangbehandeling:			
- <i>Second opinion:</i> - <i>Beëindigingsstrategie:</i>			
Wilsbekwaamheid t.a.v. behandelafspraken:			

Instemming verkregen van cliënt:	0 ja 0 nee	Datum:	
Instemming verkregen van vertegenwoordiger:	0 ja 0 nee	Datum:	
Gewezen op mogelijkheden bezwaar en/of klachtenprocedure:		Datum:	

Naam behandelend arts + handtekening:	
---------------------------------------	--

Toelichting formulier 'BOPZ Behandelplan'

- Het formulier wordt als bijlage meegestuurd aan IGZ of Parket:
 - IGZ: bij meldingsformulier 'Aanvang dwangbehandeling';
 - Parket: bij aanvraag van IBS, voorlopige machtiging of verlenging rechterlijke machtiging.
- Het formulier wordt ingevuld en ondertekend door de behandeld arts.
- Het formulier wordt naar de BOPZ-arts gestuurd en een kopie wordt opgeborgen in het zorgdossier van de cliënt:
 - Regio Venlo: achter tabblad 'BOPZ' ;
 - Regio Tegelen, Regio Weert-Helden, Regio Roermond: achter 'Medische gegevens' / 'Toelichting arts'
 - Regio Horst-Venray: in medisch dossier achter tabblad 'BOPZ'.

BIJLAGE 6 – REGISTRATIEFORMULIER VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel

Start datum: _____

Naam cliënt: _____

Geboortedatum: _____

a. Zorgprobleem _____ _____ _____	d. Vrijheidsbeperkende maatregel _____ _____ _____
b. Oorzaak _____ _____	e. Paraaf arts: _____
c. Zorgdoel _____ _____ _____	f. 0 Cliënt / vertegenwoordiger* akkoord: 0 ja datum: _____ Paraaf nodig: 0 nee 0 ja: _____ 0 Cliënt / vertegenwoordiger* is niet akkoord → Melding aan IGZ: nood- / dwangmaatregel* Gemeld: d.d. _____

Besluitvorming t.a.v. vrijheidsbeperkende maatregel	Datum	Analyse / toelichting
1. Constatering van een gevaar of risico Is er sprake van gevaar of risico waartegen de cliënt beschermd moet worden? a. Ja, er is sprake van zichtbare gevaren, bv lichamelijke uitputting, vallen, agressief gedrag. b. Ja, er is sprake van onverantwoord gedrag, bv afspraken rondom roken, dieet of persoonlijke hygiëne om gezondheidsproblemen te voorkomen. Indien er géén gevaar of risico is, is er géén acceptabel motief voor vrijheidsbeperkende maatregelen.		
2. Komen tot een besluit a. Zijn alternatieve, minder ingrijpende interventies mogelijk? Bv: individuele begeleiding, gestructureerd dagprogramma, muziek, extra laag bed etc. b. Zijn alternatieve zorgomgevingen voorhanden? Bv: overplaatsing naar een andere (slaap)kamer of (tijdelijke) overplaatsing naar een andere afdeling. c. Is de vrijheidsbeperkende maatregel multidisciplinair besproken? d. Met welke disciplines? e. Welke negatieve gevolgen van de vrijheidsbeperkende maatregel kunnen voor de cliënt verwacht worden? - Fysieke schade door de maatregel. - Negatieve effecten, bv de maatregel verergert juist de bestaande onrust, boosheid of angst. - Gedragmatige effecten, bv groepsregels kunnen eigen initiatief van cliënten uitdoven. - Verstoorde zorgrelatie, bv cliënt wordt boos op hulpverlener die hem fixeert. - Psychische schade door de maatregel, bv veroorzaken van een traumatische associatie. f. Is er voldoende gecommuniceerd binnen het verzorgend team over de inzet van deze vrijheidsbeperkende maatregel?		
3. Second opinion a. Is dit een risicovolle vrijheidsbeperkende maatregel of een dwangbehandeling? b. Zo ja, is er een second opinion aangevraagd? → Nee, waarom niet? → Ja, vermeld naam en bevinding van collega-arts (die niet bij de behandeling betrokken is) in het geval van een risicovolle vrijheidsbeperkende maatregel. → Ja, vermeld naam, telefoonnummer en bevinding van externe deskundige		

(bv GGZ, CCE) in geval van dwangbehandeling.		
4. Wilsbekwaamheid, toestemming en verzet a. Wordt de cliënt wilsbekwaam geacht? b. Indien de cliënt niet wilsbekwaam is, geeft de vertegenwoordiger toestemming? c. Is er sprake van een onvoorziene noodsituatie? d. Is er sprake van verzet van de cliënt? e. Is er sprake van dwangbehandeling? Zo ja, is cliënt geïnformeerd over de BOPZ-klachtenregeling?		
5. Toepassing van de gekozen vrijheidsbeperkende maatregel a. Zijn betrokken zorgverleners bevoegd en bekwaam om de maatregel uit te voeren? b. Zijn te gebruiken middelen deugdzzaam en veilig?		
6. Evaluatie a. Wie is verantwoordelijk voor de evaluatie? b. Wanneer wordt deze maatregel geëvalueerd? c. Kan de vrijheidsbeperking worden afgebouwd en zo ja hoe?		

* Geef aan wat van toepassing is.

Registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregel

Vervolg bladnr: _____ Naam cliënt: _____

Vrijheidsbeperkende maatregel: _____

Geboortedatum: _____

Evaluatie- datum	Evaluatie vrijheidsbeperkende maatregel	Actie	Stop- datum

BIJLAGE 7 – INTERVIEW BOPZ-ARTS

1. In hoeverre doen zich onder zorgprofessionals interpretatieproblemen voor met betrekking tot het begrip vrijheidsbeperking?

Het klopt dat het begrip vrijheidsbeperking op verschillende manieren wordt geïnterpreteerd, maar ik ervaar dat eigenlijk niet als een probleem. Het is juist een mogelijkheid om met elkaar van gedachten te wisselen. Van sommige lichtere maatregelen vraag ik me zo nu en dan af of ze nog wel vrijheidsbeperkend zijn. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarbij een belsensor wordt ingezet om een cliënt die niet meer mobiel is te helpen naar het toilet te gaan. Vaak is de reactie van een cliënt dat hij het toch wel fijn vindt als iemand komt helpen, maar het is wel een inbreuk op de privacy. We proberen ons aan te wennen om te kijken naar de intentie waarmee een maatregel wordt opgelegd.

2. Wordt er een onderscheid gemaakt tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en hulpmiddelen? Hoe wordt de grens hiertussen bepaald?

Ja, hierin wordt een onderscheid gemaakt. De grens proberen we te bepalen door duidelijk met elkaar te onderzoeken waarom een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast. Een bedhek kun je bijvoorbeeld omhoog doen om te voorkomen dat iemand uit bed komt. Dan is het dus de intentie om iemands vrijheid te beperken en is er duidelijk sprake van een vrijheidsbeperkende maatregel. Maar, het kan bijvoorbeeld ook zo zijn dat een cliënt zich niet kan omdraaien in bed als hij zich nergens aan vast kan houden. Als je dan een bedhek inzet is de intentie niet om diegene in zijn vrijheid te beperken en vind ik dat er geen sprake is van een vrijheidsbeperkende maatregel. Overigens gebruiken we voor die gevallen vaak een half bedhek.

De scheidslijn tussen hulpmiddelen en vrijheidsbeperkende maatregelen is niet altijd duidelijk te bepalen. Bij twijfel vind ik dat je de maatregel altijd moet registreren. Dit zorgt er voor dat zo'n maatregel geëvalueerd wordt en dat er transparantie is binnen de organisatie.

3. In hoeverre wordt domotica in de praktijk beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregel?

We zijn wel geneigd om dit als vrijheidsbeperkende maatregel te zien, maar in bepaalde gevallen zien we het dus ook als hulpmiddel. Domotica in brede zin tref je overigens meer aan in thuiszorgsituaties. Daar komt bijvoorbeeld leefstijlmonitoring voor. Sensoren registreren dan wat het activiteitenpatroon is van de cliënt. Bijvoorbeeld waar in huis hij loopt, waar hij zit, hoelang hij heeft geslapen enzovoort. Je kan daarmee redelijk precies de gang van een cliënt nagaan. De mantelzorger of een verzorgende kan via de computer meekijken en ingrijpen als er iets aan de hand is. Zulke maatregelen zijn dan ook wel doelmatig, maar hiermee wordt wel een behoorlijke inbreuk gemaakt op de privacy van de cliënt.

Omdat de Bopz niet geldt voor de thuiszorg vallen dit soort situaties niet onder mijn verantwoordelijkheid. In verpleeghuizen gaat het vaak om minder zware vormen van domotica toepassingen zoals belsensoren of akoestische sensoren.

