

De psychogeriatrische cliënt en dwang

Wat betekent de komst van de Wet Zorg en Dwang voor Archipel?



Naam: Anne Evers
Studentnummer: 2047232
Organisatie: Archipel
Opleiding: HBO-Rechten
Periode: afstuderen
Stagebegeleiders: Annelies van Gool en Emmy Deurhof
1^e stagedocent: Lieke van Berkel
2^e stagedocent: Tim Quispel

Eindhoven, mei 2015

De psychogeriatrische cliënt en dwang

Wat betekent de Wet Zorg en Dwang voor het beleid van Archipel?

Naam: Anne Evers
Studentnummer: 2047232
Organisatie: Archipel
Opleiding: HBO-Rechten
Periode: afstuderen
Stagebegeleiders: Annelies van Gool en Emmy Deurhof
1^e stagedocent: Lieke van Berkel
2^e stagedocent: Tim Quispel

Eindhoven, mei 2015

Voorwoord

Op 9 februari 2015 mocht ik beginnen aan mijn afstudeerstage bij Archipel. De scriptie die nu voor u ligt, is het resultaat van deze periode en vormt het sluitstuk van mijn opleiding aan de Juridische Hogeschool.

Beleidsmedewerkers Annelies van Gool en Emmy Deurhof, werkzaam bij Archipel, hebben mij gevraagd om dit rapport te schrijven. In het rapport wordt ingegaan op het wetsvoorstel Zorg en Dwang en wat dit betekent op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen voor psychogeriatrische cliënten.

Uit dit onderzoek komen een aantal conclusies en aanbevelingen voort, die voor de beleidsmedewerkers van belang zijn om het huidige beleid rondom vrijheidsbeperkende maatregelen op dusdanige manier te wijzigen zodat deze voldoet aan de nieuwe wet.

Ik wil graag mijn begeleiders Annelies van Gool en Emmy Deurhof bedanken, omdat zij mij de kans hebben gegeven om binnen Archipel mijn scriptie te schrijven. Tevens wil ik hen bedanken voor de begeleiding en de feedback die zij mij gegeven hebben.

Hiernaast wil ik de medewerkers van Archipel die ik heb mogen interviewen bedanken voor hun tijd en snelle reacties.

Mijn begeleider vanuit de Juridische Hogeschool, Lieke van Berkel, wil ik ook graag bedanken voor de begeleiding. Zij heeft mij duidelijk gemaakt dat ik met alle vragen bij haar terecht kon en hier heb ik uiteindelijk een aantal keer gebruik van gemaakt.

Tot slot wil ik mijn familie, vrienden en alle anderen die tijdens mijn stageperiode met mij en mijn onderzoek betrokken zijn geweest bedanken voor de medewerking en ondersteuning.

Anne Evers

Eindhoven, mei 2015

Inhoudsopgave

Samenvatting

1.	Inleiding	1
2.	Waarom een nieuwe wet?	3
	§2.1 Evaluatie	3
	§2.2 Het behandelplan	3
	§2.3 Verzet	3
	§2.4 Locatie	4
	§2.5 Klachtenregeling	4
	§2.6 Nieuwe wet	4
	§2.7 Samenvatting.....	5
3.	De Wet Zorg en Dwang	6
	§3.1 Verantwoordelijkheid	6
	§3.2 Vrijheidsbeperkingen in de Wet Zorg en Dwang	6
	§3.2.1 Onvrijwillige zorg	6
	§3.2.2 Onvrijwillige zorg bij verzet	7
	§3.2.3 Ernstig nadeelcriterium	8
	§3.3 Het zorgplan	8
	§3.3.1 Vrijwillige zorg in het zorgplan	8
	§3.3.2 Onvrijwillige zorg in het zorgplan	8
	§3.3.3 Verzet tegen zorgplan	9
	§3.3.4 Onvoorziene situatie	9
	§3.4 Het MDO.....	9
	§3.5 Plaats zorg.....	11
	§3.6 Overige aspecten bij onvrijwillige zorg	11
	§3.7 Huisregels.....	12
	§3.8 Registratie	12
	§3.9 Klachtenregeling	12
	§3.10 Handhaving	14
	§3.11 Samenvatting.....	15
4.	Situatie binnen Archipel	16
	§4.1 Verantwoordelijkheid	16
	§4.2 Vrijheidsbeperkingen binnen Archipel	16

§4.2.1 Soorten vrijheidsbeperkingen	16
§4.2.2 Akkoord	20
§4.2.3 Verzet	20
§4.2.4 Ernstig nadeelcriterium	20
§4.3 Het zorgleefplan	21
§4.4 Het MDO	21
§4.5 Plaats zorg	22
§4.6 Overige aspecten vrijheidsbeperkende maatregelen	22
§4.7 Huisregels	23
§4.8 Registratie	23
§4.9 Klachtenregeling	23
§4.10 Handhaving	24
§4.11 Overige bevindingen interviews	24
§4.12 Samenvatting	25
5. Conclusies en aanbevelingen	27
§5.1 Algemene conclusie	27
§5.2 Verantwoordelijkheid	27
§5.3 Vrijheidsbeperkingen	27
§5.3.1 Soorten vrijheidsbeperkingen	27
§5.3.2 Verzet (definitie)	28
§5.3.3 Ernstig nadeelcriterium	28
§5.4 Het zorgleefplan	29
§5.4.1 Vrijwillige zorg in het zorgleefplan	29
§5.4.2 Onvrijwillige zorg in het zorgleefplan	29
§5.4.3 Verzet tegen zorgleefplan	29
§5.4.4 Onvoorziene situatie	29
§5.5 Het MDO	30
§5.6 Plaats zorg	30
§5.7 Overige aspecten vrijheidsbeperkende maatregelen/onvrijwillige zorg	31
§5.8 Huisregels	31
§5.9 Registratie	31
§5.10 Klachtenregeling	31
§5.11 Handhaving	32
§5.12 Overige bevindingen	32
Literatuurlijst	33
Bijlagen	

Samenvatting

Op een aantal locaties/afdelingen binnen Archipel wonen psychogeriatrische cliënten. Op dit moment moet Archipel bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen voldoen aan de Wet Bopz. Deze wet sluit echter niet meer goed aan op de praktijk. Mensen met een psychogeriatrische aandoening moeten volgens de wetgever centraler komen te staan en meer rechtsbescherming krijgen. Om dit te bewerkstelligen wordt er een nieuwe wet geïntroduceerd; de Wet Zorg en Dwang.

In deze wet wordt beschreven wat onvrijwillige zorg (dwang) inhoudt en aan welke voorwaarden voldaan moet worden om dit toe te passen. Als eerste moet er een zorgverantwoordelijke zijn voor een cliënt. Deze stelt het zorgplan op. In dit zorgplan staat onder andere welke vorm(en) van onvrijwillige zorg worden toegepast bij een cliënt. Toediening van gedragsbeïnvloedende medicatie en beperkingen in de bewegingsvrijheid vallen altijd onder onvrijwillige zorg. Hiernaast is er sprake van onvrijwillige zorg als de cliënt zich verzet tegen toediening van voeding of vocht of medicatie voor een somatische aandoening, als er toezicht wordt gehouden en als de cliënt wordt beperkt in het inrichten van zijn eigen leven. Voordat onvrijwillige zorg daadwerkelijk toegepast kan worden, moet er sprake zijn van ernstig nadeel. In het zorgplan van de cliënt moet het ernstig nadeel worden beschreven en welke vorm van onvrijwillige zorg in dit geval toegepast kan worden. Als er een situatie ontstaat die niet in het zorgplan staat beschreven, kan voor veertien dagen onvrijwillige zorg worden toegepast om ernstig nadeel af te wenden.

Alvorens onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen, moet er een multidisciplinair overleg (MDO) plaatsvinden. Bij dit overleg zijn een aantal deskundigen aanwezig. Na drie maanden vindt er opnieuw een MDO plaats om de onvrijwillige zorg te evalueren. Hierna kan de onvrijwillige zorg eventueel voor drie maanden verlengd worden. Na deze termijn moet er extern advies worden ingewonnen over het continueren van de onvrijwillige zorg.

De plaats van de onvrijwillige zorg is op grond van de Wet Zorg en Dwang niet meer plaatsgebonden. Iedere psychogeriatrische cliënt die professionele hulp van buitenaf ontvangt, valt onder de reikwijdte van de nieuwe wet. De WGBO zal niet meer van toepassing zijn.

Naast een zorgplan moeten er ook huisregels gelden binnen een organisatie waar psychogeriatrische cliënten verblijven. De huisregels moeten zorgen voor een ordelijke gang van zaken en mogen hiervoor een aantal algemene beperkingen bevatten. Er mogen geen sancties opgelegd worden bij overtreding van de huisregels.

Om te zorgen dat de Wet Zorg en Dwang nageleefd wordt door zorgaanbieders, moeten zij een overzicht van de onvrijwillige zorg bijhouden en deze verstrekken aan ambtenaren die door de minister aangewezen zullen worden.

De rechtsbescherming van cliënten wordt gewaarborgd door een klachtenregeling. Een verplicht gestelde cliëntenvertrouwenspersoon kan helpen met het indienen van een klacht.

De commissie die de klachten afhandelt moet onpartijdig en onafhankelijk zijn. Er mogen geen banden bestaan met de zorgaanbieder of de klager.

Tot slot zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg op het gebied van handhaving de bevoegdheid om een bestuurlijke boete op te leggen als een zorgaanbieder bepaalde artikelen van de wet niet naleeft. In sommige gevallen kan er ook sprake zijn van strafrechtelijke handhaving.

Archipel voldoet bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen nog niet op alle punten aan de hiervoor beschreven nieuwe wetgeving. Archipel maakt nog niet consequent gebruik van het ernstig nadeelcriterium. In het zorgleefplan (=zorgplan) staan nog niet alle punten beschreven die de wet stelt bij het toepassen van onvrijwillige zorg. Ook het MDO bestaat niet in alle gevallen uit genoeg (verplichte) disciplines. Dit zal Archipel in haar beleid moeten aanpassen als de Wet Zorg en Dwang in werking treedt.

1. Inleiding

Archipel is een organisatie die een brede dienstverlening aanbiedt in zorg, welzijn en wonen. Deze diensten worden op elf locaties, verspreid over heel Eindhoven, Nuenen, Son en Breugel en Best aangeboden. Op deze locaties verzorgt Archipel verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en gespecialiseerde zorg. Hiernaast wordt er ook nog thuiszorg geboden.¹

Een aantal locaties/afdelingen van Archipel zijn op grond van de zorg die zij bieden, met name de zorg voor mensen met dementie, namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangemerkt als Bopz-locatie.² Dit betekent dat de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) op hen van toepassing is. Deze wet regelt de rechtspositie van onder andere psychogeriatrische (demente) cliënten die onvrijwillig zijn opgenomen.³ Hiervan is sprake indien een cliënt niet bereid is tot opname of niet kan aangeven hoe hij tegenover de opname staat. Indien er in deze gevallen toch de noodzaak bestaat om een persoon op te nemen, dan wordt dit als onvrijwillig gezien.⁴ Als iemand is opgenomen in een Bopz-erkende instelling, kan er gebruik worden gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen.⁵ Bij het gebruik van de vrijheidsbeperkende maatregelen moet uiteraard voldaan worden aan de voorwaarden die de Wet Bopz daaraan verbindt.

De Wet Bopz gaat echter vervangen worden door twee nieuwe wetten. De bedoeling daarvan is dat er specifiekere regels gemaakt kunnen worden voor bepaalde doelgroepen. De kloof tussen de bedoeling van de wetgever met de Wet Bopz en wat er in de praktijk speelt, is te groot geworden. Met name de groepen dementerenden en verstandelijk gehandicapten vinden geen goede aansluiting bij de wet. De Wet Bopz spreekt namelijk van een behandelplan dat gericht is op het verbeteren of wegnemen van de stoornis, waardoor het gevaar dat deze persoon voor zichzelf of zijn omgeving veroorzaakt, wordt weggenomen (artikelen 38 lid 3 en 39 lid 1 Wet Bopz). Mensen met dementie en mensen met een verstandelijke handicap zitten echter 'vast' aan hun stoornis. Er is bij deze doelgroepen geen sprake van het wegnemen of verbeteren van de stoornis. Om de rechtspositie van deze mensen te verbeteren wordt de Wet Zorg en Dwang geïntroduceerd.⁶

De tweede wet, Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, zal gaan gelden voor mensen met een psychische stoornis.

Archipel heeft haar beleid rondom vrijheidsbeperkende maatregelen deels gebaseerd op de Wet Bopz (voor een deel is het beleid al aangepast aan de nieuwe wetgeving, omdat de Inspectie voor de Gezondheidszorg dit voorschrijft). In het *beleidsdocument vrijheidsbeperking en vrijheidsbevordering* staat beschreven welke vrijheidsbeperkende maatregelen er zijn, wie deze mag toepassen en waar en onder welke omstandigheden deze toegepast mogen worden. Archipel wil vooral weten welke impact de Wet Zorg en Dwang heeft op het door hen gevoerde beleid rondom vrijheidsbeperkende maatregelen en hoe dit aangepast moet worden. Deze wet zal met name van toepassing zijn op Archipel, aangezien de meeste cliënten die zij zorg bieden een psychogeriatrische aandoening of een daarmee vergelijkbare aandoening (Huntington, Korsakov en niet aangeboren hersenletsel) hebben.

In dit rapport zal alleen worden ingegaan op het gedeelte vrijheidsbeperking in de Wet Zorg en Dwang en niet op het gehele wetsvoorstel. Het beleid van Archipel dat aangepast moet worden, is hier namelijk specifiek op gericht. Bovendien zal de nieuwe regeling niet meer

¹ www.archipel.nl, wonen en locaties, locaties.

² Bijlage 2 Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis bopz, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Staatscourant 2014 nr 19502, juli 2014.

³ *Kamerstukken II* 2002/03, 28950, 2.

⁴ 'Over de Wet Bopz', Ciz april 2013, www.ciz.nl (zoek op *folder Wet Bopz*).

⁵ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3 (MvT).

⁶ *Kamerstukken II* 2004/05, 28950, 5.

locatiegebonden zijn, waardoor opnameprocedures niet doorlopen hoeven worden alvorens een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd kan worden.⁷

Op 1 juni zal het rapport opgeleverd worden aan Archipel. Het zal gaan over de nieuwe wetgeving rondom vrijheidsbeperking in de zorg en er zullen aanbevelingen worden gedaan om het bestaande beleid van Archipel rondom vrijheidsbeperking aan te passen, zodat Archipel deze aanpassingen kan doorvoeren en het beleid kan laten voldoen aan de nieuwe wettelijke eisen.

De vraag die in dit rapport centraal staat, is:

Op welke wijze dient het huidige beleid rondom vrijheidsbeperkende maatregelen van zorgaanbieder Archipel te worden aangepast aan de nieuwe Wet Zorg en Dwang?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, wordt er gebruik gemaakt van een aantal deelvragen:

1. Waarom is er een nieuwe wet nodig voor mensen met een psychogeriatrische aandoening?
2. Hoe ziet de nieuwe Wet Zorg en Dwang met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen eruit?
3. Hoe gaat Archipel op dit moment om met vrijheidsbeperkende maatregelen?

De werkwijze die gebruikt wordt, is voornamelijk een literatuur- en rechtsbronnenonderzoek. Verschillende documenten worden inhoudelijk geanalyseerd.