4. Komt het wel eens voor dat cliënten onder dwang verzorging ondergaan? in hoeverre wordt dit dan beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregel?

Ja, dit komt voor, als voorbeeld kun je denken aan een cliënt met apraxie die niet meer weet hoe hij moet gaan zitten. Wanneer een verzorgende deze cliënt naar het toilet wil brengen kunnen er moeilijkheden ontstaan, omdat de cliënt niet meer snapt wat hij daar moet doen. Soms kunnen we door middel van bepaalde trucjes iemand wel nog dingen aanleren, we proberen dan ook altijd om een oplossing te vinden voor dit soort situaties. Wanneer een cliënt zich echt blijft verzetten tegen de verzorging, dan vind ik dat er sprake is van een vrijheidsbeperkende maatregel en zelfs dwangbehandeling.

5. Komt het wel eens voor dat cliënten ongeremd gedrag vertonen? (bijvoorbeeld niet meer kunnen stoppen met eten, drinken, roken of alcohol) Zo ja, hoe wordt hier dan op gereageerd? Worden zij hierin beperkt en wordt die beperking dan aangemerkt als een vrijheidsbeperkende maatregel?

Dit komt nauwelijks voor en als het wel voorkomt dan vind ik het geen reden om beperkingen op te leggen. Er wordt gewoon eten aangeboden aan alle cliënten en de cliënt mag voor zichzelf beslissen hoeveel hij daarvan neemt. Ook al heeft een cliënt overgewicht. Het kan wel zijn dat iemand bijvoorbeeld beperkt mag roken omdat er anders brandgevaar ontstaat. Dan zit het gevaar niet in het roken zelf, maar in het brandgevaar dat als gevolg daarvan kan ontstaan.

6. In hoeverre wordt het gebruik van psychofarmaca beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregelen?

Het gebruik van psychofarmaca werd aanvankelijk nog niet als vrijheidsbeperkend beschouwd omdat dat op grond van de Bopz niet hoefde, maar sinds 1 april zijn we alle nieuwe psychofarmacavoorschriften gaan registreren als vrijheidsbeperkende maatregel. We hebben dit besluit genomen met het oog op de komst van de nieuwe wet.

7. In hoeverre wordt valgevaar als grondslag gebruikt om een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten?

Valgevaar is vaak een reden om vrijheidsbeperkende middelen toe te passen, voornamelijk bij het inzetten van belsensoren.

8. Wat vind je van het feit dat valgevaar onder de nieuwe wet geen grondslag meer is voor het inzetten van onvrijwillige zorg?

Ik vraag me af of de nieuwe wet op dit punt in de praktijk wel toepasbaar is. Letsel als gevolg van vallen is mijns inziens zeker aan te merken als "ernstig nadeel".

9. Wie neemt uiteindelijk het besluit om een vrijheidsbeperkende maatregel op te leggen? Wordt dit besluit altijd in multidisciplinair overleg genomen?

Formeel is het de arts die het besluit om een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten neemt, maar in de praktijk is het vaak zo dat de verzorgende, bijvoorbeeld tijdens de nachtdienst, een probleem signaleert waardoor gevaar ontstaat. Deze neemt dan contact op met de specialist ouderengeneeskunde over het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel. Vaak stemt de arts daarmee in. Daarna wordt het besluitvormingsproces pas echt in gang gezet en wordt het zorgplan aangepast. Dit wordt meestal gedaan door de arts in samenwerking met iemand van de zorg.

10. Wordt deze maatregel in de tussentijd dan gezien als middel of maatregel in een noodsituatie?

Nee, het wordt niet aangemerkt als een noodsituatie omdat de maatregel uiteindelijk toch voor langere termijn zal worden opgenomen in het zorgplan.

11. Worden de cliënt en zijn vertegenwoordiger bij de besluitvorming betrokken? Zo ja, op welke manier?

Ja, de cliënt of de vertegenwoordiger wordt altijd om toestemming gevraagd. Deze stemt dan meestal toe, mantelzorgers zijn namelijk vaak geneigd om alle risico's af te dekken. Ze zijn zich niet zo bewust van de risico's van vrijheidsbeperkende maatregelen en zullen dan ook niet snel een vrijheidsbeperkende maatregel afwijzen.

12. Doen zich wel eens problemen voor in de samenwerking met de vertegenwoordiger (of andere familieleden) wanneer het gaat om de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen? Zo ja, om wat voor problemen gaat het dan?

Het komt wel eens voor dat er meningsverschillen zijn, maar ik ervaar dat niet echt als een probleem. Ik weet wel dat de zorg het moeilijk vindt om bepaalde beslissingen uit te leggen aan familie. Ze zeggen dan: "Ja ga dat maar eens aan de familie uitleggen, want die zijn het hier echt niet mee eens hoor". Meestal wordt er voor die gevallen de hulp van een arts ingeschakeld. Het overleg met de familie loopt vaak een stuk soepeler wanneer er een arts bij betrokken is die uitlegt wat de motieven zijn om iets wel of niet te doen. Als dat goed wordt uitgelegd aan de familie komt het meestal wel goed. Doorgaans gaat de discussie overigens om het weglaten van vrijheidsbeperkende maatregelen en niet over het toepassen ervan. Het afbouwen van fixatie heeft bijvoorbeeld heel wat moeite gekost.

13. In hoeverre wordt het verzet van een cliënt serieus genomen, wordt er soms ook weleens vanuit gegaan dat het verzet inherent is aan het ziektebeeld?

We proberen verzet altijd serieus te nemen, maar verzet heb je in vele soorten en maten. Hierover zijn dan ook wel eens meningsverschillen. Denk bijvoorbeeld aan een cliënt die elke avond over de afdeling loopt op zoek naar zijn ouders, is dat een vorm van verzet tegen de opname? Of kortgeleden had ik bijvoorbeeld een meningsverschil met een CIZ-medewerker. Het ging toen over een cliënt met een artikel 60-indicatie. Dat is dus iemand die geen bereidheid maar ook geen verzet toont tegen opname. Die cliënt had echter wel de hulpverlener geslagen. Ik vond dat er daarom vanuit moest worden gegaan dat de cliënt zich tegen de opname verzette, maar de CIZ-medewerker was dat niet met mij eens. In sommige gevallen denk ik dat verzet wel onderdeel van de ziekte is, maar dat moet je dan wel goed onderbouwen in het dossier. Bij twijfel vind ik dat je er altijd vanuit moet gaan dat er wel sprake is van verzet.

14. Komt het bijvoorbeeld wel eens voor dat een cliënt terughoudend is wanneer hij verzorgd wordt door nieuw personeel en wordt dit dan als verzet aangemerkt?

We proberen dan met die nieuwe medewerker te zoeken naar een oplossing. Hij kan bijvoorbeeld eerst een keer met iemand samen die cliënt verzorgen, of een keer toekijken. Ook kan het zijn dat hij eerst leuke dingen gaat doen met de cliënt, maar het is niet zo dat dan meteen wordt uitgegaan van verzet.

15. Hoe beoordeel je of een cliënt instemt met een behandeling? Wat doe je bijvoorbeeld als een cliënt helemaal niks zegt of doet?

Als je ziet hoe ver de dementie gevorderd is bij cliënten die worden opgenomen in een Bopz-instelling, dan kan je bijna per definitie stellen dat cliënten niet meer in staat zijn om in te stemmen met een behandeling. Dit gaat wel eens mis in de zorg. Dan staat bijvoorbeeld in het dossier dat een cliënt heeft ingestemd met bedekken. Als je dan aan de verzorgenden vraagt hoe ze dat weten is het antwoord vaak: dat heb ik hem gevraagd en toen zei hij ja, maar als je de vraag andersom stelt dan zal de cliënt ook ja zeggen. Dat heeft ook te maken met het feit dat cliënten in een soort van afhankelijkheidspositie staan ten opzichte van verzorgenden, ook kan het zijn dat een cliënt gewoon antwoorden geeft die sociaal wenselijk zijn. Ik vind daarom dat er niet te lichtvaardig mag worden gedacht over de instemming van een cliënt. Wanneer in het dossier staat dat een cliënt ergens mee heeft ingestemd, dan zet ik daar altijd vraagtekens bij, andersom geldt dat het verzet van een cliënt wel altijd zwaar weegt.

16. Hoe wordt bepaald of een cliënt wilsonbekwaam is? Wie stelt dit vast? Wordt dit voor elke behandeling afzonderlijk bekeken?

Hiervoor gelden binnen De Zorggroep geen formele procedures. Het is meestal de specialist

ouderengeneeskunde die vaststelt dat een cliënt wilsonbekwaam is. We schieten misschien te kort in het registreren van die beslissing. Vaak wordt er bijvoorbeeld wel vastgelegd dat een vertegenwoordiger heeft ingestemd met een vrijheidsbeperkende maatregel, maar niet dat dat is vanwege het feit dat de cliënt wilsonbekwaam is. Het is eigenlijk zo dat wilsonbekwaamheid de regel is en wilsbekwaamheid de uitzondering. Dat lees je bijvoorbeeld al af aan het feit dat er zoveel cliënten zijn die met een art. 60-procedure worden opgenomen. De uitzonderlijke gevallen waarin een cliënt wél nog in staat is om een beslissing te nemen over een bepaalde behandeling worden dan ook wel geregistreerd. We bepalen niet voor elke behandeling afzonderlijk of een cliënt wilsonbekwaam is. Ik denk dat we dit overvloedige ballast vinden.

17. In hoeverre wordt bij de besluitvorming gekeken of er nog alternatieven zijn, hoe wordt dit getoetst?

Bij de besluitvorming wordt altijd nagegaan of er nog alternatieven zijn, hierbij wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van de Vilans alternatievenbundel. Daarnaast heeft elk team een exbelt contactpersoon of een Bopz-verpleegkundige waaraan vragen gesteld kunnen worden met betrekking tot alternatieven.

18. In hoeverre worden externe deskundigen bij de besluitvorming betrokken? Welke deskundigen worden er dan ingeschakeld?

In het algemeen worden er bij de reguliere, of de minder ingrijpende, maatregelen geen externe deskundigen ingeschakeld. Bij meer risicovolle maatregelen zoals fixatie worden wel externe deskundigen ingeschakeld. Aanvankelijk was dit vaak een specialist ouderengeneeskunde of een psychiater van het GGZ, maar nu schakelen we ook steeds vaker het CCE in.

19. Ervaar je problemen met de manier waarop verzorgenden rapporteren ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen? Wat voor problemen zijn dit?

Ja, ik ervaar vrijwel dagelijks problemen met de wijze waarop verzorgende rapporteren. Rapporteren is blijkbaar heel moeilijk. Ik moet echt duidelijk met verzorgenden afspreken waar op gelet moet worden in de rapportages en wat belangrijk is voor mij om te weten. Regelmatig komt het voor dat ik hierover afspraken maak, die vervolgens niet goed worden nagekomen. Als voorbeeld kan je denken aan de inzet van een belsensor. Het gebruik hiervan wordt maandelijks geëvalueerd, maar als ik een maand later aan de zorg vraag: hoe vaak is de belsensor ongeveer afgegaan per nacht, dan hebben ze daar geen idee van. Het is voor mij in die situaties moeilijk om te toetsen of zo'n maatregel nog nodig is.

20. Hoe wordt het zorgplan en de daarin opgenomen vrijheidsbeperkende maatregel geëvalueerd? Wat wordt er tijdens zo'n evaluatie besproken?

De vrijheidsbeperkende maatregelen worden maandelijks geëvalueerd tijdens de artsensite. De specialist ouderengeneeskunde gaat dan samen met iemand van de zorg kijken naar de vrijheidsbeperkende maatregelen van bepaalde cliënten. Er wordt gekeken of de vrijheidsbeperkende maatregelen nog nodig zijn, en of er alternatieven zijn. Hierbij wordt gebruik gemaakt van rapportages.

20. In hoeverre worden vrijheidsbeperkende maatregelen besproken tijdens multidisciplinaire overleggen? Hoe vaak vind zo'n overleg plaats en wie worden daarbij betrokken?

De term multidisciplinair overleg is eigenlijk niet juist. Twee maal per jaar vindt er een zorgplanbespreking plaats. Daar zijn de specialist ouderengeneeskunde, de coördinator zorg en diensten en de cliënt of zijn vertegenwoordiger bij aanwezig. Dat kun je eigenlijk niet echt multidisciplinair noemen vind ik. In sommige teams is het wel gebruikelijk om bij de zorgplanbespreking een psycholoog te betrekken. Dan is het weer wel multidisciplinair, maar het kan ook zijn dat er in zijn geheel geen therapeut of psycholoog betrokken is bij een cliënt

en deze kunnen dan ook niet bij de zorgplanbespreking betrokken worden. De rol van het multidisciplinair overleg is de laatste jaren een beetje afgezwakt, dit verdient weer opnieuw de aandacht.

21. Komt het vaak voor dat vrijheidsbeperkende maatregelen binnen een maand kunnen worden afgebouwd?

Het leeuwendeel van de vrijheidsbeperkende maatregelen bestaat uit lichte maatregelen zoals belsenoren. Deze maatregelen kun je bijna nooit binnen een maand afbouwen en houden het meestal wel langer dan een jaar uit. De huidige wet maakt echter geen verschil tussen lichte en zware maatregelen, dat vind ik een tekortkoming.

22. Wordt er op dit moment alleen onvrijwillige zorg verleend aan psychogeriatrische cliënten met een rechterlijke machtiging of een art. 60-indicatie die zijn opgenomen in een Bopz-instelling, of ook daarbuiten?

Ook in de thuiszorg en op somatische afdelingen zonder Bopz-aanmerking wordt onvrijwillige zorg verleend. Omdat deze afdelingen niet onder de Bopz vallen, behoren ze niet tot mijn verantwoordelijkheid. Ik denk dat het een grote klus wordt om ervoor te zorgen dat ook al deze afdelingen voldoen aan de nieuwe wet. Ik vraag me bijvoorbeeld af hoe we moeten omgaan met cliënten die dementie hebben, maar waarvan dat nog niet formeel is vastgesteld.

BIJLAGE 8 – INTERVIEW BOPZ-VERPLEEGKUNDIGE

1. In hoeverre doen zich op de werkvloer interpretatieproblemen voor met betrekking tot het begrip vrijheidsbeperking?

In de praktijk zijn er regelmatig interpretatieproblemen. Discussies doen zich op veel gebieden voor. Zo ken ik bijvoorbeeld de casus van een cliënt die slaapt in een extra laag bed met daarnaast een valmatras. Deze cliënt is wel nog in staat om zelfstandig uit bed te komen, hij schuift dan via het bed op het valmatras en zo kan hij met het valmatras door de kamer schuiven. De cliënt heeft dus nog vrijheid en daarom vind ik dat er geen sprake is van een vrijheidsbeperkende maatregel. Naar mijn mening moet er bij twijfel altijd uit voorzorg vanuit worden gegaan dat iets wel vrijheidsbeperkende is.

2. Wordt er onderscheid gemaakt in vrijheidsbeperkende maatregelen en hulpmiddelen en hoe wordt de grens hiertussen bepaald?

Ja, hierin wordt onderscheid gemaakt. Ik stel steeds de vraag waarom zet ik het in? en beperk ik iemand in zijn vrijheid? Zo ja dan is het een vrijheidsbeperkende maatregel, zo nee dan is het een hulpmiddel. Als er getwijfeld wordt of iets een hulpmiddel of een vrijheidsbeperking is, dan moet het worden gerapporteerd als een vrijheidsbeperkende maatregel.

3. Wordt domotica in de praktijk beschouwd als een vrijheidsbeperkende maatregel? Wanneer wel en wanneer niet?

Domotica is in principe een vrijheidsbeperkende maatregel, Maar er wordt altijd gekeken naar de vraag met welke intentie de domotica wordt ingezet en of de domotica een beperking is van de vrijheid. Zo ken ik bijvoorbeeld de casus van een cliënt die niet meer weet hoe hij zijn alarmknop moet gebruiken om de hulp van een verpleegkundige te vragen. Hij gaat met de benen langs het bed, blijft zitten op de rand van het bed en wacht totdat er een verpleegkundige komt. Wanneer de verpleegkundige dan komt, is hij ook blij. De sensor wordt dus ingezet met de intentie om diegene te helpen en ik vind dat er daarom geen sprake is van vrijheidsbeperking. Wanneer ik domotica inzet om bijvoorbeeld iemand met valgevaar in bed te houden, dan vind ik dat er wel sprake is van een vrijheidsbeperkende maatregel. Ik ben wel van mening dat verzorgenden en verpleegkundigen deze overwegingen goed moeten opnemen in het patiëntendossier en de rapportages. Dit wordt nog niet altijd goed gedaan.

4. Komt het wel eens voor dat cliënten onder dwang verzorging ondergaan (zoals douchen of wassen)? wordt dit dan altijd beschouwd als vrijheidsbeperking en als zodanig opgenomen in het zorgplan?

Ja, dit komt voor. Het uitgangspunt is dat het onder dwang douchen of wassen wel als vrijheidsbeperkende maatregel moet worden aangemerkt, maar dat gebeurt in de praktijk niet altijd. Het verzorgend en verplegend personeel staat er niet altijd bij stil dat dit onvrijwillige zorg en dus vrijheidsbeperkend is. zij denken: de cliënt moet toch verzorgd worden? Ik vind dat er sprake is van onvrijwillige zorg als de cliënt zich verzet tegen die verzorging en dan moet er worden gezocht naar een oplossing. Die oplossing moet zoveel mogelijk in overeenstemming zijn met datgene wat de cliënt wil. Dat is alleen niet altijd mogelijk, omdat bepaalde zorg gewoon echt noodzakelijk is.