Wat de Wet Bopz en het wetsvoorstel Zorg en Dwang betreft, worden kamerstukken, artikelen en boeken gebruikt. Voor het gedeelte over Archipel wordt gebruik gemaakt van het interne beleidsdocument over vrijheidsbeperkende maatregelen. Er zal ook een kwalitatief onderzoek plaatsvinden in de vorm van interviews. Op deze manier wordt duidelijk hoe er op de werkvloer van Archipel met vrijheidsbeperkende maatregelen wordt omgegaan. Een uitgebreidere verantwoording over de interviews is te vinden in bijlage 2.

Na dit hoofdstuk zullen er drie hoofdstukken volgen die antwoord geven op de deelvragen. In hoofdstuk 2 zal duidelijk worden waarom de Wet Bopz niet werkt en dat er op het gebied van psychogeriatricie behoefte is aan nieuwe wetgeving. In hoofdstuk 3 zal vervolgens deze nieuwe wetgeving op het gebied van vrijheidsbeperking worden uitgelegd. In hoofdstuk 4 zal de situatie binnen Archipel uiteengezet worden. De interviews zijn hierin verwerkt. Tot slot zal in hoofdstuk 5 antwoord worden gegeven op de centrale vraag. Dit gebeurt door de hoofdstukken 3 en 4 naast elkaar te leggen, zodat de verschillen duidelijk worden. Vervolgens zal naar voren komen wat Archipel moet doen om aan de Wet Zorg en Dwang te voldoen.

De Wet Bopz maakt gebruik van de term 'patiënt', deze term zal dan ook in het betreffende hoofdstuk worden aangehouden. In de Wet Zorg en Dwang en in het beleid van Archipel wordt echter gesproken over de 'cliënt', in deze hoofdstukken zal die term worden gebruikt. Ook zit er een verschil in termen tussen de Wet Zorg en Dwang en Archipel. Deze eerste spreekt van een zorgplan. Dit is het plan waarin de zorgaanbieder alles rondom een cliënt vastlegt. Binnen Archipel wordt dit het zorgleefplan genoemd. Dit komt op hetzelfde neer. In het hoofdstuk over Archipel zal dan ook deze laatste term gebruikt worden. Ook in de conclusies en aanbevelingen zal deze term aangehouden worden, omdat Archipel deze immers moet gebruiken.

Tot slot kan waar 'hij' staat ook 'zij' gelezen worden.

⁷ T.P. Widdershoven, 'Zorg en dwang: één stap voorwaarts, twee terug. Opmerkingen bij het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten', NJB 2010/492.

2. Waarom een nieuwe wet?

De Wet Bopz is een wet die mensen met een psychische stoornis, verstandelijke beperking en/of psychogeriatrische aandoening in hun rechten kan beperken.⁸ Het gaat bijvoorbeeld om het recht op vrijheid dat is vastgelegd in artikel 15 van de Grondwet en artikel 5 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden. Als iemand wordt opgenomen in een instelling, worden diegene bepaalde vrijheden ontnomen (gesloten afdeling). Ook het recht op onaantastbaarheid van je lichaam, wat in artikel 11 van de Grondwet staat, kan beperkt worden. In sommige gevallen zullen mensen worden gefixeerd, terwijl ze dat niet willen.

Zoals uit hoofdstuk 1 al kort bleek, sluit de Wet Bopz echter op verschillende punten niet goed aan op de praktijk. In dit hoofdstuk zullen deze punten kort besproken worden.

§2.1 Evaluatie

De Wet Bopz is in werking getreden in 1994. Op grond van artikel 71 Wet Bopz is de wet inmiddels een aantal keer geëvalueerd. Tijdens de tweede evaluatie in 2002 kwam al duidelijk naar voren dat de wet voor de doelgroepen psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten niet effectief was.⁹ Naar aanleiding hiervan zijn er een aantal kamerstukken verschenen met de titel 'Dementerenden en de Wet Bopz'. In deze kamerstukken komt naar voren waarom en op welke punten de Wet Bopz voor deze doelgroep niet (meer) werkt. De opvallendste en meest besproken punten zullen in de volgende paragrafen besproken worden. Het gaat om het behandelplan, verzet, de locatie en de klachtenregeling.

§2.2 Het behandelplan

De Wet Bopz schrijft voor dat er een zorg- of behandelplan voor de patiënt wordt opgesteld. Dit plan is bedoeld om de stoornis, waarvoor iemand is opgenomen in een instelling, weg te nemen of te verbeteren. Het uiteindelijke doel is dat de patiënt geen gevaar meer vormt voor zichzelf of anderen. Bij psychogeriatrische patiënten is dit echter niet mogelijk. Zij zullen de rest van hun leven vastzitten aan de stoornis waarvoor zij opgenomen zijn.¹⁰ Voor deze cliënten is geen behandeling nodig, maar juist verpleging, verzorging, begeleiding en bescherming.¹¹

§2.3 Verzet

Het kan voorkomen dat een patiënt zich verzet tegen uitvoering van het behandelplan of dat zijn vertegenwoordiger geen toestemming geeft of de toestemming intrekt voor de behandeling. In dat geval wordt er gesproken van dwang.¹²

Maar wat wordt nu precies verstaan onder verzet? In de Wet Bopz is geen definitie gegeven voor het woord verzet. Zorgaanbieders vinden het dan ook onduidelijk wat er precies onder dit woord wordt verstaan en de beschrijvingen die zij gebruiken zijn daarom niet altijd hetzelfde.¹³ In de Dikke van Dale wordt verzet gedefinieerd als "het zich verweren; (het bieden van) tegenstand". Bij psychogeriatrische patiënten is dit echter moeilijk te constateren. Sommige patiënten kunnen zich niet eens verzetten of verzet wordt niet als dusdanig herkend.¹⁴

Als er dan toch geconstateerd wordt dat er sprake is van verzet, moet er alvorens dwang toe te passen, getoetst worden aan het gevaarscriterium uit de Wet Bopz. Pas als er sprake is van gevaar voor de patiënt of voor derden kan dwang worden toegepast.¹⁵

⁸ "Wet bopz", www.dwangindezorg.nl (zoek op *Wet Bopz*).

⁹ Evaluatierapport 'Voortschrijdende inzichten', Den Haag: 2007, Ministerie van VWS, p. 16.

¹⁰ Kamerstukken II 2004/05, 28950, 5, p. 2.

¹¹ Kamerstukken II 2003/04, 28950, 4, p. 6.

¹² C. Jonker 2009, p. 183.

¹³ Kamerstukken II 2002/03, 28950, 2, p. 6.

¹⁴ Kamerstukken II 2004/05, 28950, 5, p. 6.

¹⁵ C. Jonker 2009, p. 183.

Het maakt dus uit voor de procedure of er sprake is van verzet of niet. Dit wekt de indruk dat patiënten die zich niet kunnen verzetten, maar dit misschien wel willen, niet dezelfde rechtsbescherming krijgen als patiënten die dat wel kunnen.

§2.4 Locatie

Vrijheidsbeperkende maatregelen op grond van de Wet Bopz kunnen alleen toegepast worden als de cliënt in een Bopz-aangemerkte instelling verblijft. Dit betekent ook dat wanneer een cliënt daar niet verblijft, er geen vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden toegepast bij een cliënt die zich verzet. Een cliënt kan bijvoorbeeld nog thuis wonen of in een kleinschalige woonvorm.¹⁶

Het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel buiten een instelling kan echter vanuit goed hulpverlenerschap wel noodzakelijk zijn. De grondslag die in dat geval gebruikt wordt, is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De WGBO stelt alleen niet de zorgvuldigheidseisen, zoals de Wet Bopz dat doet (registratie/melding en klachtrecht).¹⁷

Het is niet aan te bevelen om mensen met dementie te laten verhuizen naar een speciale afdeling, alleen om een vrijheidsbeperkende maatregel te kunnen toepassen. Verhuizing kan namelijk het dementieproces versnellen.¹⁸ Het moet daarom mogelijk zijn dat de zorg de cliënt volgt en dat de cliënt centraal staat.¹⁹

§2.5 Klachtenregeling

Op grond van de Wet Bopz kan een patiënt of zijn vertegenwoordiger naar een klachtencommissie gaan. Dit klachtrecht blijkt echter helemaal niet te werken. De reden hiervoor is dat een patiëntenvertrouwenspersoon (of een daarmee vergelijkbare persoon) ontbreekt in de psychogeriatrische sector.²⁰ De klachtenregeling moet laagdrempelig zijn voor die kwetsbare groep patiënten. Dit kan bereikt worden door een vertrouwenspersoon wettelijk verplicht te stellen. Deze persoon moet onafhankelijk zijn en vertrouwelijk omgaan met informatie. Ook moet de toegang tot een dergelijk persoon laagdrempelig zijn voor de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger.²¹

§2.6 Nieuwe wet

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2005 middels een beleidsbrief aangekondigd een nieuwe regeling te willen schetsen voor mensen met dementie en mensen met een verstandelijke handicap.²² Dit is uiteindelijk gekomen tot de Wet Zorg en Dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, ook wel afgekort tot Wet Zorg en Dwang of WZD (op dit moment is het nog een voorstel).

In deze regeling worden mensen met dementie of een verstandelijke handicap beter beschermd dan in de Wet Bopz.²³ Ook wordt met de nieuwe regeling beoogd beter op de maatschappelijke ontwikkelingen in te spelen, bijvoorbeeld door vrijheidsbeperkende maatregelen buiten een instelling te mogen toepassen.²⁴

Daarnaast moet er bij familie en bij zorgverleners een omslag gemaakt worden. Deze omslag houdt in dat vrijheidsbeperkende maatregelen niet meer vanzelfsprekend worden ingezet.²⁵ Vrijheidsbeperkingen moeten in de toekomst een stuk minder gebruikt worden. Dit wordt onder andere bereikt door procedures voor te schrijven. Deze procedures vormen tevens rechtsbescherming voor de cliënt. Ook het klachtrecht, waarin een cliënt of zijn

¹⁶ Kamerstukken II 2004/05, 28950, 5, p. 6.

¹⁷ Kamerstukken II 2002/03, 28950, 2, p. 18.

¹⁸ Kamerstukken II 2002/03, 28950, 2, p. 30.

¹⁹ Kamerstukken II 2004/05, 28950, 5, p. 6.

²⁰ Kamerstukken II 2003/04, 28950, 4, p. 26.

²¹ Kamerstukken II 2003/04, 28950, 4, p. 28.

²² Kamerstukken II 2004/05, 28950, 5.

²³ Kamerstukken II 2004/05, 28950, 5, p. 2.

²⁴ Kamerstukken II 2004/05, 28950, 5, p. 3.

²⁵ Kamerstukken II 2004/05, 28950, 5, p. 8.

vertegenwoordiger bezwaar kan maken tegen een beslissing van de zorgaanbieder, moet voor meer rechtsbescherming zorgen.²⁶

§2.7 Samenvatting

De Wet Bopz werkt voor de psychogeriatrische patiënten niet goed. Zij kunnen niet beter worden en hebben een andere behandeling nodig. Ook moeten zij beter beschermd worden. De patiënt moet centraal staan en niet de plek waar hij verblijft. Tot slot moet de klachtenregeling beter benut kunnen worden. Om dit te bereiken zal er een nieuwe wet voor deze sector gemaakt worden.

²⁶ *Kamerstukken II 2004/05, 28950, 5, p. 9.*

3. De Wet Zorg en Dwang

De Wet Bopz blijkt, zoals in het vorige hoofdstuk naar voren kwam, niet effectief te zijn voor psychogeriatrische cliënten. De wetgever heeft daarom een nieuwe wet aangekondigd. In dit hoofdstuk zal het wetsvoorstel Zorg en Dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten gedeeltelijk behandeld worden. In het kader van de geformuleerde onderzoeksvraag in hoofdstuk 1 zullen alleen de aspecten die te maken hebben met vrijheidsbeperkende maatregelen en de doelgroep psychogeriatrische cliënten aan bod komen. Als eerste komt aan bod wie verantwoordelijk is voor de zorg. Deze persoon moet een zorgplan opstellen voor de cliënt waar een aantal aspecten van de zorg in moeten staan. Alvorens de precieze inhoud van het zorgplan in de derde paragraaf te bespreken, zullen in de tweede paragraaf een aantal belangrijke begrippen aan bod komen. Deze begrippen zijn onvrijwillige zorg, verzet en ernstig nadeel. In de vierde paragraaf zal vervolgens het multidisciplinair overleg, wat nodig is om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen, worden beschreven. In de vijfde paragraaf wordt beschreven op welke plaats onvrijwillige zorg toegepast mag worden. Naast een zorgplan moeten er ook algemene huisregels gelden, hier wordt in de zevende paragraaf op ingegaan. Onvrijwillige zorg moet op een bepaalde manier geregistreerd worden, wat in paragraaf acht naar voren komt. Tot slot worden in de negende en tiende paragraaf uitgelegd dat een cliënt een klacht kan indienen als hij het ergens niet mee eens is en dat aan de andere kant de Inspectie voor de Gezondheidszorg kan handhaven als er artikelen van de wet overtreden worden.

§3.1 Verantwoordelijkheid

Degene die verantwoordelijk is voor de zorg van een cliënt is de zorgverantwoordelijke. Deze persoon is bevoegd om het zorgplan op te stellen. De zorgaanbieder moet per cliënt een zorgverantwoordelijke aanwijzen. De wet schrijft geen bepaalde functie voor aan de zorgverantwoordelijke. De zorgaanbieder mag in principe zelf bepalen welke zorgverlener het meest geschikt is. Dit kan dus per instelling en zelfs per afdeling verschillen. De zorgverantwoordelijke moet uiteraard wel voldoen aan andere (wettelijke) vereisten die aan zijn functie gesteld worden. Het medische gedeelte wordt niet door de zorgverantwoordelijke ingevuld, maar door een arts.²⁷

Het zorgplan dat de zorgverantwoordelijke opstelt, mag in principe geen onvrijwillige zorg bevatten. Wat onvrijwillige zorg inhoudt en in welke situaties dit speelt, zal in de volgende paragraaf worden uiteengezet. Ook zal het ernstig nadeelcriterium aan bod komen. Als na deze paragraaf duidelijk is wat onvrijwillige zorg inhoudt en wanneer het toegepast mag worden, kan worden ingegaan op de inhoud van het zorgplan.

§3.2 Vrijheidsbeperkingen in de Wet Zorg en Dwang

§3.2.1 Onvrijwillige zorg

In de Wet Zorg en Dwang is sprake van onvrijwillige zorg als de cliënt of diens vertegenwoordiger niet instemt met de zorg of als de cliënt zich verzet. Onder het regime van de Wet Bopz wordt dit dwang genoemd. De vormen van onvrijwillige zorg waar het in de Wet Zorg en Dwang om gaat zijn:

1. toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening;
2. toedienen van medicatie vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt;
3. maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt;
4. maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden;

²⁷ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 18.

5. beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten.²⁸

De eerste drie vormen van onvrijwillige zorg werden in de Wet Bopz ook al aangemerkt als vrijheidsbeperkend. Deze zullen bij de zorgaanbieders dan ook bekend zijn. De Wet Bopz merkt deze vormen van zorg aan als dwang indien er sprake is van verzet van de cliënt. In het wetsvoorstel Wet Zorg en Dwang worden echter het toedienen van gedragsbeïnvloedende medicatie en het toepassen van maatregelen waardoor de cliënt in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt (2 en 3), altijd gelijkgesteld met onvrijwillige zorg (voorheen dwang), zelfs als de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger instemt met deze vormen van zorg. Hiervoor is gekozen, omdat de lichamelijke integriteit van de cliënt ingrijpend aangetast wordt. De cliënt moet zoveel mogelijk beschermd worden door de zorgvuldigheidseisen die de wet stelt aan deze vormen van zorg.²⁹

Vanuit de literatuur wordt er veel kritiek gegeven op deze gelijkstelling. Cliënten die de interventie waarderen of er om verzoeken, worden op grond van het wetsvoorstel niet gehoord. Hun eigen mening telt niet mee; er moet altijd voldaan worden aan de voorwaarden voor onvrijwillige zorg.³⁰

§3.2.2 Onvrijwillige zorg bij verzet

De andere vormen van zorg (1, 4 en 5) vallen alleen onder onvrijwillige zorg als er sprake is van verzet. Tot nu toe (in de Wet Bopz) was er geen definitie voor het woord verzet.

De definities die zorgaanbieders gebruiken lopen dan ook uiteen.³¹ Om deze reden wordt in het wetsvoorstel wel beschreven wat verzet inhoudt. De definitie is:

‘de tegenstand die een cliënt of bewoner actueel vertoont tegen een hem/haar betreffende vorm van zorg en/of behandeling omdat die door hem/haar wordt ervaren als niet juiste vorm van machtsuitoefening.’³²

Het woord machtsuitoefening wil zeggen dat er een afhankelijkheid van de cliënt is ten opzichte van de zorgverlener. De cliënt kan zichzelf bijvoorbeeld niet wassen, dit moet de zorgverlener doen.

Verzet moet serieus genomen worden, ook als het gaat om een wilsonbekwame cliënt. Het moet echter ook in perspectief worden gezien. Een psychogeriatrische cliënt kan bijvoorbeeld ook momentgebonden verzet bieden. De oplossing om hier achter te komen is de zorg waartegen de cliënt zich verzet, later nog eens aan te bieden. In dit geval is er pas sprake van onvrijwillige zorg als het verzet zich meerdere keren voordoet.³³

Domotica (elektronische hulpmiddelen zoals een belmat) valt in geval van verzet of het ontbreken van toestemming van de cliënt (bij wilsonbekwaamheid of omdat hij er geen weet van heeft) ook onder onvrijwillige zorg.³⁴

Wanneer duidelijk is dat een cliënt zich verzet, moet de zorgverlener de uitvoering van de zorg waartegen de cliënt zich verzet in principe achterwege laten. Dit geldt ook wanneer de toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger voor de zorg wordt ingetrokken. Het achterwege laten van de zorg bij verzet staat beschreven in artikel 12 WZD.

De mogelijkheid om de zorg waartegen de cliënt zich verzet, dus onvrijwillige zorg, toch toe te passen ligt in opname in het zorgplan. Dit zal besproken worden in paragraaf 3.3 Het zorgplan.

²⁸ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 6.

²⁹ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 11.

³⁰ T.P. Widdershoven, ‘Zorg en dwang: één stap voorwaarts, twee terug. Opmerkingen bij het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten’, NJB 2010/492 en B. Frederiks en T.P. Widdershoven, ‘Wetsvoorstel Zorg en Dwang: volle vaart vooruit of opnieuw een herbezinning?’, NJB 2012/826.

³¹ Kamerstukken II 2002/03, 28950, 2, p. 6.

³² Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 9.

³³ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 9 en 10.

³⁴ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 12.

§3.2.3 Ernstig nadeelcriterium

Indien er sprake is van onvrijwillige zorg (dus de cliënt verzet zich of er is sprake van de zorg bij de punten 2 en 3), moet er nagegaan worden of er ernstig nadeel voor de cliënt of anderen bestaat. Dit is het nieuwe criterium waaraan moet worden getoetst als onvrijwillige zorg toegepast moet worden. Er moet sprake zijn van ernstig nadeel bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en bij de daadwerkelijke toepassing van de onvrijwillige zorg.

Het begrip ernstig nadeel past volgens de wetgever beter bij de doelgroepen psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten dan het gevaarscriterium uit de Wet Bopz.

Onder het begrip ernstig nadeel vallen (niet-limitatief) de volgende situaties:

- iemand richt zich maatschappelijk te gronde of dit dreigt te gebeuren;
- iemand verwaarloost zichzelf in ernstige mate of dreigt dit te doen;
- iemand loopt ernstig lichamelijk letsel op, brengt dit zichzelf toe of dreigt dit op te lopen of toe te brengen;
- iemand brengt een ander ernstig lichamelijk letsel toe of dreigt dit aan een ander toe te brengen;
- iemand roept met hinderlijk gedrag agressie van anderen op;
- iemand bedreigt de psychische gezondheid van een ander;
- iemand bedreigt de algemene veiligheid van personen of goederen;
- situatie waarin iemand, al dan niet onder invloed van een ander, ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of in zijn veiligheid wordt bedreigd.

Valgevaar is hierbij bewust niet opgenomen. De wetgever is van mening dat dit geen ernstig nadeel oplevert. Cliënten die geen vrijheidsbeperkende maatregelen hebben en vallen, ondervinden hier geen ernstige mate van letsel aan. Cliënten die wel te maken hebben met een vrijheidsbeperkende maatregel en ondanks dat wel vallen, hebben vaak meer letsel. Een oorzaak hiervan is dat zij door minder te bewegen minder mobiel zijn en zichzelf hierdoor bij een val niet goed kunnen opvangen. Bovendien zijn er tegenwoordig veel alternatieven om het risico op vallen te beperken.³⁵ Een voorbeeld hiervan is het laten dragen van antislip sokken.³⁶

§3.3 Het zorgplan

§3.3.1 Vrijwillige zorg in het zorgplan

Op grond van artikel 5 tot en met 8 van de WZD moet de zorgverantwoordelijke binnen zes weken na opname een zorgplan opstellen. In het zorgplan mag, zoals eerder beschreven, in eerste instantie geen onvrijwillige zorg worden opgenomen. De wetgever wil het uitgangspunt “nee, tenzij” hanteren. Hiermee wordt duidelijk dat onvrijwillige zorg geen normale gang van zaken is.

Bij het opstellen van het zorgplan moet de zorgverantwoordelijke ervoor zorgen dat er zoveel mogelijk overeenstemming is met de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Indien deze laatste(n) het ergens niet mee eens is/zijn, moet de zorgverantwoordelijke op zoek gaan naar alternatieven.³⁷ Het zorgplan moet vier weken nadat deze is opgesteld en uitgevoerd, geëvalueerd worden. Hierna dient evaluatie eens per half jaar plaats te vinden, tenzij er aanleiding is om dit eerder te doen.³⁸

§3.3.2 Onvrijwillige zorg in het zorgplan

Het kan voorkomen dat een cliënt geen vertegenwoordiger heeft, maar dat hij wel te maken

³⁵ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 20 en 21 en Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, p. 93.*

³⁶ Zie bijlage 4.

³⁷ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 51.*

³⁸ *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 51.*

krijgt met onvrijwillige zorg. In dit geval is de zorgaanbieder verplicht om mentorschap aan te vragen bij de kantonrechter.³⁹ Dit is een nieuwe verplichting.

Wanneer het nodig is om onvrijwillige zorg op te nemen in het zorgplan, moet er een multidisciplinair overleg plaatsvinden. In dit overleg worden de problemen besproken en wordt er gezocht naar alternatieven. Een uitgebreidere beschrijving van dit overleg zal in de volgende paragraaf (3.4) naar voren komen.

Iedere vorm van onvrijwillige zorg die na dit overleg in het zorgplan wordt opgenomen, moet getoetst worden aan het ernstig nadeelcriterium.⁴⁰

In het zorgplan moet beschreven staan wat het ernstig nadeel voor de cliënt inhoudt en welke vorm van onvrijwillige zorg kan worden toegepast ter afwending van dit ernstig nadeel. Verder moet er vermeld zijn welke zorgverlener(s) de beschreven onvrijwillige zorg mag/mogen toepassen, wat de duur en frequentie van de onvrijwillige zorg is, de termijn waarin de onvrijwillige zorg mag worden toegepast, hoe deze termijn wordt afgebouwd, eventuele zorgvuldigheidseisen om nadelige effecten voor de cliënt te voorkomen en de continuïteit van de benadering van de cliënt (artikel 10 lid 8 WZD). Als er onvrijwillige zorg in het zorgplan is opgenomen, is dit een aanleiding om de evaluatie iedere drie maanden te laten plaatsvinden. Dit zal nader uitgelegd worden in paragraaf 3.4.

§3.3.3 Verzet tegen zorgplan

Het kan voorkomen dat een cliënt zich gaat verzetten tegen de in eerste instantie vrijwillig opgenomen zorg in het zorgplan. Zoals uit de subparagraaf over verzet bleek, is er dan sprake van onvrijwillige zorg en moet de zorgverlener de zorg achterwege laten. In deze situatie is er wel een ontsnappingsmogelijkheid voor de zorgverlener. Artikel 13 WZD biedt namelijk de mogelijkheid om ondanks het verzet toch de nu onvrijwillige zorg toe te passen als dit is opgenomen in het zorgplan. Er moet getoetst worden aan het eerder beschreven ernstig nadeelcriterium, wat in het zorgplan omschreven staat. Deze toetsing gaat als volgt: het nadeel moet zich daadwerkelijk voordoen, onvrijwillige zorg moet noodzakelijk zijn om het beschreven ernstige nadeel af te wenden/te voorkomen, de onvrijwillige zorg is hiervoor geschikt en evenredig, er is geen minder ingrijpende mogelijkheid en er moet op verantwoorde wijze toezicht gehouden worden op de toepassing van de onvrijwillige zorg. De zorgverlener die de onvrijwillige zorg toepast, moet dit wel overleggen met de zorgverantwoordelijke en mededelen aan de vertegenwoordiger.

§3.3.4 Onvoorziene situatie

Het kan ook voorkomen dat zich een situatie voordoet die niet in het zorgplan is opgenomen. Dit wordt een onvoorziene situatie genoemd.

Als er sprake is van een onvoorziene situatie biedt artikel 15 WZD de mogelijkheid om onvrijwillige zorg toe te passen. Hiervoor geldt dezelfde voorwaarde als voor het toepassen van onvrijwillige zorg die wel in het zorgplan is opgenomen, namelijk ter afwending van ernstig nadeel. Verder moet de onvrijwillige zorg noodzakelijk, geschikt en evenredig zijn, is er geen minder ingrijpende mogelijkheid en moet er op verantwoorde wijze toezicht worden gehouden. Als het kan, moet er nog wel een overleg plaatsvinden met de cliënt, diens vertegenwoordiger en een arts. Buiten het zorgplan onvrijwillige zorg toepassen kan voor een beperkte tijd, namelijk ongeveer twee weken. Deze tijd kan volgens de wetgever gebruikt worden om de zorg alsnog in het zorgplan op te nemen.⁴¹

§3.4 Het MDO

Het multidisciplinaire overleg (MDO) moet in twee situaties plaatsvinden, namelijk als het zorgplan moet worden aangepast op een punt van vrijwillige zorg en als het zorgplan moet worden aangepast in verband met onvrijwillige zorg. Vrijwillige zorg kan bijvoorbeeld de inzet van domotica zijn, waarmee de cliënt instemt.

³⁹ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 25.

⁴⁰ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 21, 22 en 23.

⁴¹ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 23 en 24.

Wat er precies besproken moet worden tijdens dit overleg staat in de artikelen 9 en 10 WZD beschreven. In beide gevallen moet er een risico-inventarisatie worden gemaakt waaruit blijkt wat het ernstig nadeel voor de cliënt is, waardoor het gedrag van cliënt wat ernstig nadeel laat ontstaan, wordt veroorzaakt, hoe de omgeving van de cliënt hierop van invloed is en welke vormen van vrijwillige zorg toegepast kunnen worden. Als vrijwillige zorg niet meer mogelijk is, moet er een afweging worden gemaakt van de (eventuele) nadelige effecten van onvrijwillige zorg en het ernstig nadeel dat moet worden afgewend. Indien geconcludeerd wordt dat onvrijwillige zorg toegepast moet worden, moet er in het zorgplan ook worden opgenomen hoe lang dit duurt. Deze termijn moet zo kort mogelijk zijn, maar is maximaal drie maanden. Indien het niet mogelijk is om de onvrijwillige zorg voor die tijd af te bouwen, moet er opnieuw een multidisciplinair overleg plaatsvinden.

De samenstelling van het multidisciplinaire team mag grotendeels door de zorgverantwoordelijke (die zelf ook altijd aanwezig is) bepaald worden. De wet schrijft alleen voor dat er tenminste één deskundige van een andere discipline bij het overleg betrokken wordt als het gaat om vrijwillige zorg in het zorgplan (artikel 9 WZD). Bij onvrijwillige zorg aangaande het toedienen van voeding, vocht of medicatie, het toedienen van gedragsbeïnvloedende medicatie en maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken moet er zowel een deskundige van een andere discipline als een bij de zorg betrokken arts bij het overleg aanwezig zijn. Bij de twee andere vormen van onvrijwillige zorg (toezicht en beperking op vrijheid eigen leven inrichten) moet er, naast de deskundige van een andere discipline, ook een deskundige die door de Minister is aangewezen, aanwezig zijn (artikel 10 WZD). Deze aanwijzing zal geschieden in een Algemene maatregel van bestuur.

Tot slot moet de cliënt of diens vertegenwoordiger worden geïnformeerd over het overleg, deze mag/mogen hierbij ook aanwezig zijn.

Indien het niet mogelijk is de onvrijwillige zorg na drie maanden af te bouwen, moet er bij het MDO, naast de personen die net genoemd zijn, een niet bij de zorg betrokken deskundige aanwezig zijn (uitgebreid deskundigenoverleg). Verder wordt er hetzelfde besproken en kan de onvrijwillige zorg voor maximaal drie maanden verlengd worden. Indien de cliënt of de vertegenwoordiger niet instemt met de onvrijwillige zorg of als de onvrijwillige zorg na de verlenging van drie maanden (dus in totaal na zes maanden) nog steeds nodig is, dan moet er een externe deskundige (CCE) om advies gevraagd worden. Dit staat in artikel 11 WZD. Het advies van de externe deskundige moet meegenomen worden bij het aanpassen van het zorgplan. De termijn voor het toepassen van onvrijwillige zorg mag nu maximaal zes maanden zijn en moet tijdens de halfjaarlijkse evaluatie besproken worden. Hierbij moet telkens weer gekeken worden of de onvrijwillige zorg nog noodzakelijk is. Hieronder volgt een schematisch overzicht over het MDO.