5. Komt het wel eens voor dat cliënten ongeremd gedrag vertonen (bijvoorbeeld als ze niet meer kunnen stoppen met eten, roken, of drinken)? Zo ja, hoe wordt hierop gereageerd?
Ongeremd gedrag komt voor. Als we bij dit gedrag vrijheidsbeperkend handelen, bijvoorbeeld wanneer een cliënt alleen op vaste tijden mag roken, dan komen hierover afspraken te staan in zijn individueel Bopz-zorgplan. Daarnaast zijn er ook afdelingsregels, hierin kan bijvoorbeeld staan dat iedereen 's avonds na negen uur zijn aansteker moet inleveren. In een individueel geval kan ervoor worden gekozen om van zo'n regel af te wijken, dit wordt dan opgenomen in het individuele zorgplan

6. Wordt het gebruik van psychofarmaca beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregel?
Psychofarmaca is een vrijheidsbeperkend maatregel echter tot voor kort werd dit niet zo gerapporteerd. Er zijn nu stappen ondernomen om deze medicatie ook te beschouwen als vrijheidsbeperkende maatregel. Daarom zijn er werkafspraken gemaakt met betrekking tot de inzet en evaluatie Psychofarmaca.

7. Wordt valgevaar als grondslag gebruikt om vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten?
Als uitgangspunt geldt binnen De Zorggroep dat valgevaar geen grond is voor het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen. Belangrijk is wel dat het risico zo klein mogelijk wordt gemaakt. Daarom proberen we te zoeken naar alternatieven die gericht zijn op de individuele cliënt zoals het houden van "toezicht", of deelname aan dagbesteding. Er wordt bij valgevaar alleen een vrijheidsbeperkende maatregel ingezet als het écht niet anders kan. Bijvoorbeeld als de risico's op schade aanmerkelijk hoog zijn. Zulke maatregelen kunnen namelijk de vrijheid van de cliënt erg beperken en dit is van invloed op de kwaliteit van leven. Uiteraard gaat het wel eens mis, en komt het voor dat een cliënt valt. Vaak merk ik dat familieleden hier dan moeite mee hebben. Dit begrijp ik ook. Zij zijn bang voor letsel en hebben liever dat er toch een bedhek langs het bed geplaatst wordt. We proberen dan uit te leggen dat er goede alternatieven zijn om vallen te voorkomen en dat vrijheidsbeperkende maatregelen een negatief effect kunnen hebben op het welzijn van de cliënt. We merken vaker dat families dit moeilijk kunnen begrijpen. Dit probleem speelt al helemaal wanneer een cliënt vóór zijn opname in de Bopz-instelling, heeft verbleven op een reguliere somatische afdeling. De Bopz geldt niet voor die afdelingen, wat als gevolg heeft dat er binnen die afdelingen veel gemakkelijker wordt omgegaan met het toepassen van bijvoorbeeld bedhekken. Zo kan het dus voorkomen dat een cliënt eerst jarenlang op een somatische afdeling met bedhekken slaapt, op eigen verzoek en dan komt de cliënt op een Bopz-afdeling en moeten de hekken ineens omlaag omdat de cliënt dan niet meer in staat is aan te geven of hij de bedhekken omhoog wil. Voor familie van de cliënt is dit heel moeilijk te begrijpen. We proberen dan uit te leggen dat we streven naar een beleid met zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen en wat de toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel betekent voor een cliënt. We zouden daarom misschien iets van een informatieavond moeten houden voor familie.

8. In hoeverre wordt het verzet van een cliënt serieus genomen? Wordt er soms ook wel eens vanuit gegaan dat het verzet inherent is aan het ziektebeeld?
In principe wordt het verzet van een cliënt altijd serieus genomen. Heel soms gaan we er vanuit dat een uiting van verzet inherent is aan het ziektebeeld. Om een voorbeeld te geven: cliënten met afasie wisselen soms woorden om. Ze zeggen dan bijvoorbeeld nee, terwijl ze ja bedoelen. Wanneer zo'n cliënt zegt dat hij een bepaalde behandeling niet wil en hij begint inderdaad tegen te strubbelen als ik de behandeling toepas, dan ga ik er vanuit dat hij het écht niet wil. Maar strubbelt hij niet tegen en laat hij de behandeling gewoon toe, dan ga ik er vanuit dat er geen sprake is van verzet.

Dit is wel heel moeilijk te beoordelen, hiervoor is inzicht in het ziektebeeld vereist.

9. Hoe beoordeel je of een cliënt instemt met een behandeling?

Wanneer ik twijfel of een cliënt instemt met een bepaalde behandeling ga ik na of hij dat wil en hiervoor wilsbekwaam is. Kortgeleden was ik betrokken bij een casus met bedhekken. In het zorgplan van deze cliënt was aangetekend dat de cliënt de bedhekken op eigen verzoek had. Toen ik aan de verzorgende vroeg hoe zij wist dat de cliënt hiermee instemde antwoordde ze: "dat heb ik hem gevraagd". Toen ik vervolgens aan de cliënt in kwestie vroeg of deze de bedhekken omhoog wilde antwoordde hij inderdaad ja. Echter toen ik daarna vroeg: wilt u de bedhekken niet omhoog? antwoordde hij ook met ja. Op alles wat ik vroeg zei hij ja. In zo'n geval weet ik dus dat je de instemming van een cliënt niet serieus kan nemen en vind ik dat ervan uit moet worden gegaan dat er sprake is van een vrijheidsbeperkende maatregel waarmee de cliënt niet instemt.

10. In hoeverre wordt getoetst of er nog alternatieven zijn, hoe wordt dit getoetst?

Hierbij wordt gebruik gemaakt van de alternatievenbundel van Vilans. Elke afdeling is in het bezit van een actuele versie van die bundel.

11. Wie neemt het besluit om een vrijheidsbeperkende maatregel op te leggen? Wordt dit besluit altijd in multidisciplinair overleg genomen?

De eindverantwoordelijkheid voor het inzetten van een vrijheidsbeperkende maatregel ligt uiteindelijk bij de specialist ouderengeneeskunde of bij de verpleegkundig specialist. Deze neemt het besluit altijd in overleg met de coördinator zorg en diensten. Zij maken daarbij gebruik van een speciaal formulier. Het komt voor dat er bij de besluitvorming een tweede arts, fysiotherapeut of ergotherapeut wordt betrokken, maar dat is van de situatie afhankelijk. Een ergotherapeut schakel je bijvoorbeeld in wanneer er sprake is van valgevaar.

12. Worden de cliënt en zijn vertegenwoordiger in dit besluitvormingsproces betrokken, zo ja: op welke manier?

De cliënt en zijn familie worden altijd op de hoogte gesteld van het besluit om een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten en met hen wordt overleg gepleegd. Het is van de situatie afhankelijk op welke wijze dit gebeurt, soms wordt de familie uitgenodigd voor een gesprek, soms wordt er ook gewoon telefonisch contact opgenomen. Dat is heel erg situatieafhankelijk.

13. Hoe wordt bepaald of een cliënt wilsonbekwaam is en wie stelt dit vast?

De specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist is eindverantwoordelijke voor deze beslissing. Afdelingen zijn op dit moment nog niet zo ver dat ze per maatregel afzonderlijk bepalen of een cliënt ten aanzien hiervan wilsbekwaam is. Hier kunnen instellingen nog wel in groeien.

14. In hoeverre worden externe deskundige bij het besluitvormingsproces betrokken?

In uitzonderlijke situaties wordt er wel eens een externe deskundige ingeschakeld, bijvoorbeeld als er sprake is van extreem probleemgedrag of bij zwaardere vrijheidsbeperkende maatregelen zoals fixatie. Dit is meestal een arts van buiten de instelling. Soms schakelen we ook de organisatie Centrum voor Consultatie en Expertise in. Zij geven advies aan zorginstellingen in casussen waarbij sprake is van probleemgedrag.

15. In hoeverre worden vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen in rapportages van verpleegkundigen en verzorgenden?

De rapportages ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen laten nog wel eens te wensen over. Dat heeft ook te maken met het feit dat verpleegkundige al zó veel moeten schrijven en rapporteren. Vaak zie ik in de rapportages bijvoorbeeld wel terug dát een maatregel is toegepast, maar niet wat de reactie van de cliënt was op die maatregel, terwijl dat nu juist van belang is. Dan staat er bijvoorbeeld alleen: de belsensor is aangezet. Ik zou echter meer iets willen zien in de trant van: ik heb cliënt gezegd dat ik de belsensor aanzet, deze vertoonde hiertegen geen verzet en heeft rustig de hele nacht doorgeslapen.

16. Hoe wordt het zorgplan en de daarin opgenomen vrijheidsbeperkende maatregel geëvalueerd?

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt maandelijks geëvalueerd door de specialist ouderengeneeskunde of de verpleegkundig specialist in samenwerking met een coördinator zorg en diensten. Waar nodig wordt bij deze evaluaties ook de exbelt-contactpersoon ingeschakeld. De rapportages vormen een belangrijk uitgangspunt bij de evaluaties, daarnaast wordt er gebruik gemaakt van een speciaal voorgeschreven formulier

17. In hoeverre worden vrijheidsbeperkende maatregelen ook besproken tijdens multidisciplinaire overleggen? Hoe vaak vindt zo'n overleg plaats?

Er vindt twee maal per jaar een multidisciplinair overleg plaats en zo nodig vaker. De familie of contactpersoon van de cliënt wordt altijd uitgenodigd om aan dit gesprek deel te nemen. We bespreken dan het hele zorgplan, daaronder vallen dus ook de vrijheidsbeperkende maatregelen.

18. Komt het vaak voor dat vrijheidsbeperkende maatregelen langer dan drie maanden worden opgelegd?

Er wordt altijd bekeken of het gebruik van een maatregel kan worden afgebouwd, maar gemiddeld genomen worden maatregelen wel langer dan drie maanden opgelegd.

19. Wordt er op dit moment enkel onvrijwillige zorg verleend aan cliënten met een RM of een art. 60-indicatie in een Bopz-instelling, of ook daarbuiten?

Nee, als ik op somatische afdelingen rondloop zie ik dat daar ook veel gebruik wordt gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals bedhekken. Dit hoor ik overigens ook van veel artsen. Onze aanpak om vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen (bijvoorbeeld door deelname aan het exbelt-project) heeft zich tot nu toe voornamelijk gericht op de aangemerkte Bopz-instellingen. Deze zijn dan ook al een heel eind op weg in het terugdringen van maatregelen en gaan hier over het algemeen verantwoord mee om. Ik denk daarom dat er met de komst van de nieuwe wet niet alleen aandacht moet worden besteed aan de Bopz-afdelingen maar vooral ook aan afdelingen die daarbuiten vallen. Ook hier zal moeten worden gestreefd naar terugdringing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit is een groot proces en ik denk dat we hierbij het beste kunnen starten met scholing, net zoals we dat bij de Bopz-afdelingen ook hebben gedaan.

BIJLAGE 9 – INTERVIEW COÖRDINATOR ZORG EN DIENSTEN

1. In hoeverre doen zich op de werkvloer interpretatieproblemen voor met betrekking tot het begrip vrijheidsbeperking? Hoe uiten deze problemen zich?

Interpretatieproblemen doen zich sinds het exbelt-project steeds minder voor. Ik merk dat het verplegend en verzorgend personeel zich steeds bewuster wordt van de impact die vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen hebben. Zelf ben ik ook werkzaam als exbelt-contactpersoon. Om mijn team bewuster te maken van vrijheidsbeperkende maatregelen heb ik bij aanvang van het project twee collega's vastgezet met een Zweedse band, in een stoel, met het gezicht naar de muur en de deur op slot. Dit heeft toen wel indruk op hen gemaakt en ik merk dat er daardoor ook verantwoord met vrijheidsbeperkende maatregelen wordt omgegaan.

2. Wordt er onderscheid gemaakt tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en hulpmiddelen? Hoe wordt de grens hiertussen bepaald?

Ja, hiertussen wordt onderscheid gemaakt. Op deze afdeling woont bijvoorbeeld een cliënt die vanwege valgevaar slaapt in een laag-laag bed met daarnaast een valmatras. Dat zijn maatregelen die vrijheidsbeperkend kunnen zijn, maar deze cliënt is wel nog in staat om zelf in en uit bed te kruipen. Daarom hebben we ervoor gekozen om de maatregel in dit geval niet als vrijheidsbeperkend, maar als hulpmiddel te beschouwen. Soms is de grens tussen hulpmiddelen en vrijheidsbeperkende maatregelen moeilijk te bepalen. Momenteel doet zich bijvoorbeeld een discussie voor in de casus van een cliënt die slaapt met een belsensor en die gedragsbeïnvloedende medicatie (cipramil) kreeg toegediend. Deze cliënt had aanvankelijk de sensor gekregen omdat hij uit bed was gevallen en daarbij zijn heup had gebroken. Later werd deze belsensor ook gebruikt om de cliënt te helpen bij het vervangen van incontinentiemateriaal, omdat hij dit zelf niet meer kon. Dit leverde in het begin geen problemen op en omdat de maatregel werd ingezet met de bedoeling om de cliënt te helpen, beschouwden we het als een hulpmiddel. Maar sinds we zijn begonnen met het afbouwen van de gedragsbeïnvloedende medicatie, merken we dat de cliënt boos wordt wanneer we zijn kamer binnen komen. Onze specialist ouderengeneeskunde is geneigd de sensor evengoed niet als vrijheidsbeperkend aan te merken, zelf twijfel ik erover, want wij beschouwen het niet als vrijheidsbeperkend, maar de cliënt ervaart dat wel zo.

3. In hoeverre wordt domotica in de praktijk beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregel?

Domotica wordt vaak ingezet wanneer er sprake is van valgevaar. Dit wordt in eerste instantie altijd als vrijheidsbeperkende maatregel beschouwd. Na één maand gaan we evalueren en kijken we of de domotica nog nodig is of dat het misschien kan worden omgezet in een hulpmiddel.

4. Komt het wel eens voor dat cliënten onder dwang verzorging ondergaan? In hoeverre wordt dit dan beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregel?

Ja dit komt wel eens voor. Op dit moment ben ik betrokken bij een casus van een cliënt die geen inzicht heeft in het eigen ziektebeeld. Deze cliënt heeft de oorlog meegemaakt en zegt constant "ik heb een scherf in mijn hoofd". De cliënt heeft een heel gevoelig stuitje en daarom zit hij soms het liefst drie of vier uur op de po. Dat kan natuurlijk niet altijd, waardoor we soms andere maatregelen moeten nemen. Dit vindt de cliënt dan niet fijn en deze wordt vervolgens boos. We zijn als team nog aan het overleggen of er in deze casus sprake is van een dwangmaatregel als we de cliënt van de po afhalen, dit weten we niet zeker omdat de cliënt zelf geen inzicht meer heeft in zijn ziekte.

5. Komt het wel eens voor dat cliënten ongeremd gedrag vertonen? (bijvoorbeeld niet meer kunnen stoppen met eten of drinken) Zo ja, hoe wordt hier dan op gereageerd? Worden zij hierin beperkt en wordt die beperking dan aangemerkt als vrijheidsbeperkende maatregel? *Dergelijke situaties komen niet vaak voor. Momenteel ken ik twee casussen hierover. Zo woont er op deze afdeling bijvoorbeeld een cliënt die niet meer weet dat hij gegeten heeft. Hij wil daarom blijven eten. Er wordt geprobeerd om zo veel mogelijk aan zijn wens te voldoen, maar we beperken het eten wel tot een bepaald minimum. Daarnaast woont hier een cliënt met suikerziekte, toen deze hier werd opgenomen was zijn suikerniveau heel hoog. Om zijn suiker weer op een goed niveau te brengen onthouden we hem soms eten. hij komt wel vaak vragen om eten, maar wordt niet boos wanneer hem dit geweigerd wordt. De cliënt vindt het met een beetje uitleg goed en accepteert het ook, daarom merken we het niet aan als vrijheidsbeperkende maatregel.*

6. In hoeverre wordt psychofarmaca beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregel? *Sinds kort zijn we begonnen met het invullen van formulieren voor psychofarmaca. Ik merk dat daardoor wel minder psychofarmaca wordt voorgeschreven, maar op deze afdeling wordt het toch nog niet echt als een vrijheidsbeperkende maatregel beschouwd. Overigens accepteren we het gewoon als cliënten de medicijnen weigeren.*

7. In hoeverre wordt valgevaar als grondslag gebruikt om een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten?

Ja, valgevaar wordt beschouwd als een grondslag om vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten. Op deze afdeling woont bijvoorbeeld een cliënt die heel vaak achter elkaar was gevallen, we hebben toen in overleg met familie besproken om een belsensor in te zetten zodat het valgevaar kon worden geminimaliseerd. Vooral belsensoren worden vaak ingezet om valgevaar te voorkomen.