Schema MDO

	Verplichte aanwezigen	Termijn
Vrijwillige zorg	- Zorgverantwoordelijke - Deskundige van een andere discipline	Normale evaluatie iedere zes maanden
<u>Onvrijwillige zorg (1)</u> - Toedienen van vocht, voeding of medicatie - Toedienen van gedragsbeïnvloedende medicatie - Maatregelen die bewegingsvrijheid beperken	- Zorgverantwoordelijke - Deskundige van een andere discipline - Bij de zorg betrokken arts	Max. drie maanden

	Verplichte aanwezigen	Termijn
<u>Onvrijwillige zorg (2)</u> - Toezicht - Vrijheid eigen leven inrichten	- Zorgverantwoordelijke - Deskundige van een andere discipline - Deskundige door minister aangewezen	Max. drie maanden
Verlenging onvrijwillige zorg	Zelfde als genoemd bij onvrijwillige zorg 1 of 2 <u>plus</u> een niet bij de zorg betrokken deskundige	Max. drie maanden
Nogmaals verlenging onvrijwillige zorg	- Zorgverantwoordelijke - Externe deskundige	Max. zes maanden en iedere zes maanden een evaluatie

§3.5 Plaats zorg

De Wet Zorg en Dwang is, anders dan de Wet Bopz, persoonsgebonden. Dit betekent dat dwang op grond van de Wet Zorg en Dwang kan worden toegepast op psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten die zijn opgenomen (vrijwillig of gedwongen) én op mensen die in een kleine woonvorm zorg ontvangen. Ook mensen die thuis wonen en professionele hulp van buitenaf ontvangen vallen onder de reikwijdte van de Wet Zorg en Dwang.⁴²

Op grond van de Wet Bopz hebben instellingen nu een Bopz-erkenning. Alleen op locaties/afdelingen met deze erkenning, kunnen patiënten met een Bopz-indicatie worden opgenomen en behandeld.

Locaties/afdelingen die nu een Bopz-erkenning hebben, vallen van rechtswege onder de accommodaties van de Wet Zorg en Dwang. Zij hoeven dus geen actie te ondernemen. Nieuwe accommodaties (geen huisadressen) moeten zich laten registreren bij de minister (artikel 20 WZD). Deze accommodaties moeten bestemd zijn voor de huisvesting van mensen met een psychogeriatrische aandoening.⁴³

Ook plaatsen waar zorg verleend wordt aan cliënten met een vergelijkbare zorgbehoefte, zoals cliënten met Huntinton, Korsakov en niet-aangeboren hersenletsel, moeten zich waarschijnlijk gaan registreren als de nieuwe wet ingaat. Bij algemene maatregel van bestuur worden ziekten en aandoeningen onder werking van het wetsvoorstel gebracht.⁴⁴

De WGBO kent ook een regeling om dwang te mogen toepassen. (Archipel gebruikt deze regeling, zie paragraaf 4.5). Als de Wet Zorg en Dwang ingaat dan zal dit ten opzichte van de WGBO, wat een *lex generalis* is, een *lex specialis* zijn. Dit betekent dat de bepalingen die de Wet Zorg en Dwang en de WGBO beide kennen, niet tegelijk kunnen gelden. De Wet Zorg en Dwang heeft voorrang op de WGBO. De WGBO zal daarom niet meer als grondslag gebruikt kunnen worden om dwang toe te passen bij cliënten die zorg ontvangen op grond van de Wet Zorg en Dwang.⁴⁵

§3.6 Overige aspecten bij onvrijwillige zorg

De beginselen subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid zijn in de wet erg belangrijk. In de memorie van toelichting van de Wet Zorg en Dwang wordt hier meerdere malen naar gerefereerd. In het gehele zorgproces moet er steeds rekening worden gehouden met deze beginselen.

⁴² Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 6.

⁴³ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 26.

⁴⁴ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 46.

⁴⁵ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p 32 en 33.

De zorgverleners die de onvrijwillige zorg toepassen hoeven op grond van het wetsvoorstel geen bepaalde functie te hebben. Wel moet de hulpverlener bekwaam zijn om de onvrijwillige zorg uit te voeren. Onvrijwillige zorg is namelijk een risicovolle handeling.⁴⁶

§3.7 Huisregels

Naast een individueel zorgplan per cliënt, moeten er ook algemene huisregels gelden binnen een organisatie/afdeling waar psychogeriatrische cliënten verblijven. De wetgever wil huisregels niet juridiseren, dit wil zeggen dat huisregels buiten de definitie van onvrijwillige zorg vallen.⁴⁷ In de huisregels kunnen echter wel bepaalde beperkingen worden opgelegd. Artikel 45 WZD schrijft voor dat beperkingen die huisregels met zich meebrengen, niet verder mogen gaan dan voor de ordelijke gang van zaken in een accommodatie nodig is. Verder worden de huisregels zo snel mogelijk aan de cliënt en diens vertegenwoordiger ter hand gesteld. Er moet ook een mondelinge toelichting op de huisregels plaatsvinden.

Artikel 3 lid 1 onder I van de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector bepaalt dat een zorgaanbieder de huisregels in overeenstemming met de cliëntenraad moet vaststellen. De Wet Bopz schrijft nu ook voor dat er huisregels zijn die de ordelijke gang van zaken mogelijk maken. GGZ Nederland heeft hiervoor een model opgesteld. Dit model zal onder de Wet Zorg en Dwang nog steeds kunnen gelden. In de huisregels kunnen ook beperkende maatregelen staan. Om deze reden zal de inhoud van het model nu kort aangehaald worden. In de huisregels kunnen bijvoorbeeld slaap- en rusttijden opgenomen worden. Dit betekent ook dat het licht om een bepaalde tijd uit gaat. Ook kunnen etenstijden gesteld worden. Als iemand echter weigert tijdens deze tijden te eten, dan moeten er in het individuele plan maatregelen genomen worden.

Genotsmiddelen zoals roken en alcohol kunnen in banen geleid worden. Er kunnen rookruimtes aangewezen worden, zodat cliënten niet overal roken. Aan alcohol kunnen grenzen worden gesteld. Drugs mag verboden worden.

Voorzieningen als radio en televisie kunnen alleen beperkt worden in verband met overlast. Wat in ieder geval niet in de huisregels mag staan zijn sancties. Als iemand de huisregels niet naleeft, kan hij hierop aangesproken worden, maar het kan niet leiden tot straffen.⁴⁸

§3.8 Registratie

Om te bewerkstelligen dat de Wet Zorg en Dwang nageleefd wordt, zal de minister ambtenaren aanwijzen die toezicht houden op de zorgaanbieders. Om dit toezicht te faciliteren, moeten zorgaanbieders een register bijhouden van toegepaste onvrijwillige zorg. In dit register moet staan; welke vorm van onvrijwillige zorg op de cliënt is toegepast, wie de zorgverantwoordelijke is, de noodzaak voor de vrijwillige zorg, het stuk (het zorgplan, de rechterlijke machtiging) dat legitimeert tot het toepassen van onvrijwillige zorg, de begin- en einddatum, de duur en de frequentie van de onvrijwillige zorg. Er kunnen nadere regels gesteld worden in een Algemene maatregel van bestuur (besluit).

Verder moet de zorgaanbieder eens per zes maanden een overzicht aan de ambtenaren verstrekken. In dit overzicht moet de verleende onvrijwillige zorg, onder vermelding van de aard en frequentie daarvan, opgenomen worden. Tevens moet het bestuur van de zorgaanbieder een analyse van de verleende onvrijwillige zorg ondertekenen.⁴⁹

§3.9 Klachtenregeling

Voordat de klachtenregeling beschreven wordt, zal er eerst ingegaan worden op de cliëntenvertrouwenspersoon. Deze is verplicht gesteld in artikel 57 WZD. De cliëntenvertrouwenspersoon heeft als taak de cliënt en/of diens vertegenwoordiger te

⁴⁶ B.J.M. Frederiks e.a., *'Het wetsvoorstel zorg en dwang: een verantwoorde verbetering van de rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking en dementie?'*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2010 nr. 2, p. 79 en 80.

⁴⁷ Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3, p. 13.

⁴⁸ GGZ Nederland, *Modelhuisregels*, november 2009.

⁴⁹ Kamerstukken II 2013/14, 31996, A, p. 30 en 11.

adviseren en steunen als zij hier behoefte aan hebben. Dit kan onder andere betrekking hebben op ontevredenheden over de zorg en eventuele klachten die daaruit voortvloeien. De cliëntenvertrouwenspersoon is onafhankelijk van de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke en het indicatieorgaan. Hij is wel partijdig wat de cliënt betreft. De cliëntenvertrouwenspersoon is er om de cliënt te beschermen bij onvrijwillige zorg. Om hem hierbij te helpen kan de cliëntenvertrouwenspersoon bemiddelen.⁵⁰ Ook kan de cliëntenvertrouwenspersoon namens de cliënt gebruik maken van de klachtenregeling. Indien de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger het niet eens is/zijn met bepaalde aspecten van de zorg, moeten zij op grond van de Wet Zorg en Dwang gebruik kunnen maken van een onafhankelijke klachtencommissie. Het indienen van een klacht kan schriftelijk of mondeling. De klacht(en) kan/kunnen over het volgende gaan: het antwoord op de vraag of de cliënt in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen, opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan, verlening van onvrijwillige zorg, verlening of intrekking van verlof en verlening tot ontslag.

Deze commissie is onpartijdig en extern ten opzichte van de instelling waar de cliënt verblijft. De onafhankelijkheid wordt gewaarborgd door eisen aan de leden van de commissie. Zij mogen bijvoorbeeld niet werkzaam zijn bij of voor de zorgaanbieder. Ook mogen zij geen relatie hebben tot de cliënt of zijn vertegenwoordiger en indien een ander de klager is, mag ook tot diegene geen relatie bestaan.

Naast de onafhankelijkheid moet ook de deskundigheid van de commissie gewaarborgd worden. Deskundigheid wordt onder andere bereikt door ervaring, wat concreet inhoudt dat de commissie minimaal 50 klachten per jaar moet afhandelen.⁵¹ Deze eis is echter geheel theoretisch. Onder het regime van de Wet Bopz is dit aantal nog nooit gehaald. Het is dus de vraag of deze eis standhoudt.⁵²

De samenstelling van de commissie op zichzelf moet ook deskundig zijn. Om deze reden moet de commissie uit ten minste drie leden bestaan, waarvan in ieder geval een jurist en een ter zake kundige arts (indien de klacht is ingediend door een psychogeriatrische patiënt of zijn vertegenwoordiger).

Voor de cliënt is het vooral belangrijk dat de klachtencommissie goed te bereiken is en dat hij gehoord wordt.

Naast de genoemde onafhankelijke klachtencommissie, heeft de zorginstelling ook een eigen klachtencommissie. Laatstgenoemde is een eis uit de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ). De cliënt kan kiezen van welke commissie hij gebruik wil maken. Een afweging die hierbij gemaakt kan worden, is dat bij de eerste commissie de mogelijkheid bestaat om tegen de uitspraak in beroep bij de rechter te gaan. De tweede commissie kent deze mogelijkheid niet.⁵³ (Als er sprake is van schade kan een cliënt of nabestaande uiteraard altijd naar de kantonrechter gaan op grond van onrechtmatige daad).

Dit onderzoek gaat alleen in op de Wet Zorg en Dwang, daarom zal de klachtencommissie van de WKCZ verder buiten beschouwing worden gelaten.

De beslissing op de klacht moet door de onafhankelijke klachtencommissie binnen twee weken medegedeeld worden aan de klager, de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke, eventueel de zorgverlener en de inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Indien de klacht betrekking heeft op een beslissing die ten tijde van indiening van de klacht geen gevolg meer heeft, dan wordt de termijn voor de klachtencommissie verlengd tot vier weken. De beslissing op de klacht moet uiteraard met redenen omkleed zijn.

De beslissing van de klachtencommissie kan bestaan uit onbevoegdverklaring van de commissie, niet-ontvankelijkverklaring van de klacht, ongegrondverklaring van de klacht en gegrondverklaring van de klacht. Bij gegrondverklaring worden het bestreden besluit en de rechtsgevolgen vernietigd. Tevens kan de commissie de zorgaanbieder opdragen binnen een bepaalde termijn een nieuwe beslissing te nemen.

⁵⁰ www.beroepsgroepcvp.nl, Zorg en Dwang, Onafhankelijke Cliëntenvertrouwenspersoon – Fact Sheet.

⁵¹ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3, p. 24, 25 en 73 en *kamerstukken II* 2013/14, 31996, A, p. 25-28.

⁵² B.J.M. Frederiks e.a., *'Het wetsvoorstel zorg en dwang: een verantwoorde verbetering van de rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking en dementie?'*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2010 nr. 2, p. 84.

⁵³ *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, 3, p. 24, 25 en 73 en *kamerstukken II* 2013/14, 31996, A, p. 25-28.

Indien de klager het niet eens is met de beslissing van de commissie of de commissie heeft niet tijdig gereageerd, dan kunnen de klager en degene op wie de klacht betrekking heeft naar de rechter gaan. Zij moeten dan binnen zes weken een verzoekschrift indienen. De rechter moet binnen vier weken beslissen op het verzoekschrift. De rechter kan zichzelf onbevoegd verklaren, de klacht of het verzoek niet-ontvankelijk verklaren, de klacht ongegrond of gegrond verklaren. Gegrondverklaring van de klacht heeft bij de rechter dezelfde gevolgen als bij de commissie. Tegen de beslissing van de rechter staat geen hoger beroep open.

§3.10 Handhaving

Handhaving van de Wet Zorg en Dwang zal vooral in het bestuursrecht te vinden zijn. Het handhavingsinstrument bestuurlijke boete zal door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gebruikt worden in de volgende gevallen:

- het zonder vertegenwoordiger en zonder mentorschap opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan;
- het niet of niet juist aanwijzen door de zorgaanbieder van een zorgverantwoordelijke en het niet of niet juist opstellen van een zorgplan door de zorgverantwoordelijke;
- het niet, niet tijdig of zonder overleg met de cliënt of diens vertegenwoordiger vaststellen van een zorgplan door de zorgverantwoordelijke;
- het niet of niet juist beschrijven van de doelen van het zorgplan, hoe deze doelen bereikt moeten worden en zonodig voeren van overleg met andere zorgaanbieders;
- het niet inspannen ter verkrijging van instemming van de cliënt met het zorgplan;
- het niet voldoen aan de nadere regels over de inhoud en de inrichting van het zorgplan;
- het niet voldoen aan de voorwaarden voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan;
- het toepassen van onvrijwillige zorg zonder het informeren van cliënt of vertegenwoordiger;
- het toepassen van onvrijwillige zorg zonder overleg met zorgverantwoordelijke of arts;
- de regelmatige toepassing van onvrijwillige zorg zonder de cliënt of vertegenwoordiger minstens éénmalig te informeren;
- het verlenen van onvrijwillige zorg buiten een noodsituatie of het niet onder de juiste voorwaarden verlenen van onvrijwillige zorg in een noodsituatie;
- het niet of niet juist opmaken van een cliëntendossier;
- het niet of niet juist verstrekken aan IGZ van een overzicht van de onvrijwillige zorg;
- het niet voldoen aan nadere regels over de wijze waarop onvrijwillige zorg wordt verleend;
- het niet of niet juist verstrekken van een overzicht van de aan de cliënt toekomende rechten;
- het niet of niet juist verstrekken van een openbaar register van accommodaties die verblijf bieden;
- het niet mededelen van de mogelijkheid tot verzet tegen opname en verblijf;
- het niet opnemen van het indicatiebesluit in het cliëntendossier;
- het niet ter hand stellen van huisregels;
- geen mondelinge toelichting geven op de huisregels.

In de Memorie van Toelichting wordt nog steeds gesproken over de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Waarschijnlijk zal de handhavende taak hier blijven. De Inspectie heeft vanuit haar toezichthoudende taak op de uitvoering van de Wet Bopz namelijk al ervaring met punitief handhaven.

Er zijn ook een aantal bepalingen die strafrechtelijk gehandhaafd worden. Bij een misdrijf wordt er een gevangenisstraf of een geldboete opgelegd. Het zwaarste misdrijf is niet-vrijwillige en onvrijwillige opname zonder een indicatiebesluit, een rechterlijke machtiging of

een last tot inbewaringstelling. Hier staat een straf op van ten hoogste drie jaar gevangenisstraf of een geldboete van de derde categorie.