8. Wie neemt uiteindelijk het besluit om een vrijheidsbeperkende maatregel op te leggen? *Het besluit wordt genomen door de verpleeghuisarts in overleg met de coördinator zorg en diensten of een verpleegkundige. In de praktijk komt het ook vaak voor dat collega's bijvoorbeeld tegen de verpleging zeggen die cliënt is vandaag al heel vaak gevallen, kunnen we hier niet iets aan doen? Dan wordt er gebeld met de dienstdoende arts. In overleg met hem kan besloten worden om dan een maatregel in te zetten. Vervolgens wordt zo snel mogelijk besproken of er een aanpassing van het zorgplan nodig is en of de maatregel daarin moet worden opgenomen. Dit kan bijvoorbeeld tijdens de eerstvolgende artsensite en indien nodig zelfs eerder.*

9. Wordt deze maatregel in de tussentijd dan geregistreerd als middel of maatregel in een noodsituatie?

Nee eigenlijk niet, omdat we toch zo snel mogelijk overgaan tot een aanpassing van het zorgplan. Het gaat in dit soort situaties overigens vaak om het toepassen van bijvoorbeeld een belsensor of laag-laag bed, deze vallen niet onder het besluit middelen en maatregelen. We lichten overigens wel altijd de familie in.

10. Worden de cliënt en zijn vertegenwoordiger bij het besluitvormingsproces betrokken? Op welke manier?

Ja, de familie wordt sowieso altijd geïnformeerd. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld gevallen is

dan wordt daarover een mail gestuurd naar de familie. Ook voor de toepassing van maatregelen wordt altijd contact opgenomen met de familie. Soms wordt de familie uitgenodigd voor een gesprek met de arts, maar het kan ook zo zijn dat er gewoon overlegd wordt als de familie op bezoek is bij de cliënt. De familie is in ieder geval altijd op de hoogte.

11. Doen zich wel eens problemen voor in de samenwerking met de vertegenwoordiger (of andere familieleden) wanneer het gaat om de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen?

Met het opstarten van vrijheidsbeperkende maatregelen doen zich vrijwel nooit problemen voor, maar wel wanneer het gaat om het afbouwen van een maatregel. Familie is vaak bang het vertrouwde gevoel kwijt te raken. Zij denken dan als de belsensor afgaat weet de verzorging tenminste dat de cliënt is opgestaan en dan hoeft hij niet zo lang te wachten. Om de familie hierin tegemoet te komen wordt bijvoorbeeld afgesproken dat de eerste paar nachten elk uur iemand bij de cliënt gaat kijken om te zien of alles in orde is, dit wordt dan steeds verder afgebouwd. Overigens is het voor de nachtdienst een vaste gewoonte om elke drie uur te controleren.

12. In hoeverre wordt het verzet van een cliënt serieus genomen?

Het verzet wordt eigenlijk altijd serieus genomen, we gaan er niet zomaar van uit dat dit inherent is aan de ziekte. Zo gauw als ik merk dat er sprake is van verzet, pas ik de korte termijn afspraken van het zorgplan aan en ondernem ik actie. Ik ga dan bijvoorbeeld kijken hoe vaak het verzet geuit wordt, om wat voor verzet het gaat enzovoort. Laatst speelde bijvoorbeeld de casus van een cliënt met een art. 60-indicatie. Op een gegeven moment zij deze cliënt steeds dat hij naar huis wilde en dan ging hij met zijn jas aan bij de deur zitten. Ik ben toen nauwkeurig bij gaan houden hoe vaak dit voorkwam en wanneer dit voorkwam. Wanneer ik het woord verzet hoor gaan bij mij alle alarmbellen rinkelen.

13. Hoe beoordeel je of een cliënt instemt met een behandeling?

Dit is heel moeilijk, meestal vragen we daarom de vertegenwoordiger altijd om instemming en vervolgens kijken we hoe de cliënt reageert. Heeft hij bijvoorbeeld zoiets van: wat is dit ineens allemaal? Of wordt hij boos, dan weet ik dat hij niet instemt.

14. Hoe wordt bepaald of een cliënt wilsonbekwaam is? Wie stelt dit vast? Wordt dit voor elke behandeling afzonderlijk bekeken?

De meeste cliënten komen binnen met een art. 60-indicatie en van hen weet je eigenlijk dat ze niet meer wilsbekwaam zijn. Voor vrijheidsbeperkende maatregelen wordt daarom meestal de toestemming gevraagd van een vertegenwoordiger. De vertegenwoordiger wordt overigens niet voor alle zaken ingeschakeld. Laatst was er bijvoorbeeld afgesproken dat twee cliënten naar de stad zouden gaan, we wisten van één cliënt met een art. 60-indicatie dat deze heel graag mee wilde. Formeel moeten we hiervoor dan toestemming vragen aan de vertegenwoordiger, maar omdat deze cliënt nog redelijk goed bij geest was en duidelijk kon aangeven dat hij graag mee wilde, hebben we dit niet gedaan. Cliënten worden verder ook vrijgelaten in bijvoorbeeld de kleding die zij aantrekken en wat zij op hun brood willen. We vragen niet voor alles de toestemming van een vertegenwoordiger en bieden de cliënt zo veel mogelijk keuzevrijheid. Pas wanneer het moment daar is dat de cliënt die keuzes niet meer kan maken, moet iemand anders voor hem kiezen. Als het gaat om beslissingen van medische aard dan wordt dit altijd gedaan in overleg met de vertegenwoordiger, het is in het verleden wel voorgekomen dat de cliënt erbij zat en ook wat zei, dit wordt dan wel opgeschreven en in een later stadium, als cliënt dit niet meer in staat is om te praten, wel meegenomen in het besluit van de vertegenwoordiger en de arts.

15. In hoeverre wordt bij de besluitvorming gekeken of er nog alternatieven zijn, hoe wordt dit getoetst?

We proberen op allerlei manieren te kijken of er nog alternatieven kunnen worden toegepast. Als we bijvoorbeeld een cliënt een hansop willen geven, kijken we eerst of we het probleem op kunnen lossen met een gewone pyjama, door bijvoorbeeld het pyjamahemd in de broek te doen. Als dat niet helpt kan nog gekeken worden of een lichtere vrijheidsbeperkende maatregel, zoals handschoenen, helpt. Ook hebben we geprobeerd om bedhekken te vervangen door halve bedhekken of bedbeugels, zodat cliënten nog zelf uit bed kunnen komen.

16. In hoeverre worden externe deskundigen bij de besluitvorming betrokken, welke deskundige worden er dan ingeschakeld?

We schakelen niet vaak de hulp van een externe deskundige in. Soms wordt wel het advies gevraagd van een andere afdeling. Ook vinden er twee keer per jaar exbelt-visitaties plaats waarbij mensen van buiten de afdeling betrokken worden. Dit kan soms wel tot nieuwe inzichten leiden.

17. Ervaar je problemen met de manier waarop verzorgenden rapporteren ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen?

Ja, we zijn er mee bezig om dit te verbeteren. Om een voorbeeld te geven: van een belsensor wordt bijvoorbeeld wel meestal opgeschreven dat hij is ingezet en ook dat hij is afgegaan, maar niet wat de reactie van de cliënt was toen de verzorgende de kamer binnen kwam. Of er worden alleen negatieve reacties gerapporteerd, terwijl het ook van belang is om te weten als de cliënt het wel fijn vindt als je zijn kamer op komt om hem te helpen.

18. Hoe wordt het zorgplan en de daarin opgenomen vrijheidsbeperkende maatregel geëvalueerd? Wat wordt er tijdens zo'n evaluatie besproken?

Evaluaties vinden maandelijks plaats, daarbij zijn de arts en de coördinator zorg en diensten betrokken. Er wordt dan besproken hoe de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel de afgelopen maand is gegaan. Indien nodig wordt er meer geëvalueerd.

19. Komt het vaak voor dat vrijheidsbeperkende maatregelen langer dan 3 maanden worden toegepast?

Dit verschilt, sommige maatregelen zoals belsensoren worden relatief lang ingezet. Een hansop daarentegen wordt vaak juist voor een kortere termijn ingezet, dit kan variëren van 1 tot 3 maanden. Er zijn ook maatregelen die gedurende het hele verblijf van de cliënt worden toegepast, dat kan soms ook komen door dat cliënten gewend zijn geraakt aan een bepaalde maatregel en het voelt voor hen dan vertrouwd.

20. Wordt er op dit moment enkel onvrijwillige zorg verleend aan cliënten met een Rechterlijke machtiging of een art. 60-indicatie die zijn opgenomen in een Bopz-instelling, of ook daarbuiten? Ervaar je daar problemen mee?

Ja dit komt wel voor, maar de maatregelen worden daar niet als vrijheidsbeperkend aangemerkt. Zodra een cliënt dan hier komt wordt de maatregel wel meteen als vrijheidsbeperkend geregistreerd en meestal ook meteen afgebouwd. Ik heb het idee dat vrijheidsbeperkende maatregelen buiten de Bopz-instellingen gemakkelijker worden toegepast er wordt niet echt getoetst of er bijvoorbeeld alternatieven zijn. Men gaat op

somatische afdelingen relatief snel over tot bijvoorbeeld het toepassen van sensoren en vooral ook onrustmedicatie. Wanneer cliënten van een somatische afdeling naar de Bopz-afdeling komen wordt deze onrustmedicatie meestal voor een groot deel afgebouwd. Er wordt dan gekeken hoe een cliënt hierop reageert. Soms heb ik het idee dat zorgprofessionals op somatische afdelingen niet goed weten hoe er met dementie moet worden omgegaan. Ik ken bijvoorbeeld de casus van een non met dementie die verbleef op een somatische afdeling. De zorgprofessionals van die afdeling wilden haar op eerste kerstdag wegen. Daar verzette de non zich uiteraard tegen. Op zo'n moment vind ik dat je het verzet van een cliënt gewoon moet accepteren, zij kan ook best op 27 december worden gewogen

BIJLAGE 10 – INTERVIEW KWALITEITSVERPLEEGKUNDIGE

1. In hoeverre doen zich op de werkvloer interpretatieproblemen voor met betrekking tot het begrip vrijheidsbeperking?

Ja ik ervaar hier zelf in de praktijk problemen mee. Er wordt namelijk een onderscheid gemaakt tussen hulpmiddelen en vrijheidsbeperkende maatregelen en voor mij is niet duidelijk hoe hiertussen de grens wordt bepaald. Ik hoor van zorgverleners verschillende uitleg en niemand kan me duidelijk vertellen wat het verschil is tussen een hulpmiddel en een vrijheidsbeperkende maatregel. Dit vind ik zorgwekkend, omdat er wel gestreefd wordt naar het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen, maar het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt lastig wanneer men niet het verschil uit kan leggen tussen hulpmiddelen en vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit gaat ten koste van het idee om verantwoord met vrijheidsbeperkende maatregelen om te gaan.

2. Wordt er onderscheid gemaakt tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en hulpmiddelen? Hoe wordt de grens hiertussen bepaald?

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en hulpmiddelen. Eerst redeneerde ik als volgt: wanneer iemand valgevaarlijk is en je zet een belsensor in zodat je met diegene mee kan lopen als hij opstaat, dan zet je zo'n maatregel in om diegene te helpen, om te voorkomen dat de cliënt valt en is er dus geen sprake van vrijheidsbeperking. Inmiddels heb ik begrepen dat deze denkwijze niet goed is, omdat de belsensor een inbreuk maakt op iemands privacy. De manier waarop momenteel de grens tussen hulpmiddelen en vrijheidsbeperkende maatregelen wordt bepaald, vind ik heel onduidelijk.

3. Komt het wel eens voor dat cliënten onder dwang verzorging ondergaan (zoals douchen of wassen)? wordt dit dan altijd beschouwd als vrijheidsbeperking?

Ja dit komt zeker voor, maar niet alle verzorgenden hebben in de gaten dat er dan sprake is van dwang of vrijheidsbeperking. Laatst kwam ik bijvoorbeeld op een afdeling waar een cliënt woonde die niet aangekleed wilde worden. Het verzorgend personeel vond echter dat deze cliënt toch aangekleed moest worden vanwege het feit dat andere bewoners die dag visite zouden krijgen. Ook wilde zij die ochtend niet gewassen worden, toen hoorde ik de ene verzorgende tegen de andere zeggen: "ze wilde vanochtend niet gewassen worden dus dat moet je vanavond nog doen". Dat vind ik geen goede werkwijze, het zou niet op die manier gezegd moeten worden, omdat nu de ander gedwongen wordt om die cliënt alsnog te wassen. Ik heb niet gehoord dat men zich afvroeg wat de oorzaak was van het gedrag van de cliënt.

4. Komt het wel eens voor dat cliënten ongeremd gedrag vertonen (bijvoorbeeld als ze niet meer kunnen stoppen met eten, roken, drinken of lopen)? Zo ja, hoe wordt hierop gereageerd?

Ik ken niet veel casussen hierover. Wel heb ik eens gehoord dat een cliënt inderdaad veel at, het eten werd toen beperkt aangeboden.

5. Wordt het gebruik van psychofarmaca beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregel?

Nee op dit moment wordt volgens mij psychofarmaca in de praktijk niet beschouwd als vrijheidsbeperkend. Hoewel, ik er wel achter sta als het wel gezien wordt als een vrijheidsbeperking. Het probleem zit hem volgens mij in de beleidsnotities van De Zorggroep. In die notities worden slechts een aantal vrijheidsbeperkende maatregelen benoemd en

omschreven. Voor mij leidt dit tot tunnelvisie er wordt door mij alleen gekeken naar de vrijheidsbeperkende maatregelen die in die notitie staan en de notitie geeft te weinig voorbeelden over de manieren waarop wij cliënten in hun vrijheid beperken. Zo word ik door die beleidsnotitie niet op ideeën gebracht.

6. In hoeverre wordt valgevaar als grondslag gebruikt om vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten?

Op veel afdelingen wordt valgevaar als grondslag beschouwd op basis waarvan vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden ingezet. Als ik zo naar de audits kijk die ik uitvoer kan ik zelfs zeggen dat valgevaar negen van de tien keer de grondslag is voor het inzetten van een vrijheidsbeperkende maatregel. Daarbij kun je denken aan een bedhek, een belsensor of een extra laag bed. Het verzorgend personeel is echter snel geneigd om dit als hulpmiddel aan te merken.

7. Wie neemt het besluit om een vrijheidsbeperkende maatregel op te leggen? Wordt dit besluit altijd in multidisciplinair overleg genomen?

De verpleeghuisarts is degene die het uiteindelijke besluit neemt. De beslissing wordt niet altijd in multidisciplinair overleg genomen. Het kan zijn dat de coördinator zorg en diensten of een psycholoog aansluiten. De cliënt en zijn vertegenwoordiger worden dan ook uitgenodigd om bij zo'n gesprek aanwezig te zijn.

8. In hoeverre wordt het verzet van een cliënt serieus genomen? Wordt er soms ook wel eens vanuit gegaan dat het verzet inherent is aan het ziektebeeld?

Eigenlijk vind ik dat het verzet feitelijk niet serieus genoeg genomen wordt. Daarmee bedoel ik niet dat er voorbij wordt gegaan aan het verzet. Het verzet wordt namelijk wel gesignaleerd, maar er wordt naar mijn mening te weinig gekeken naar de oorzaak van dat verzet. Heel vaak wordt ervan uit gegaan dat het verzet onderdeel is van de ziekte. Op registratieformulieren moet altijd worden ingevuld wat het probleem is en ook wat de oorzaak van het probleem is. Vaak ziet dat er bijvoorbeeld zo uit: probleem: cliënt wil zich niet aankleden, oorzaak: dementie. Dat vind ik niet specifiek genoeg. Als een cliënt zich niet wil omkleden kan dat namelijk ook komen doordat hij pijn heeft aan zijn armen of iets dergelijks. Of misschien is zo'n cliënt wel gewend om zich na het ontbijt aan te kleden in plaats van ervoor.

9. In hoeverre wordt er bij de besluitvorming getoetst of er nog alternatieven zijn?

Ik vraag me af of men tijd genoeg neemt, om alternatieven te onderzoeken. Ik denk wel dat er over nagedacht wordt. De werkdruk is denk ik een bepalende factor voor hoelang men de tijd neemt om hierover te overleggen.

10. In hoeverre worden vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen in rapportages van verpleegkundigen en verzorgenden?

Naar mijn mening wordt er te weinig gerapporteerd met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen. Vaak wordt er bijvoorbeeld wel opgeschreven: belsensor is aangezet en cliënt maakt geen bezwaar, maar niet of de cliënt heeft doorgeslapen die nacht, terwijl het daar juist om gaat. Je kunt dan dus niet toetsen of zo'n maatregel effectief is. Ook merk ik dat in de rapportages interpretaties worden opgenomen.

Een rapportage die volgens mij goed weergeeft hoe moet is: er is een cliënt en die heeft 's nachts de bedhekken omhoog. Dit staat omschreven in het Bopz-zorgplan. Iedere nacht moet de nachtdienst rapporteren waar de cliënt in bed lag (dus in het midden van het matras, aan de linkerzijde- of aan de rechterzijde van het matras, of hij tegen de bedhekken aanlag en of

hij de bedekken vasthield). Er zijn duidelijke instructies gegeven aan het verzorgend personeel en deze worden goed opgevolgd.