Onvrijwillige zorg opnemen in het zorgplan zonder dat voldaan is aan de voorwaarden, uitvoeren van het zorgplan ondanks verzet van de cliënt of zonder toestemming van de cliënt en zonder dat er kans is op ernstig nadeel, toepassing van in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg zonder dat aan de voorwaarden wordt voldaan en toepassing van onvrijwillige zorg in noodsituaties zonder dat aan de voorwaarden wordt voldaan worden bij opzet bestraft met ten hoogste twee jaar gevangenisstraf of een geldboete van de derde categorie. Bij de eerste en de laatste situatie wordt opzet aangenomen indien er de afgelopen twee jaar al twee keer een bestuurlijke boete is opgelegd voor dezelfde gedraging of als de roekeloze gedraging een direct gevaar voor de gezondheid en de veiligheid van de mens tot gevolg heeft. Indien er geen opzet is, wordt de gedraging gezien als overtreding. Bij een overtreding kan een geldboete van de tweede categorie opgelegd worden.⁵⁴

§3.11 Samenvatting

De zorgaanbieder wijst een zorgverantwoordelijke aan die het zorgplan moet opstellen voor de cliënt. Hierin wordt, indien noodzakelijk, onvrijwillige zorg beschreven. Van onvrijwillige zorg is in verschillende situaties sprake. Bij verzet tegen het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening, maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden en beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten is er sprake van onvrijwillige zorg. In de situaties dat een cliënt gedragsbeïnvloedende medicatie krijgt of in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, is er altijd sprake van onvrijwillige zorg.

In het zorgplan moet precies beschreven staan waartoe de onvrijwillige zorg dient en welk ernstig nadeel hiermee wordt voorkomen. Hieraan voorafgaand moet een multidisciplinair overleg plaatsvinden. Tijdens dit overleg wordt besproken waarom en onder welke voorwaarden het toepassen van onvrijwillige zorg noodzakelijk is. In situaties die niet in het zorgplan staan, kan er alleen onvrijwillige zorg toegepast worden als dit ernstig nadeel afwendt.

De onvrijwillige zorg op grond van de Wet Zorg en Dwang is persoonsgebonden. Een zorgaanbieder kan, als hij dat nodig acht, in principe overal onvrijwillige zorg toepassen op een cliënt. De WGBO is hierdoor niet meer van toepassing.

Naast een individueel zorgplan moet een instelling een huisreglement opstellen voor een ordelijke gang van zaken.

De zorgaanbieder zorgt dat de toepassing van onvrijwillige zorg inzichtelijk is en verschaft eens per half jaar een overzicht aan de door de minister aangewezen ambtenaren.

Indien een cliënt (of een naaste) het niet eens is met een beslissing rondom onvrijwillige zorg, kan hij naar een onafhankelijke klachtencommissie gaan. Hierna kan hij naar de rechter gaan. Hierbij kan hij geholpen worden door de cliëntenvertrouwenspersoon.

De minister van VWS zorgt voor de bestuurlijke handhaving van de Wet Zorg en Dwang. In sommige gevallen is strafrechtelijke handhaving aan de orde.

⁵⁴ Kamerstukken II, 2008/09, 31996, 3, p. 33-37.

4. Situatie binnen Archipel

Archipel biedt op verschillende locaties en afdelingen zorg aan psychogeriatrische cliënten. Deze cliënten zijn opgenomen op grond van de Wet Bopz. In de aanloop naar de nieuwe wet, heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een richtinggevend kader opgesteld, waarin instellingen heldere criteria kunnen vinden om verantwoord om te gaan met vrijheidsbeperkende maatregelen.⁵⁵ In het beleid dat Archipel rondom vrijheidsbeperkende maatregelen heeft, wordt dan ook al voor een deel rekening gehouden met de nieuwe wet. Het beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering zal uitgebreid aan bod komen. Tevens is er gebruik gemaakt van negen interviews om in kaart te brengen hoe het er werkelijk aan toe gaat in de praktijk (verslagen van de interviews zijn opgenomen in bijlagen 2 t/m 11).

De opbouw van dit hoofdstuk zal ongeveer hetzelfde zijn als de opbouw van hoofdstuk 3. Dit is mogelijk, omdat Archipel veel begrippen uit de nieuwe wet in meer of mindere mate aan bod laat komen in het beleidsstuk. Op deze manier worden meteen ook de overeenkomsten en de verschillen tussen de wet en de praktijk binnen Archipel duidelijk.

§4.1 Verantwoordelijkheid

Op grond van de Wet Bopz (artikel 1 lid 3) is er een arts benoemd die belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychogeriatrisch verpleeghuis. De wet spreekt van een 'geneesheer directeur', maar binnen Archipel wordt gebruik gemaakt van de term eerstverantwoordelijke arts voor Bopz-zaken, oftewel EVAB. Dit is een specialist ouderengeneeskunde die vast werkzaam is binnen Archipel en tevens de Bopz-arts van Kenniscentrum de Landrijt is.

Per locatie waar de Wet Bopz van toepassing is, is er een specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet Bopz (Bopz-arts). Om de onderlinge afstemming te waarborgen hebben de Bopz-artsen periodiek overleg, waarbij de EVAB voorzitter is en de bestuurlijke eindverantwoordelijkheid heeft.

De Bopz-arts is verantwoordelijk voor de aan hem toegewezen psychogeriatrische afdeling(en) en verpleeghuis(zen). Dit betekent ook dat zij (samen met de contactverzorgende) het zorgleefplan van de cliënt bijhouden. In het zorgleefplan wordt de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen gedocumenteerd.⁵⁶ De inhoud van het zorgleefplan zal aan bod komen in paragraaf 4.3. Eerst zullen de vrijheidsbeperkingen die binnen Archipel voorkomen, besproken worden.

§4.2 Vrijheidsbeperkingen binnen Archipel

§4.2.1 Soorten vrijheidsbeperkingen

Vrijheidsbeperking wordt door Archipel omschreven als 'alle - al dan niet bewust genomen - maatregelen die de vrijheid van die cliënt beperken, maar ook het achterwege blijven van maatregelen die de vrijheid van cliënten kunnen bevorderen.'⁵⁷

De zorgverlener moet bij het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel een afweging maken tussen de verplichting die de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) stelt om een goed hulpverlener te zijn en de keuze van de individuele cliënt, wat binnen Archipel cliënt in regie wordt genoemd.⁵⁸

Binnen Archipel worden verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikt. Deze zijn in te delen in categorieën. In het volgende schema zijn deze categorieën opgenomen. In de tweede kolom staat aangegeven welke interventies concreet gebruikt kunnen worden binnen Archipel.

⁵⁵ *Richtinggevend kader vrijheidsbeperkingen*, bijlage bij kamerstukken II 2007/08, 24170, 83.

⁵⁶ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 15 en 20.

⁵⁷ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 22.

⁵⁸ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 4.

Categorie vrijheidsbeperkende maatregel	Interventie
Ernstig fysieke/fixerende vrijheidsbeperkingen	- onrustband in bed of stoel - verpleegdeken - spanlaken - onbedienbare rem op stoel/stoel op blad - blad op stoel/diepe stoel/onvrijwillig kantelen - volledige bedhekken - fixerende grepen bij crisis situatie - plukpak/hansop - tentbed - kamerdeur op slot bij aanwezigheid cliënt in kamer - afzondering
Licht tot matig fysieke vrijheidsbeperkingen	- toegang tot kasten/ruimten beperken - kamerdeur op slot (cliënt niet in kamer) - half bedhek - rolkussen - ballendeken - floor level bed - beschermende kleding met vrijheidsbeperkend karakter (broekriem achterste voren, krabhandschoen) - foto bij receptie
Medicatie	- gedragsbeïnvloedende medicatie (psychofarmaca) - gecamoufleerd aanbieden medicatie
Gedwongen toediening voeding/vocht	/
Domotica	- sensor met vrijheidsbeperkende opvolging (een bewegingssensor waardoor het licht aangaat is geen vrijheidsbeperkende maatregel)/belmat of ander gedragswaarschuwingssysteem - polsband/chip met vrijheidsbeperkende opvolging - uitluistermateriaal - cameratoezicht - belmat - GPS systeem met vrijheidsbeperkende opvolging - mobiele telefoon i.c.m. individuele aanpak
Individuele afspraken	- opgelegde dagstructuur - beperkt roken of gebruik alcohol/drug - beperkt gebruik communicatiemiddelen - verzorging onder dwang
Collectief vrijheidsbeperkende maatregelen	- huisregels - buitendeur op slot

Bij de licht tot matig fysieke vrijheidsbeperkingen geldt dat dit per cliënt verschilt. Een cliënt met een floor level bed die nog wel op kan staan ervaart dit juist als vrijheidsbevorderend. Een cliënt die niet meer zelf kan opstaan, omdat het bed te laag staat, ervaart dit als vrijheidsbeperkend. Zo moet per cliënt bekeken worden wat de situatie is.⁵⁹

⁵⁹ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 8.

In het volgende schema staan de vrijheidsbeperkende maatregelen genoemd die in de praktijk gebruikt worden. Dit is uit de verschillende interviews naar voren gekomen. In de tweede kolom zal per maatregel een korte toelichting worden gegeven vanuit het werkveld.

Vrijheidsbeperkende maatregel ⁶⁰	Reden van toepassing
Onrustband in bed of (rol)stoel	Als er een band in de rolstoel wordt toegepast dan wordt de rolstoel vaak niet op de rem gezet. Op deze manier kan de cliënt zich met zijn rolstoel nog wel verplaatsen door te 'trippelen'/zittend te lopen. ⁶¹ Het toepassen van de band in een normale stoel wordt gedaan, omdat mensen heel moe zijn van bijvoorbeeld het lopen en dan gaan vallen. Ook mensen die niet meer kunnen lopen, maar denken van wel, worden met een band vastgezet in een (rol)stoel. ⁶²
Blad op stoel	Dit wordt vooral gebruikt bij mensen met een CVA. Deze mensen zijn links of rechts (gedeeltelijk) verlamd. De verlamde arm wordt dan op het blad gelegd. ⁶³
Onvrijwillig kantelen	Dit wordt gebruikt bij cliënten die niet doorhebben dat zij niet meer kunnen lopen. ⁶⁴
Volledige bedhekken	Deze worden vaak ingezet op verzoek van familie van de cliënt. Zij willen niet dat hun familielid uit bed valt en vinden daarom de bedhekken een veilige maatregel. ⁶⁵
Plukpak	Plukpakken worden ingezet als mensen 'plukken' aan hun ondergoed of incontinentiemateriaal. Dit pak bestaat uit één stuk met een rits op de achterkant, zodat mensen ze niet kunnen uittrekken. Tegenwoordig wordt er ook gebruik gemaakt van onesies. Dit zijn ook pakken uit één stuk, maar dan met de rits aan de voorkant. Hierdoor kunnen mensen het zelf uittrekken. In sommige gevallen is dit een werkend alternatief voor de plukpakken. ⁶⁶
Toegang tot kast beperken	Dit komt voor, omdat cliënten zich anders 's nachts aankleden en steeds de kast willen leeghalen waardoor ze onrustig worden. ⁶⁷
Half bedhek	De halve bedhekken worden door de cliënten over het algemeen niet als vrijheidsbeperkend ervaren. De halve bedhekken zorgen er juist voor dat mensen een gevoel van veiligheid hebben en toch zelf uit bed kunnen komen. ⁶⁸
Ballendeken	Het gebruik van een ballendeken komt op het moment niet voor op de locaties, maar wordt soms wel geprobeerd (Passaat en Eerdbrand). ⁶⁹
Floor level bed	Het floor level bed wordt zoals eerder al beschreven niet als vrijheidsbeperkend ervaren.

⁶⁰ Zie bijlage 2.

⁶¹ Zie bijlage 6.

⁶² Zie bijlage 6.

⁶³ Zie bijlage 3.

⁶⁴ Zie bijlage 7.

⁶⁵ Zie bijlage 9.

⁶⁶ Zie bijlage 6.

⁶⁷ Zie bijlage 10.

⁶⁸ Zie bijlagen 4, 5 en 6.

⁶⁹ Zie bijlagen 3 en 5.

Beschermende kleding met vrijheidsbeperkend karakter	In dit geval de safe hip. Dit is een heupbeschermer. Als iemand dan valt, is de kans op een heupfractuur een stuk kleiner dan wanneer iemand zonder safe hip valt. De safe hip zit dicht tegen het lichaam, waardoor het (binnen Archipel) wordt aangemerkt als licht vrijheidsbeperkend. ⁷⁰
Gecamoufleerd aanbieden van medicatie	Dit wordt bij verschillende cliënten gebruikt. Soms wordt het ook gebruikt bij mensen met slikproblemen. De pillen worden dan gemalen en door bijvoorbeeld pap of appelmoes gedaan. ⁷¹
Sensor	De sensor wordt veruit het meeste gebruikt. De redenen hiervoor zijn valgevaar en dwalen. ⁷²
Zorg onder dwang	Zorg onder dwang komt heel soms voor. Er wordt hierbij eerst gekeken tot hoe ver de situatie te accepteren is. Als iemand echter in zijn gezondheid aangetast wordt, zal er moeten worden ingegrepen en zal hij onder dwang verzorgd worden. ⁷³
Buitendeur op slot (gesloten afdeling)	De Bopz-aangemerkte afdelingen/locaties zijn vanzelfsprekend gesloten. In de meeste locaties van Archipel bestaat er een loopcircuit voor de bewoners. De deur heeft echter een code of er gaat een alarm af (de bewoner draagt dan een armbandje) als een bewoner door de eerste van de twee schuifdeuren naar buiten loopt. ⁷⁴ Op de Eerdbrand zijn er liften die direct op de afdeling uitkomen. Bij gebruik van deze liften wordt er altijd op gelet dat een bewoner niet meeloopt. ⁷⁵
Beperkingen in eigen regie	Ondanks het uitgangspunt cliënt in regie, worden cliënten soms toch in hun regie beperkt. Het gaat voornamelijk om kleine dingen, die op grond van de wet weliswaar niet vrijheidsbeperkend zijn, maar voor de cliënt wel degelijk van belang kunnen zijn. Een voorbeeld uit een interview is dat de verzorgende melk en suiker in de koffie van cliënten doet, zonder dit aan hen te vragen. ⁷⁶ Er zijn ook situaties waarin cliënten iets doen wat in de ogen van de verzorgende(n) 'niet hoort'. Een voorbeeld hiervan is dat iemand zijn boterham belegd met pindakaas, jam en kaas. De verzorgende pakt de boterham af en maakt een nieuwe met maar één soort beleg. Op deze manier ontnemen je de cliënt om zelf te bepalen wat hij eet. ⁷⁷

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen moet ook geregistreerd worden. Archipel gebruikt hier het programma ITask voor. Meer hierover is te vinden in paragraaf 4.5. Voor nu zullen alleen de cijfers die van belang zijn voor deze paragraaf besproken worden. Uit de cijfers blijkt duidelijk dat de sensoren op alle (pg)locaties het meeste worden ingezet en dat vallen hiervoor de reden is. Ook volledige beddekken en blad op stoel/diepe

⁷⁰ Zie bijlage 5.

⁷¹ Zie bijlagen 5, 7 en 9.

⁷² Zie bijlage 2.

⁷³ Zie bijlagen 7 en 9.