11. Hoe wordt het zorgplan en de daarin opgenomen vrijheidsbeperkende maatregel geëvalueerd?

In mijn dagelijkse werk ben ik niet bij evaluaties aanwezig, maar ik weet wel dat de rapportages vaak gebrekkig zijn. Ik vraag me dan ook af hoe er geëvalueerd kan worden als daarvoor niet voldoende informatie in het zorgdossier te vinden is.

12. Komt het vaak voor dat vrijheidsbeperkende maatregelen langer dan drie maanden worden opgelegd?

Ja, vaak worden maatregelen wel langer dan drie maanden opgelegd.

BIJLAGE 11 – INTERVIEW VERPLEEGKUNDIGE

1. In hoeverre doen zich op de werkvloer interpretatieproblemen voor met betrekking tot het begrip vrijheidsbeperking? Hoe uiten deze problemen zich?

We proberen om interpretatieproblemen te voorkomen door twee keer per jaar teambreed scholing en uitleg te geven over vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast wordt elke nieuwe vrijheidsbeperkende maatregel tijdens het bewonersoverleg benoemd en indien nodig uitgelegd. We leggen dan ook uit om welke reden een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast.

2. Wordt er onderscheid gemaakt tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en hulpmiddelen? Hoe wordt de grens hiertussen bepaald?

Wanneer er een vrijheidsbeperkende maatregel aan de orde komt, dan wordt dit multidisciplinair besproken. Je vraagt je dan af welke vrijheid je de cliënt ontnemt. Bij hulpmiddelen ontnem je geen vrijheid. Het is zelfs zo dat je een cliënt vaak juist meer vrijheid geeft omdat er een aanpassing in de beperking gedaan wordt.

3. In hoeverre wordt domotica in de praktijk beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregel? Wanneer wel en wanneer niet?

Op deze afdeling registreren we alle alarmen als vrijheidsbeperkende maatregel. Hierbij kan je denken aan sta-op-sensoren en verlaat-kamer-alarmen.

4. Komt het wel eens voor dat cliënten onder dwang verzorging ondergaan? In hoeverre wordt dit dan beschouwd als vrijheid beperkende maatregel?

Ja, op deze afdeling verblijven cliënten die dwangverpleging krijgen bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer hiervan sprake is wordt toestemming gevraagd aan de Bopz-arts en er wordt ook een apart zorg- en behandelplan aangemaakt. We registreren dwangverpleging als vrijheidsbeperkend en op deze afdeling evalueren we dit wekelijks.

5. Komt het wel eens voor dat cliënten ongeremd gedrag vertonen (bijvoorbeeld niet meer kunnen stoppen met eten, drinken of roken) Zo ja, hoe wordt hier dan op gereageerd? Worden zij hierin beperkt en wordt die beperking dan aangemerkt als een vrijheid beperkende maatregel?

Elke beperking die je iemand oplegt is naar mijn mening een vrijheidsbeperkende maatregel. Ongерemd gedrag is echter vaak een gevolg van een ziektebeeld. We kijken op deze afdeling welke interventies we kunnen toepassen om ongeremd gedrag af te laten nemen. Wanneer dit niet lukt, wordt er een vrijheidsbeperkende maatregel ingezet, maar dat is zelden aan de orde.

6. In hoeverre wordt het gebruik van psychofarmaca beschouwd als vrijheid beperkende maatregel?

Het registreren van psychofarmaca wordt binnenkort bij wet verplicht. Daarom zijn we op deze afdeling al gestart met het registreren van deze medicijnen zodat duidelijk wordt welke cliënten psychofarmaca gebruiken en waarom. Het is nog geen vrijheidsbeperkende maatregel.

7. In hoeverre wordt valgevaar als grondslag gebruikt om een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten?

Wanneer valgevaar optreedt kijken we eerst welke interventies er nog plaats kunnen vinden voordat we overgaan tot het inzetten van een vrijheidsbeperkende maatregel. Deze interventies kunnen zowel gedragsmatig, via het crisisontwikkelingsmodel, als

medicamenteus zijn. Wanneer deze interventies niet helpen, zijn we genoodzaakt een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten.

8. Wie neemt uiteindelijk het besluit om een vrijheidsbeperkende maatregel op te leggen? Wordt dit besluit altijd in multidisciplinair overleg genomen?

De eindverantwoordelijkheid voor het inzetten van een vrijheidsbeperkende maatregel ligt altijd bij een arts, maar we bespreken een vrijheidsbeperkende maatregel ook altijd in multidisciplinair verband.

9. Worden de cliënt en zijn vertegenwoordiger bij dit besluitvormingsproces betrokken? Op welke manier?

Wanneer er overleg is voor het inzetten van een vrijheidsbeperkende maatregel lichten we altijd de eerste contactpersoon in. We vragen dan aan hem welke mogelijkheden hij nog ziet. De familie wordt ook altijd ingelicht wanneer een vrijheidsbeperkende maatregel ingezet wordt. We vragen altijd om instemming en dit wordt ook ondertekend.

10. Doen zich wel eens problemen voor in de samenwerking met de vertegenwoordiger (of andere familieleden) wanneer het gaat om de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen? Om wat voor problematiek gaat het dan?

Wanneer er voldoende overleg is geweest zien we met het geven van instemming niet vaak problemen. Maar wanneer zich bijvoorbeeld noodsituaties voordoen, zoals plotseling agressief gedrag en je moet achteraf uitleg geven over een ingezette vrijheidsbeperkende maatregel dan vergt dat meer inspanning.

11. In hoeverre wordt het verzet van een cliënt serieus genomen, wordt er soms ook wel eens vanuit gegaan dat het verzet inherent is aan het ziektebeeld?

Ja daar gaan we zeker vanuit, we zien juist vaak dat er verzet optreedt vanwege een bepaald ziektebeeld dat de cliënt heeft.

12. Hoe beoordeel je of een cliënt instemt met een behandeling, wat doe je bijvoorbeeld als een cliënt helemaal niks zegt of doet?

Wanneer we niet meer kunnen inschatten of de cliënt ergens mee instemt, dan is de eerste contactpersoon degene waarmee overleg wordt gepleegd.

13. Hoe wordt bepaald of een cliënt wilsonbekwaam is? Wie stelt dit vast? Wordt dit voor elke behandeling afzonderlijk bekeken?

Voor bepaalde ingrijpende zaken vindt toetsing plaats door een rechter of een arts, denk bijvoorbeeld aan beslissingen over het starten van een behandeling of grotere aankopen. Voor de meer kleine zaken zoals: kan iemand zijn eigen sigaretten beheren? Overleggen we in een multidisciplinair team. Bij dat overleg wordt de bewoner en zijn familie dan betrokken.

14. In hoeverre wordt bij de besluitvorming gekeken of er nog alternatieven zijn, hoe wordt dit getoetst?

We toetsen altijd of er alternatieven zijn en overleggen met de hoofdbehandelaar over de verschillende mogelijkheden of onmogelijkheden.

15. In hoeverre worden externe deskundigen bij de besluitvorming betrokken? welke deskundigen worden er dan ingeschakeld?

Wanneer er sprake is van een dwangbehandeling vragen we de beoordeling van een externe arts. We vragen dan of er nog alternatieven zijn en of de dwangbehandeling terecht en goed wordt ingezet.

16. Ervaar je wel eens problemen met de manier waarop door verzorgende wordt gerapporteerd ten aanzien van vrijheidsbeperkende middelen? Om wat voor problemen gaat het dan?

Ja, hier ervaren we problemen mee. Er wordt niet frequent genoeg op vrijheidsbeperkende maatregelen gerapporteerd. Hier wordt wel aandacht aan besteed, maar het is een hardnekkig probleem.

17. Hoe wordt het zorgplan en de daarin opgenomen vrijheidsbeperkende maatregelen geëvalueerd? Wat wordt er tijdens een evaluatie besproken?

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden op deze afdeling maandelijks geëvalueerd. We kijken dan of er alternatieven zijn en of er een mogelijkheid voor het afbouwen van de vrijheidsbeperkende maatregel bestaat.

18. In hoeverre worden vrijheid beperkende maatregelen besproken tijdens multidisciplinaire overleggen? Hoe vaak vindt zo'n overleg plaats? Wie zijn daarbij betrokken?

We organiseren wekelijks een multidisciplinair overleg. Indien nodig komen vrijheidsbeperkende maatregelen van bepaalde cliënten dan aan de orde. Hierbij zijn aanwezig de arts, een psycholoog, de unitleider en een verpleegkundige.

19. Komt het vaak voor dat vrijheidsbeperkende maatregelen langer dan drie maanden worden toegepast?

Er zijn vrijheidsbeperkende maatregelen die niet af te bouwen zijn en dus maanden aanhouden. Een dwangbehandeling moet elk half jaar door een onafhankelijk arts beoordeeld worden. Alle vrijheidsbeperkende maatregelen evalueren we maandelijks.