⁷⁴ Zie bijlage 2.

⁷⁵ Zie bijlage 5.

⁷⁶ Zie bijlage 7.

⁷⁷ Zie bijlage 4.

stoel/onvrijwillig kantelen komen vrij vaak voor. Op de derde plaats staan de onrustband in stoel, het plukpak en gps systeem met vrijheidsbeperkende opvolging. De locatie waar de meeste vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet is De Landrijt. Met name de bedekken en het gps systeem worden hier gebruikt.⁷⁸

§4.2.2 Akkoord

Er kan in drie situaties sprake zijn van een vrijheidsbeperkende maatregel-akkoord:

- de vrijheidsbeperkende maatregel is opgenomen in het zorgleefplan;
- in onvoorziene gevallen wordt een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd en de cliënt stemt in;
- in onvoorziene gevallen wordt een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd en de cliënt toont geen verzet.⁷⁹

In dit geval kunnen de vrijheidsbeperkende maatregelen zonder problemen worden toegepast. Er moet wel steeds geëvalueerd worden (zie paragraaf 4.4).⁸⁰

§4.2.3 Verzet

Indien er geen sprake is van een vrijheidsbeperkende maatregel-akkoord, dan moet er gekeken worden of er alternatieven mogelijk zijn. Is de inzet van alternatieven niet mogelijk dan wordt de uitvoering van het zorgleefplan dwangbehandeling genoemd.⁸¹

Er is sprake van dwangbehandeling als de cliënt verzet toont tegen de uitvoering van de in het zorgleefplan opgenomen vrijheidsbeperkende maatregel. Verzet wordt door het beleidsdocument beschreven als 'verbaal of door gedrag (zoals afweren of tegenwerken) afwijzen van een behandeling of handeling met betrekking tot verpleging, verzorging of onderzoek'.⁸²

Naast dwangbehandeling kan er ook sprake zijn van verzet tijdens een noodsituatie. De arts kan dan beslissen om een middel of maatregel nood in te zetten. Op grond van het Besluit middelen en maatregelen Bopz kan dit voor maximaal 7 dagen. De vertegenwoordiger van de cliënt wordt geïnformeerd en verzocht te tekenen voor akkoord.⁸³

§4.2.4 Ernstig nadeelcriterium

Binnen Archipel wordt het nee, tenzij-principe gehanteerd. Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen dan ook alleen ingezet worden indien dit ter afwending of voorkoming van ernstig nadeel voor de cliënt of diens omgeving is.⁸⁴ Op een andere plaats in het beleid wordt echter nog gesproken over 'afwending van ernstig gevaar voor de patiënt of anderen'. Dit is het geval bij dwangbehandeling en bij een noodmaatregel.⁸⁵

Bij de beschrijving van het zorgleefplan van de cliënt wordt gesproken over het begrip ernstig nadeel én over het begrip gevaar. Er moet beschreven worden welke van de twee door het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel wordt voorkomen of weggenomen.⁸⁶

Er wordt verder niet uitgelegd wat deze begrippen inhouden en waarom ze beide worden gebruikt in het beleid. Ook in de begrippenlijst zijn deze begrippen niet opgenomen en gedefinieerd. Wel wordt er gesteld dat vallen geen reden is om een cliënt te fixeren.⁸⁷

Ondanks dat in het beleid is opgenomen dat vallen geen reden is om cliënten te fixeren, wordt in sommige interviews wel gebruik gemaakt van het voorbeeld vallen om een vrijheidsbeperkende maatregel op te leggen.⁸⁸ Deze maatregel is bijvoorbeeld een band in

⁷⁸ Zie bijlage 12.

⁷⁹ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 22.

⁸⁰ Zie bijlage 13.

⁸¹ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 22.

⁸² Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 22.

⁸³ Zie bijlage 13.

⁸⁴ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 4.

⁸⁵ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 13.

⁸⁶ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 15.

⁸⁷ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 5 en 15.

⁸⁸ Zie bijlagen 3 en 4.

de rolstoel (valt onder fixatie).⁸⁹ Het is dus nog niet bij iedereen binnen Archipel bekend dat valgevaar niet aangedragen mag worden als reden om een cliënt te fixeren.

§4.3 Het zorgleefplan

Voor iedere cliënt binnen Archipel wordt een zorgleefplan opgesteld. De arts en de contactverzorgende zijn hier verantwoordelijk voor. Ook vrijheidsbeperkende maatregelen worden zorgvuldig geregistreerd in het zorgleefplan van de cliënt. Archipel gebruikt hiervoor specifieke bladen die ingevuld moeten worden. Deze bladen horen bij het beleid en zijn te vinden in bijlage 1.

De volgende onderwerpen moeten door de arts worden gedocumenteerd in het zorgleefplan:

- alle afgewogen alternatieven;
- probleemanalyse: welk gevaar of ernstig nadeel wordt door de vrijheidsbeperking voorkomen of weggenomen (met daarbij situatie cliënt en oorzaak probleem);
- bij onrustbanden, fixerende handgrepen en afzondering wordt toezicht expliciet beschreven;
- evaluatie in MDO en grote visite.

De contactverzorgende legt de vraagstelling, doelstelling en acties/afspraken vast en zorgt dat de cliënt/wettelijk vertegenwoordiger het formulier voor akkoord tekent.

Hoe de cliënt zich gedraagt en hoe hij reageert op de vrijheidsbeperking moet door de verzorging en de arts worden bijgehouden.⁹⁰

Ook in alle interviews komt naar voren dat vrijheidsbeperkende maatregelen in het zorgleefplan van de cliënt worden opgenomen en dat daarop wordt gerapporteerd.⁹¹

§4.4 Het MDO

Indien er een vrijheidsbeperkende maatregel moet worden toegepast, moet er een multidisciplinair overleg plaatsvinden. In dit overleg wordt besproken welke alternatieven er mogelijk zijn. In het beleid is een schema opgenomen waarin staat wie wat moet doen. Met betrekking tot de multidisciplinaire analyse moeten de contactverzorgende, de specialist ouderengeneeskunde, de psycholoog, de ergotherapeut, de fysiotherapeut en overige medewerkers informatie over de situatie van de cliënt inbrengen en meedenken in oplossingen.⁹² De cliënt of zijn vertegenwoordiger wordt ook betrokken bij de analyse en evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregelen. De medewerkers die te maken krijgen met vrijheidsbeperkende maatregelen worden geïnformeerd.⁹³

Nadat een vrijheidsbeperkende maatregel is opgelegd, moet deze iedere drie maanden geëvalueerd worden in een MDO.⁹⁴ Dit is in overeenstemming met de Wet Zorg en Dwang. Uit de interviews komt naar voren dat er twee keer per jaar een MDO plaatsvindt waar het gehele zorgleefplan (inclusief de eventueel opgelegde vrijheidsbeperkende maatregelen) van de cliënt wordt besproken. De vrijheidsbeperkende maatregelen zelf worden niet op alle locaties op hetzelfde moment geëvalueerd en deze evaluatie vindt ook niet altijd multidisciplinair plaats. De termijnen van de evaluaties lopen uiteen van een keer per week tot eens per drie maanden. De termijn van drie maanden wordt niet overschreden en vaker evalueren dan voorgeschreven kan natuurlijk geen kwaad.⁹⁵

Wat wel een punt van kritiek is, is dat de evaluaties niet altijd multidisciplinair zijn. Dit schrijven het beleid van Archipel en de Wet Zorg en Dwang namelijk wel voor. Uit de interviews blijkt dat er wel altijd een contactverzorgende en een arts worden betrokken bij het

⁸⁹ Zie bijlage 6.

⁹⁰ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 15.

⁹¹ Zie bijlage 2.

⁹² Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 11.

⁹³ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 16.

⁹⁴ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 9.

⁹⁵ Zie bijlage 2.

evalueren, maar niet altijd andere disciplines.⁹⁶ Van de Wet Zorg en Dwang moet er naast deze mensen nog minimaal een andere discipline aanwezig zijn bij het overleg.

§4.5 Plaats zorg

In principe kunnen vrijheidsbeperkende maatregelen alleen toegepast worden binnen Bopz-erkende locaties/afdelingen. Zoals uit hoofdstuk 1 al bleek, beschikt Archipel over een aantal van deze erkenningen, omdat zij zorg bieden aan psychogeriatrische cliënten. De locaties die een Bopz-erkenning hebben, zijn:

- Archipel Eerdbrand (vier afdelingen);
- verpleeghuis De Passaat;
- Archipel Ekelhof;
- Archipel Fleuriade;
- psychogeriatrische afdeling substitutie "Palet" in het zorgcentrum De Akkers⁹⁷;
- verpleeghuisunit Berkenstaete in woonzorgcentrum Archipel Berkenstaete;
- verpleeghuis De Kanidas;
- Archipel De Landrijt.⁹⁸

In het kader van dit onderzoek dient de locatie Dommelhof ook genoemd te worden. Op deze locatie wordt namelijk onder andere zorg geboden aan cliënten met hersenletsel (CVA), mensen met aandoeningen aan het zenuwstelsel en spierziektes (Huntington, Multiple Sclerose en Parkinson).⁹⁹ Zoals in paragraaf 3.5 bleek, zullen cliënten met deze aandoeningen via een Algemene maatregel van bestuur ook onder de Wet Zorg en Dwang vallen. Het is dus waarschijnlijk dat Dommelhof onder het regime van de Wet Zorg en Dwang geregistreerd moet worden als accommodatie waar huisvesting wordt verleend aan mensen met een aandoening genoemd in dat besluit.¹⁰⁰

Het beleid van Archipel biedt ook twee mogelijkheden om buiten de genoemde Bopz-erkende locaties/afdelingen vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen.

Ten eerste kan een wilsbekwame cliënt hier zelf om verzoeken, bijvoorbeeld voor zijn gevoel van veiligheid. De zorgverlener analyseert dit verzoek en bekijkt ook alternatieven. Om zijn eigen verzoek te bevestigen, ondertekent de cliënt het formulier vrijheidsbeperkende interventies. De cliënt is te allen tijde gemachtigd om de vrijheidsbeperkende maatregel op te heffen.

Ten tweede kan een psychogeriatrische cliënt in de thuissituatie op grond van WGBO onder dwang behandeld worden. Hier zitten twee voorwaarden aan:

- De cliënt is wilsonbekwaam en verzet zich tegen de behandeling en er moet sprake zijn van (het ontstaan van) ernstig nadeel;
- De wettelijk vertegenwoordiger stemt in met de behandeling, of de vertegenwoordiger weigert, maar de behandelaar vindt dat hij toch moet behandelen omdat hij anders geen goed hulpverlener is.¹⁰¹

Uit paragraaf 3.5 bleek dat de mogelijkheid om een cliënt op grond van de WGBO onder dwang te behandelen, gaat verdwijnen. Als psychogeriatrische cliënten thuis zorg krijgen op grond van de Wet Zorg en Dwang, zullen alleen de bepalingen uit de nieuwe wet gelden.

§4.6 Overige aspecten vrijheidsbeperkende maatregelen

In het beleid van Archipel worden nog een aantal algemene voorwaarden genoemd die in acht moeten worden genomen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

⁹⁶ Zie bijlage 2.

⁹⁷ De afdelingen in zorgcentrum De Akkers worden intern Heide en Vlindertuin genoemd.

⁹⁸ Bijlage 2 Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis bopz, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Staatscourant 2014 nr. 19502, juli 2014.

⁹⁹ www.archipelzorggroep.nl, wonen en locaties, Dommelhof.

¹⁰⁰ *Kamerstukken II* 2008/09, 3, p. 26.

¹⁰¹ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 9.

Deze voorwaarden zijn het doelmatigheidsbeginsel, het proportionaliteitsbeginsel en het subsidiariteitsbeginsel.¹⁰² Deze beginselen worden in de Wet Zorg en Dwang ook meerdere malen beschreven. Archipel voldoet hiermee al aan dit deel van de nieuwe wet.

Er worden binnen Archipel tevens eisen gesteld aan de medewerkers, omdat de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt gezien als 'risicovolle' handeling. Medewerkers moeten bevoegd (opleidingsniveau) en bekwaam zijn. De bekwaamheid van medewerkers met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt op peil gehouden middels jaarlijkse scholing.¹⁰³

§4.7 Huisregels

Archipel hanteert geen uniforme huisregels. Per locatie bestaat er een informatieboekje A t/m Z. Hierin staan wel regels. De meeste informatieboekjes hebben een kopje met huisregels. In de boekjes waar de huisregels niet expliciet genoemd zijn, staan wel huisregels verweven. De informatieboekjes A t/m Z zijn te vinden op de website van Archipel (www.archipelzorggroep.nl) en worden aan nieuwe bewoners gegeven.

Over het algemeen worden er in de informatieboekjes A t/m Z wel dezelfde bepalingen beschreven. Archipel kent geen bezoektijden; iedereen is altijd welkom. Er geldt wel overal een rookverbod in openbare ruimtes, in de rookruimtes kan wel gerookt worden. Overmatig alcoholgebruik is niet toegestaan. Huisdieren zijn in overleg soms toegestaan.

Deze regels komen vrijwel overeen met het model dat in paragraaf 3.7 behandeld is. Het belangrijkste is dat er geen sancties zijn opgenomen in de boekjes.

§4.8 Registratie

Archipel maakt gebruik van het registratiesysteem ITask. Hierin worden de toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen verwerkt. Dit systeem zorgt voor inzicht. Toepassingen kunnen getalsmatig, op soort en aanleiding, op voorschrijver en op locatie/afdeling bekeken worden.¹⁰⁴ De ernstig fysieke beperkende/fixerende maatregelen, gedragsbeïnvloedende medicatie, gedwongen/gecamoufleerde inname en domotica worden centraal geregistreerd. Licht tot matig fysieke beperkende maatregelen, individuele afspraken en collectief vrijheidsbeperkende maatregelen worden weergegeven als 'actie' op het formulier 'doelen-acties-afspraken' in het zorgleefplan. Indien een maatregel wordt opgelegd die niet in het zorgleefplan staat, wordt dit gemeld aan de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger.¹⁰⁵

De arts moet hiernaast beoordelen of de toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel gemeld moet worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Er zijn twee situaties waarin melding moet worden gemaakt, namelijk bij dwangbehandeling en bij een vrijheidsbeperkende maatregel-nood (noodmaatregel). Dwangbehandeling wordt ook altijd met de EVAB besproken. De Bopz-arts meldt ook de overplaatsing, het ontslag en overlijden van cliënten die zijn opgenomen middels een inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM).¹⁰⁶

§4.9 Klachtenregeling

Archipel heeft een algemene brochure die gaat over klachten. Hiernaast is er specifiek voor Bopz-klachten een regeling die kort beschreven staat in het beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering. In de aparte beleidsnotitie Klachtenregeling Archipel wordt de afhandeling van klachten uitgebreider behandeld.

De cliënt, vertegenwoordiger, familieleden, naasten en bezoekers kunnen een klacht indienen bij Archipel. De klacht kan in eerste instantie besproken worden met de betreffende medewerker, leidinggevende, cliëntadviseur of de cliëntvertrouwenspersoon. Elke locatie van

¹⁰² Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 5.

¹⁰³ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 17.

¹⁰⁴ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 17.

¹⁰⁵ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 15 en bijlage 4.

¹⁰⁶ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 21.

Archipel heeft een cliëntvertrouwenspersoon. Deze kan de cliënt adviseren en helpen met het opstellen van de klacht.

Een klacht kan, naast deze direct te bespreken, ook schriftelijk worden ingediend. Archipel heeft hiervoor op alle locaties een meldingsformulier. Dit formulier kan in de klachtenbus van de betreffende locatie worden gedaan.

Tot slot kan een klacht schriftelijk worden ingediend bij een onafhankelijke klachtencommissie. Dit is een formele procedure, die openstaat voor alle cliënten, naasten en nabestaanden. De klachtencommissie oordeelt of een klacht (deels) gegrond of ongegrond is en kan aanbevelingen doen aan de Raad van Bestuur.¹⁰⁷

In het beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering staat beschreven dat voor cliënten die opgenomen zijn middels een artikel 60-procedure, een IBS of een RM op grond van artikel 41 Wet Bopz een speciale klachtenregeling open staat.¹⁰⁸

De klachten die in het kader van de Wet Bopz bij de klachtencommissie kunnen worden ingediend, kunnen gaan over de beslissing waaruit blijkt dat de patiënt 'niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen' (artikelen 38 lid 2 Wet en 38a lid 4 Bopz), toepassing van het behandelingsplan, terwijl de patiënt of diens vertegenwoordiger zich daartegen verzet (artikelen 38 lid 5 en 38c lid 2 en 3 Wet Bopz), het toepassen van middelen en maatregelen in een noodsituatie (artikel 39 Wet Bopz), opgelegde vrijheidsbeperkingen zoals beschreven in artikel 40 Wet Bopz (ontvangen bezoek, bewegingsvrijheid in en rond de instelling en vrij telefoonverkeer) en de beslissing om het overeengekomen behandelingsplan niet toe te passen.

Als het gaat om een Bopz-klacht bij de klachtencommissie staan er in de Klachtenregeling Archipel een aantal extra bepalingen. De Bopz-klacht mag, naast schriftelijk, ook mondeling ingediend worden. De ambtelijk secretaris klachtencommissie informeert binnen drie dagen na indiening van de klacht de aangeklaagde en de zorgaanbieder. De klachtencommissie moet binnen twee weken oordelen over de klacht en informeert de betrokkenen hierover. De uitspraak is bindend en kan tevens een aanbeveling bevatten voor de arts omtrent de maatregelen die genomen moeten worden met betrekking tot de klacht.¹⁰⁹

Archipel is aangesloten bij de Geschillencommissie Verpleging Verzorging en Thuiszorg. Deze commissie bestaat uit drie leden die onafhankelijk en onpartijdig zijn. Tegen uitspraak van de commissie is geen hoger beroep mogelijk. Het is wel mogelijk om de klacht binnen twee maanden voor te leggen aan de gewone rechter.¹¹⁰

§4.10 Handhaving

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op naleving van de wetten die gelden in de gezondheidszorg, waaronder de Wet Bopz. Indien de naleving niet correct wordt uitgevoerd, zet de Inspectie maatregelen in. Deze maatregelen moeten ervoor zorgen dat regels weer worden nageleefd of dat hetgeen dat niet goed ging niet meer aangeboden wordt.¹¹¹ De Inspectie hanteert stimulerende, corrigerende, bestuursrechtelijke, tuchtrechtelijke en strafrechtelijke maatregelen.¹¹²

§4.11 Overige bevindingen interviews

Tijdens de interviews is de vraag gesteld of er (op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen) nog aanbevelingen waren voor het beleid van Archipel. Dit maakt het onderzoek aan de ene kant iets breder dan de centrale vraag, die alleen betrekking heeft op de Wet Zorg en Dwang. Aan de andere kant valt deze vraag wel onder de reikwijdte van het

¹⁰⁷ 'Klachten', www.archipelzorggroep.nl (zoek op *klachten*).

¹⁰⁸ Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering, p. 18.

¹⁰⁹ Zie bijlage 14.

¹¹⁰ "Hoe werkt de Geschillencommissie Verpleging, Verzorging en Thuiszorg", www.degeschillencommissie.nl (zoek op *brochure*).

¹¹¹ "Toezicht en handhaving", www.igz.nl (zoek op *toezicht en handhaving*).

¹¹² "IGZ Handhavingkader. Richtlijn voor transparante handhaving", december 2008, herzien januari 2013, p. 5.

onderzoek, omdat alle geïnterviewden als doel hebben het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen zo min mogelijk te maken. Dit is wat de wetgever uiteindelijk ook wil.

Of de vraag nu wel of niet rechtstreeks te maken heeft met de Wet Zorg en Dwang, het is voor Archipel een kans om het beleid optimaal te verbeteren. De antwoorden zullen dan ook meegenomen worden in de aanbevelingen die aan het eind van dit rapport gedaan worden.

In meerdere interviews komen dezelfde aanbevelingen naar voren. Er zijn dus bepaalde dingen waar meerdere medewerkers (op verschillende locaties) tegenaan lopen.

Het eerste aspect wat naar voren komt is het informeren van de familie. Archipel wil graag een fixatievrije organisatie zijn. Hiervoor is het nodig dat familie van te voren weet wat dit betekent. Dan kunnen zij beslissen of dit goed is voor hun verwant of dat ze toch naar een andere instelling op zoek gaan. Op dit moment vraagt familie zelf vaak om de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel, omdat zij denken dat dit veiliger is. Als de arts het niet nodig vindt om een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten, komt hij voor een dilemma te staan. Het tweede aspect dat de geïnterviewden naar voren brengen, is scholing. Veel medewerkers zijn nog niet op de hoogte van (de inhoud van) de nieuwe wet. Het is belangrijk om dit voor de inwerkingtreding van de wet gedaan te hebben. Wanneer dit zal zijn is echter moeilijk te zeggen.

Het laatste aspect dat meerdere keren genoemd wordt, is het uitgangspunt cliënt in regie. Hier wordt volgens sommige geïnterviewden niet altijd gehoor aan gegeven. Het zit dan vaak in de kleine dingen zoals standaard melk en suiker in de koffie doen. Het is belangrijk dat cliënten zoveel mogelijk zelf kunnen doen en zelf kunnen bepalen. Dit kan bereikt worden door steeds te vragen wat iemand wil.¹¹³

Er is ook nog een aanbeveling van een arts die aandacht verdient, omdat de nieuwe wet hier ook iets over voorschrijft (bijlage 11). Deze persoon zou graag zien dat in het beleid strenger wordt opgenomen wie er aanwezig moeten zijn bij het multidisciplinaire overleg. Het beleid is daar nu te impliciet over.

Tot slot heeft een van de auteurs van het beleidsdocument nog een aanbeveling (bijlage 8). Zij merkt in de praktijk dat het beleid voor veel medewerkers niet goed leesbaar is. Als het beleid toch aangepast moet worden door de komst van de nieuwe wet, kan er ook gelijk naar de begrijpelijkheid van het stuk gekeken worden.

§4.12 Samenvatting

Binnen Archipel is de EVAB eindverantwoordelijke voor de zorg binnen de instelling. Een Bopz-arts en een contactverzorgende stellen het zorgleefplan op voor de cliënt. Hierin kunnen vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen worden. Archipel hanteert een assortiment van vrijheidsbeperkende maatregelen die onder te verdelen zijn in de volgende categorieën: Ernstig fysieke/fixerende vrijheidsbeperkingen, licht tot matig fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen, medicatie, gedwongen toediening van voeding/vocht, domotica, individuele afspraken (zorg onder dwang) en collectief vrijheidsbeperkende maatregelen (huisregels). Als een cliënt instemt met het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel, is er sprake van een akkoord. Als een cliënt zich verzet en er zijn geen alternatieven mogelijk dan is er sprake van dwangbehandeling.

Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen alleen worden opgelegd als er sprake is van gevaar of van ernstig nadeel. Dit is in het zorgleefplan opgenomen. Dit moet tevens besproken worden in een MDO. Verschillende disciplines moeten/kunnen informatie over de cliënt inbrengen. Als een vrijheidsbeperkende maatregel daadwerkelijk wordt opgelegd, dient dit eens in de drie maanden geëvalueerd te worden. De plaats van de toepassing is in principe alleen op Bopz-erkende locaties/afdelingen. De WGBO kan echter in thuissituaties een grondslag bieden voor het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen bij een cliënt. Naast een zorgleefplan per cliënt hanteert Archipel huisregels. Iedere locatie heeft een informatieboekje beschikbaar waar de algemene gang van zaken wordt toegelicht.

¹¹³ Zie bijlage 2.

Om vrijheidsbeperkende maatregelen te registreren maakt Archipel gebruik van het programma ITask. De arts houdt hiernaast bij of er een melding gemaakt moet worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Indien een cliënt een klacht heeft, kan hij deze op verschillende manieren kenbaar maken.

Dit kan rechtstreeks bij de betreffende persoon, via een meldingsformulier of bij de onafhankelijke klachtencommissie. Een cliëntenvertrouwenspersoon kan hierbij helpen.

Tot slot houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg in de gaten of de instelling wel voldoet aan de wettelijke vereisten. Als dit niet het geval is, kan er een maatregel opgelegd worden.

5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zal er een antwoord worden gegeven op de centrale vraag die aan het begin van het rapport is gesteld: “Op welke wijze dient het huidige beleid rondom vrijheidsbeperkende maatregelen van zorgaanbieder Archipel te worden aangepast aan de nieuwe Wet Zorg en Dwang?”

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk zal een algemene conclusie worden gegeven. In de daaropvolgende paragrafen zal per onderwerp naar voren komen wat het verschil is tussen het beleid van Archipel en de Wet Zorg en Dwang of dat Archipel al voldoet aan de nieuwe wet. Aan het einde van iedere paragraaf zal, indien er een verschil bestaat, aangegeven worden wat Archipel moet veranderen in haar beleid. Om een duidelijk overzicht te bewaren zullen de paragrafen die in hoofdstuk 3 en 4 gebruikt zijn, zoveel mogelijk aangehouden worden.

§5.1 Algemene conclusie

Als de hoofdstukken 3 en 4 naast elkaar gelegd worden, dan zullen er een aantal verschillen duidelijk worden tussen wat de Wet Zorg en Dwang rondom vrijheidsbeperkende maatregelen voorschrijft en hoe Archipel hiermee in haar beleid en in de praktijk omgaat.

Deze verschillen betekenen dat het beleid van Archipel op een aantal punten nog niet voldoet aan wat de Wet Zorg en Dwang voorschrijft. Op dit moment vormt dat geen probleem, omdat de wet nog niet in werking is getreden. Als de wet wel in werking treedt zal Archipel een aantal veranderingen in het beleid moeten doorvoeren. Het betreffen voornamelijk een aantal nieuwe begrippen, zoals de zorgverantwoordelijke en de benaming onvrijwillige zorg in plaats van dwang. Ook moet er in het zorgleefplan veel meer dan nu vastgelegd worden als er sprake is van onvrijwillige zorg. Er moet veel besproken en opgeschreven worden alvorens er onvrijwillige zorg toegepast mag worden. In de volgende paragrafen zal precies uitgelegd worden wat Archipel anders zal moeten doen.

Wat Archipel naast de specifieke aanbevelingen in dit hoofdstuk verder moet doen als de nieuwe wet in werking treedt, is in de gaten houden of er regelgeving komt die op de Wet Zorg en Dwang is gebaseerd, in de vorm van besluiten. Een aantal aspecten van de Wet Zorg en Dwang, zoals de totale doelgroep, wordt namelijk nog uitgewerkt bij algemene maatregel van bestuur.

§5.2 Verantwoordelijkheid

Binnen Archipel zijn de Bopz-arts en de contactverzorgde van de cliënt verantwoordelijk voor het opstellen van het zorgleefplan. Hiernaast is de EVAB, oftewel geneesheer-directeur, eerstverantwoordelijke voor de algemene gang van zaken.

In de Wet Zorg en Dwang verdwijnt de term geneesheer-directeur. Er moet een zorgverantwoordelijke aangewezen worden die bevoegd is om het zorgleefplan van de cliënt op te stellen. De verantwoordelijkheid komt tevens bij deze persoon te liggen.

Archipel mag op grond van de Wet Zorg en Dwang zelf bepalen wie de zorgverantwoordelijke is. Vanuit de praktijk binnen Archipel is het aan te bevelen om de contactverzorgenden aan te stellen als zorgverantwoordelijke. Op dit etiketje na zal er in de functie van de contactverzorgende niets veranderen, omdat zij nu ook al het zorgleefplan voor de aan hen toegewezen cliënten opstellen. De arts zal uiteraard betrokken blijven, in ieder geval wat betreft het medische gedeelte in het zorgleefplan.

§5.3 Vrijheidsbeperkingen

§5.3.1 Soorten vrijheidsbeperkingen

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden in de Wet Zorg en Dwang aangeduid als onvrijwillige zorg indien er sprake is van verzet.

De vormen van onvrijwillige zorg zijn:

1. toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening;

2. toedienen van medicatie vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt;
3. maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt;
4. maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden;
5. beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten.

De eerste drie punten zijn al bekend als vrijheidsbeperkend binnen Archipel op grond van de Wet Bopz. De onderste twee vormen zijn nieuw in de wet, maar niet geheel nieuw voor Archipel. Archipel beschrijft domotica (punt 4) in haar beleid al als vrijheidsbeperkend. Wat wel nieuw is, is dat domotica niet alleen bij verzet, maar ook bij het ontbreken van toestemming, onvrijwillige zorg (dwang) is. Hier dient Archipel rekening mee te houden als de Wet Zorg en Dwang inwerking treedt. Het vijfde punt is voor Archipel ook niet helemaal nieuw, aangezien het uitgangspunt cliënt in regie wordt gehandhaafd. Dit komt ongeveer op hetzelfde neer. Cliënt (niet) in regie (laten) is echter niet opgenomen in het schema met vrijheidsbeperkende maatregelen in het beleid. Dit zal dan wel moeten.

Wat wel nieuw is, in de wet en voor Archipel, is dat de vormen van zorg onder de punten 2 en 3, altijd worden aangeduid als onvrijwillige zorg. Als deze vormen van zorg moeten worden toegepast dan dient er altijd aan de voorwaarden die de Wet Zorg en Dwang hieraan stelt, voldaan te worden (ernstig nadeel, opnemen in zorgleefplan). Er kan in deze gevallen nooit sprake zijn van een 'vrijheidsbeperkende maatregel-akkoord'.

De aanbeveling met betrekking tot de onvrijwillige zorg, is om de punten 1 t/m 5 zoals hierboven beschreven op te nemen in het beleid (als categorie) en in te vullen met de vrijheidsbeperkende maatregelen (interventies) zoals die bestaan binnen Archipel. De ernstig fysieke/fixerende vrijheidsbeperkingen, zoals volledige beddekken horen bijvoorbeeld bij punt 3 en domotica, zoals een sensor bij punt 4. Tevens zal aan het beleid toegevoegd moeten worden dat bij de punten 2 en 3 altijd sprake is van onvrijwillige zorg (dwang).

§5.3.2 Verzet (definitie)

Archipel beschrijft verzet als: 'verbaal of door gedrag (zoals afweren of tegenwerken) afwijzen van een behandeling of handeling met betrekking tot verpleging, verzorging of onderzoek.'

Het wetsvoorstel Zorg en Dwang geeft een andere definitie voor verzet, namelijk: 'de tegenstand die een cliënt of bewoner actueel vertoont tegen een hem/haar betreffende vorm van zorg en/of behandeling omdat die door hem/haar wordt ervaren als niet juiste vorm van machtsuitoefening.'

In de Wet Bopz was er geen definitie voor verzet, wat zorgde voor uiteenlopende definities bij de zorgaanbieders. Om transparantie te creëren is het aan te bevelen om de definitie van de nieuwe wet over te nemen in het beleid.

§5.3.3 Ernstig nadeelcriterium

Het ernstig nadeelcriterium is niet geheel nieuw voor Archipel, hoewel een definitie in het beleid ontbreekt. Om de situaties waarin sprake is van ernstig nadeel bij de medewerkers kenbaar te maken, is het aan te bevelen de opsomming uit paragraaf 3.2.3 op te nemen in het beleid. Ook is het belangrijk om onder de medewerkers duidelijker te maken dat vallen geen ernstig nadeel oplevert. Dit staat al wel in het beleid, maar uit de interviews blijkt dat niet iedereen hiervan op te hoogte is.

Verder zal het begrip 'gevaar', wat nog een aantal keer voorkomt in het beleid, overal vervangen moeten worden door 'ernstig nadeel'.

§5.4 Het zorgleefplan

§5.4.1 Vrijwillige zorg in het zorgleefplan

Binnen Archipel wordt conform de nieuwe wet voor iedere cliënt een zorgleefplan opgesteld. In het beleid staat echter geen termijn voor het opstellen van het zorgleefplan. De Wet Zorg en Dwang geeft de zorgverantwoordelijke zes weken vanaf de opname om een zorgleefplan op te stellen voor de cliënt. Dit zal ook in het beleid moeten worden opgenomen.

Archipel gebruikt in haar beleid, net als in het wetsvoorstel, het uitgangspunt “nee, tenzij”. Het is belangrijk dat dit in het beleid blijft staan, zodat duidelijk is dat onvrijwillige zorg in principe niet wordt opgenomen in het zorgleefplan.

§5.4.2 Onvrijwillige zorg in het zorgleefplan

Een nieuwe eis die de wet stelt is dat voor een cliënt zonder vertegenwoordiger een mentor moet worden aangevraagd door de zorgaanbieder. Dit moet bij de kantonrechter. Archipel zal hier rekening mee moeten houden als de Wet Zorg en Dwang ingaat, aangezien dit op grond van de Wet Bopz niet hoeft (en niet gedaan wordt).

De inhoud van het zorgleefplan zal met ingang van de Wet Zorg en Dwang uitgebreider moeten worden. Voornamelijk het begrip ernstig nadeel speelt hierbij een grote rol. De aspecten die in het zorgleefplan moeten staan indien er onvrijwillige zorg is opgenomen, zijn:

- wat het ernstig nadeel voor de cliënt inhoudt;
- welke vorm van onvrijwillige zorg wordt toegepast om dit ernstig nadeel af te wenden;
- welke zorgverlener(s) mag/mogen deze onvrijwillige zorg toepassen;
- de duur en frequentie van de onvrijwillige zorg;
- de termijn waarin de onvrijwillige zorg mag worden toegepast en hoe deze termijn wordt afgebouwd;
- eventuele zorgvuldigheidseisen om nadelige effecten te voorkomen;
- de continuïteit van benadering van de cliënt.

Het eerste aspect staat in het beleid van Archipel genoemd en wordt opgenomen in het zorgleefplan van de cliënt. De overige aspecten ontbreken in het beleid. Het is aan te bevelen om deze punten in de vorm van een soort checklist wel op te nemen in het beleid, zodat meteen duidelijk is wat er in het zorgleefplan opgenomen moet worden betreffende onvrijwillige zorg.

§5.4.3 Verzet tegen zorgleefplan

Op grond van het beleid van Archipel wordt er bij verzet tegen uitvoering van het zorgleefplan naar alternatieven gezocht. Indien het toepassen van alternatieven niet mogelijk is, wordt de uitvoering van het zorgleefplan dwangbehandeling genoemd.

Op grond van de nieuwe wet kan dit (dwangbehandeling) ook, indien is opgenomen in het zorgleefplan dat de cliënt zich kan gaan verzetten. Er moet in dit geval wel eerst aan het ernstig nadeelcriterium getoetst worden. Archipel moet onderstaande toetsing opnemen in haar beleid:

- het nadeel moet zich daadwerkelijk voordoen;
- onvrijwillige zorg moet noodzakelijk zijn om het ernstige nadeel af te wenden/te voorkomen;
- de onvrijwillige zorg is hiervoor geschikt en evenredig;
- er is geen minder ingrijpende mogelijkheid;
- er wordt op verantwoorde wijze toezicht gehouden op de toepassing van de onvrijwillige zorg.

§5.4.4 Onvoorziene situatie

Op grond van de Wet Bopz kan er sprake zijn van een tijdelijke noodsituatie waarin maximaal zeven dagen een middel of maatregel ingezet kan worden. Dit staat ook zo beschreven in het beleid van Archipel.

Op grond van de Wet Zorg en Dwang wordt er gesproken van een onvoorziene situatie; een situatie die niet in het zorgleefplan is opgenomen. Als het nodig is om in een onvoorziene situatie onvrijwillige zorg toe te passen, moet er eerst aan een aantal voorwaarden worden voldaan:

- het gedrag van de cliënt leidt tot ernstig nadeel;
- de onvrijwillige zorg is noodzakelijk om het ernstig nadeel te voorkomen/af te wenden;
- de onvrijwillige zorg is geschikt en evenredig;
- er zijn geen minder ingrijpende mogelijkheden;
- er wordt op verantwoorde wijze toezicht gehouden.

De toepassing van onvrijwillige zorg kan (als voldaan is aan bovenstaande voorwaarden) maximaal veertien dagen.

Het is van belang dat Archipel deze voorwaarden opneemt in het beleid. De termijn van toepassing is langer geworden en kan gebruikt worden om de onvrijwillige zorg alsnog in het zorgleefplan op te nemen.

§5.5 Het MDO

Binnen Archipel vindt een MDO minimaal twee keer per jaar plaats. Tijdens het halfjaarlijkse MDO wordt het gehele zorgleefplan van de cliënt geëvalueerd. Als er een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd moet worden vindt er ook een MDO plaats. Bij daadwerkelijke toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel, vindt er iedere drie maanden een MDO plaats waarin deze geëvalueerd wordt. Dit schrijft de Wet Zorg en Dwang ook voor, dus hier hoeft Archipel in het beleid niets aan te veranderen.

Wat Archipel wel moet veranderen is de opname van de samenstelling van het MDO in het beleid. Uit de interviews blijkt namelijk dat bij het MDO niet altijd genoeg disciplines betrokken zijn. De Wet Zorg en Dwang schrijft de minimale samenstelling van het MDO in vijf situaties voor. Naast deze verplichting uit de wet kan de zorgverantwoordelijke bepalen wie er nog meer bij het overleg aanwezig moeten zijn.

Als er geen sprake is van onvrijwillige zorg, moeten de zorgverantwoordelijke en een deskundige van een andere discipline aanwezig zijn.

Als er sprake is van onvrijwillige zorg genoemd onder 1, 2 en 3 (zie paragraaf 5.2.1) moeten de zorgverantwoordelijke, een deskundige van een andere discipline en een bij de zorg betrokken arts aanwezig zijn. Bij de andere vormen van onvrijwillige zorg (punten 4 en 5 uit paragraaf 5.2.1) moeten de zorgverantwoordelijke, een deskundige van een andere discipline en een deskundige die door de minister is aangewezen, aanwezig zijn.

Indien de onvrijwillige zorg na drie maanden nog steeds nodig is dan moeten dezelfde mensen aanwezig zijn plus een niet bij de zorg betrokken deskundige. Als de onvrijwillige zorg nogmaals verlengd moet worden dan moet er een externe deskundige ingeschakeld worden. Zie voor een duidelijker overzicht het schema in paragraaf 3.4.

Het is aan te bevelen aan Archipel om dit schema ook in het beleid op te nemen. Op deze manier is snel duidelijk wie in welke situatie bij het MDO moeten zijn. Ook moet opgenomen worden dat de zorgverantwoordelijke de overige samenstelling bepaalt.

Tot slot wordt bij dit onderwerp aanbevolen om in de gaten te houden wanneer de Algemene maatregel van bestuur waarin deskundigen worden aangewezen, bekendgemaakt wordt.

§5.6 Plaats zorg

Op grond van de Wet Bopz heeft Archipel een aantal Bopz-erkende locaties/afdelingen.

Alleen op deze locaties/afdelingen mogen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Archipel past op grond van de WGBO soms ook in thuissituaties vrijheidsbeperkende maatregelen toe, omdat de Wet Bopz hier niet geldt.

Het gebruik van de WGBO zal als de Wet Zorg en Dwang in werking treedt echter niet meer mogelijk zijn. Deze laatste is namelijk persoonsgebonden, waardoor deze van toepassing is op alle psychogeriatrische cliënten van Archipel, ongeacht waar ze wonen. De Wet Zorg en Dwang heeft in dat geval voorrang op de WGBO, omdat daarin specifiek geregeld is

wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast mogen worden. De WGBO is meer een algemene regeling die bovendien niet op een bepaalde doelgroep ziet.

Dat de Wet Zorg en Dwang persoonsgebonden is, brengt ook met zich mee dat er geen erkenningen meer nodig zijn. Wel moeten gebouwen, accommodaties genoemd, geregistreerd worden bij de minister. Locaties/afdelingen die nu een Bopz-erkenning hebben, worden van rechtswege opgenomen in het register. Archipel hoeft hiervoor dus geen actie te ondernemen.

De locatie Dommelhoef zal als de Wet Zorg en Dwang ingaat waarschijnlijk wel geregistreerd moeten worden als accommodatie. De doelgroep van de Wet Zorg en Dwang wordt namelijk bij algemene maatregel van bestuur uitgebreid. Dit is met name waarschijnlijk voor cliënten met Huntington, Korsakov en niet-aangeboren hersenletsel. Het is dan ook aan te bevelen om in de gaten te houden wanneer deze algemene maatregel van bestuur gaat gelden en welke ziekten/aandoeningen hier precies in vermeld worden. Als mensen met een van deze aandoeningen verblijven op een locatie van Archipel die op dit moment geen Bopz-erkenning heeft, zal deze locatie of de betreffende afdeling geregistreerd moeten worden bij de minister.

§5.7 Overige aspecten vrijheidsbeperkende maatregelen/onvrijwillige zorg

De beginselen subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid worden in het wetsvoorstel en in het beleid van Archipel genoemd. Dit hoeft Archipel dus niet aan te passen.

Ook de eis dat medewerkers bekwaam moeten zijn (met betrekking tot risicovolle handelingen), heeft Archipel in haar beleid opgenomen. Dit moet Archipel blijven handhaven.

§5.8 Huisregels

De huisregels zijn algemeen en vallen buiten het zorgleefplan. De huisregels van Archipel voldoen hieraan en bevatten geen sancties. Op dit punt hoeft Archipel niets aan te passen.

§5.9 Registratie

Op dit moment moet Archipel meldingen doen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dit geldt in ieder geval voor dwangbehandeling en toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel-nood. Bij cliënten die zijn opgenomen middels een IBS of RM moet er ook gemeld worden wanneer zij overgeplaatst worden, ontslag krijgen of overlijden.

Zelf maakt Archipel gebruik van het registratiesysteem ITask. Hierin worden alle vrijheidsbeperkende maatregelen verwerkt.

Op grond van de Wet Zorg en Dwang moet een zorgaanbieder een register bijhouden van de toegepaste onvrijwillige zorg. Dit kan Archipel ook doen in ITask. Er zitten wel een aantal eisen aan wat in het register moet staan:

- om welke vorm van onvrijwillige zorg het gaat;
- wie de zorgverantwoordelijke is;
- de noodzaak voor de onvrijwillige zorg;
- het stuk dat legitimeert tot het toepassen van onvrijwillige zorg (zorgleefplan, RM);
- de begin- en einddatum;
- de duur van de onvrijwillige zorg;
- de frequentie van de onvrijwillige zorg.

Dit overzicht moet Archipel, als de nieuwe wet inwerking is getreden, eens per zes maanden verstrekken aan de ambtenaren die de minister hiervoor aangewezen heeft. Deze ambtenaren worden bij algemene maatregel van bestuur aangewezen. Het bestuur van de zorgaanbieder moet de analyse van de onvrijwillige zorg ondertekenen.

§5.10 Klachtenregeling

De cliënt en/of zijn vertegenwoordiger moeten gebruik kunnen maken van een klachtenregeling. Zij kunnen hierbij geholpen worden door een cliëntvertrouwenspersoon. Laatstgenoemde is volgens het wetsvoorstel nieuw, maar Archipel heeft al een aantal

cliëntvertrouwenspersonen. Archipel loopt hiermee vooruit en voldoet op dit punt al aan de Wet Zorg en Dwang.

De Wet Zorg en Dwang stelt, anders dan de Wet Bopz, dat de zorgaanbieder lid moet zijn van een onafhankelijke klachtencommissie. Archipel is al aangesloten bij een onafhankelijke en onpartijdige klachtencommissie, namelijk de Geschillencommissie Verpleging Verzorging en Thuiszorg. Ook hiermee loopt Archipel vooruit en hoeft zij niets aan te passen.

§5.11 Handhaving

De handhaving van wetten die gelden in de gezondheidszorg gebeurt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Onder de Wet Bopz gebeurt dit redelijk vrij. Op grond van de Wet Zorg en Dwang wordt er strenger naar de handhaving gekeken. In de wet staat in welke gevallen een zorgaanbieder een bestuurlijke boete kan krijgen (zie paragraaf 3.10). Archipel moet dus zorgen dat zij aan alle voorwaarden die de wet geeft, voldoet om een bestuurlijke boete te voorkomen.

Naast bestuurlijke handhaving kan er ook sprake zijn van strafrechtelijke handhaving. Het niet naleven van bepaalde wettelijke artikelen (zie paragraaf 3.10) kan een overtreding of misdrijf opleveren.

§5.12 Overige bevindingen

Om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen zoveel mogelijk te reduceren moeten familie en medewerkers goed op de hoogte zijn van het beleid van Archipel en van de nieuwe wet. Met betrekking tot dit tweede punt is aan te bevelen om voor medewerkers een scholing of iets dergelijks te organiseren waar zij alle (voor hen) belangrijke informatie aangeboden krijgen. Ook het uitgangspunt van Archipel 'cliënt in regie' is hierbij een aandachtspunt. Cliënten moeten zoveel mogelijk zelf kunnen bepalen. Een voorbeeld hiervan is aan iemand vragen of hij melk en suiker in de koffie wil en dit van te voren al te doen.

Tot slot is aan te bevelen om het beleidsstuk leesbaarder te maken, zodat alle medewerkers er goed mee kunnen werken. Dit kan eventueel bereikt worden door kleine (bestaande) voorbeelden te geven bij de opsommingen en door begrippen, zoals ernstig nadeel, toe te lichten of te definiëren.

Literatuurlijst

Frederiks 2010

B.J.M. Frederiks e.a., *'Het wetsvoorstel zorg en dwang: een verantwoorde verbetering van de rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking en dementie?'*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2010 nr. 2.

Frederiks en Widdershoven 2012

B. Frederiks en T.P. Widdershoven, *'Wetsvoorstel zorg en dwang: volle vaart vooruit of opnieuw een herbezinning?'*, NJB 2012/826.

Jonker 2009

C. Jonker e.a., *Handboek dementie*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2009.

Voortschrijdende inzichten 2007

Evaluatierapport 'Voortschrijdende inzichten', Den Haag: 2007, Ministerie van VWS.