

De psychogeriatrische cliënt en dwang

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

Bijlagen

Bijlage 1 Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering.....	1
Bijlage 2 Verslag interviews.....	42
Bijlage 3 Verslag interview mevrouw S.....	46
Bijlage 3 Verslag interview mevrouw K.(1).....	49
Bijlage 4 Verslag interview mevrouw Van M.....	52
Bijlage 6 Verslag interview Van den B.....	55
Bijlage 7 Verslag interview de heer B.....	57
Bijlage 8 Verslag interview mevrouw De W.....	59
Bijlage 9 Verslag interview mevrouw K.(2).....	61
Bijlage 10 Verslag interview mevrouw H.....	64
Bijlage 11 Verslag interview mevrouw B.....	66
Bijlage 12 Rapport aantal vbm actueel 28-04-15.....	68
Bijlage 13 Beslisboom toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen.....	69
Bijlage 14 Klachtenregeling Archipel.....	70

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

Bijlage 1
Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering

Archipel - concern

Titel document	Beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering Versie: 1.6 (jan. 2015)
Omschrijving document	In deze beleidsdocument wordt de visie en beleid omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen beschreven met als doel zoveel mogelijk vrijheidsbevordering voor de cliënten. In deze notitie vindt u als volgt: visie, beschrijving vrijheidsbeperkende maatregelen en door wie, waar en onder welke omstandigheden deze toegepast mogen worden, methodiek en kwaliteitsborging.
Documentbeheerder(s)	Annelies van Gool
Autorisator	Lisette Burnett
Auteur	Léontine Bollen, Ellen de Wit, Annelies van Gool en Emmy Deurhof, namens de centrale commissie vrijheidsbevordering
Datum vaststelling	11-09-2012 (versie 1) Door: MT
Publicatiedatum	17-09-2012, versie 6: 16-1-2015
Controledatum	16-1-2018
Prezo prestatieveld	4.1.9 Vrijheidsbeperkende maatregelen
Soort document	Beleidsnotitie
Organisatieonderdeel	Archipel algemeen
Betrokken vakgroep	

Beleidsnotitie

Vrijheidsbevordering

en

Vrijheidsbeperking

Versie januari 2015

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Visie op vrijheidsbevordering / vrijheidsbeperking	4
2.1	Visie	4
2.2	Uitgangspunten voor vrijheidsbevordering	4
2.3	Concretisering van vrijheid en begrenzing	5
3.	Vrijheidsbeperking en de verschillende leefomgevingen	7
3.1	Definitie vrijheidsbeperkende maatregel	7
3.2	Nadelige consequenties van vrijheidsbeperking	7
3.3	Categorieën vrijheidsbeperkende maatregelen binnen Archipel	8
3.4	Waar en wanneer mogen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast	9
3.5	Opname op een BOPZ-erkende afdeling	10
4.	Methodiek vrijheidsbevordering / vrijheidsbeperking	11
4.1	Rollen, verantwoordelijkheden en taken op individueel niveau	11
4.2	Melding bij IGZ	13
5.	Kwaliteitsborging	15
5.1	Zorgleefplan cliënt	15
5.2	Communicatie	16
5.3	Bevoegdheid, bekwaamheid en scholing	16
5.4	Materiaalbeheer	17
5.5	Registratiesysteem	17
5.6	Klachtenregelingen	18
5.7	Organisatiestructuur en verantwoordelijkheden	18
5.7.1	Organisatiestructuur	19
5.7.2	Verantwoordelijkheden MT en commissies vrijheidsbevordering:	19
5.7.3	Verantwoordelijkheid Eerst Verantwoordelijke Arts BOPZ -zaken(EVAB) en BOPZ-arts..	20
	Bijlage 1 Begrippenlijst	22
	Bijlage 2A Taken en verantwoordelijkheden rond opname in het kader van de wet BOPZ	23
	Bijlage 2B Wanneer en hoe wijzigen van BOPZ-status direct na opname	25
	Bijlage 2C Wanneer en hoe wijzigen van BOPZ-status tijdens verblijf	25
	Bijlage 3 Melding aan Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ)	26
	Bijlage 4 Vrijheidsbeperkende maatregelen, waar en door wie toegestaan	28
	Bijlage 5 Zorgleefplan registratie vrijheidsbeperkende maatregelen	30
	Bijlage 6 Alternatieven voor het gebruik van fixerende middelen	31
	Bijlage 7 Handelingsschema's: verantwoord toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen Archipel	35
	Bijlage 8: Delegatie van taken EVAB aan andere functies	39

1. Inleiding

De Wet Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ¹) regelt de opname, behandeling en verblijf van cliënten die niet bereid zijn tot opname of die niet zelf (kunnen) aangeven hoe zij tegenover opname staan. In beide gevallen is, als de noodzaak tot opname vast staat, sprake van onvrijwillige opname. De wet BOPZ is in januari 1994 in werking getreden en regelt met name de rechtspositie van de cliënt. De Wet BOPZ is in eerste instantie geschreven voor psychiatrische cliënten, maar gaandeweg zijn ook de psychogeriatrische cliënten en verstandelijk gehandicapten in ondergebracht.

De wet BOPZ richt zich sterk op de kaders rond het beperken van vrijheid. Al in 2002 werd door de tweede evaluatiecommissie BOPZ beargumenteerd dat de huidige Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) niet toereikend is voor de rechtsbescherming van cliënten in de zorg voor mensen met dementie en kondigde de regering voor deze groepen een aparte wet aan. De Wet Zorg en Dwang moet in de toekomst de Wet BOPZ vervangen.

Uit onderzoek blijkt dat vrijheidsbeperking meer voorkomt dan nodig is in de zorg voor mensen met dementie. Ook blijkt uit onderzoek dat fixatie door middel van een band niet effectief is en dat er risico's zijn aan deze toepassing van vrijheidsbeperking. Deze conclusie trekt de inspectie in het rapport Zorg voor vrijheid: terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet.

Op basis van deze ontwikkelingen heeft Archipel haar visie en beleid getoetst en bijgesteld. In haar nieuwe visie heeft vrijheidsbeperking plaatsgemaakt voor vrijheidsbevordering. Met het vaststellen van dit beleidsdocument wordt de nieuwe koers bevestigd die in de praktijk in de afgelopen jaren reeds is ingezet.

In dit document is vastgelegd op welke wijze binnen Archipel met vrijheidsbeperking en vrijheidsbevordering wordt omgegaan. Allereerst wordt de visie nader uitgewerkt, waarna in hoofdstuk 3 t/m 5 op de praktische zaken en randvoorwaarden wordt ingegaan.

¹ Zie voor een overzicht van belangrijke begrippen en afkortingen in dit document bijlage 1.

2. Visie op vrijheidsbevordering / vrijheidsbeperking

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de visie van Archipel is met betrekking tot vrijheidsbevordering en -beperking. Deze visie is van toepassing voor alle cliënten binnen Archipel, van thuissituatie tot een erkende BOPZ afdeling als woonomgeving.

2.1 Visie

Kernelementen Visie :

- Vrijheidsbevordering is uitgangspunt
- Vrijheidsbevordering gaat van ongeschreven (huis)regels tot onrustbanden
- Vrijheidsbeperking:
 - o Ultimum remedium
 - o Nee, tenzij....
 - o Multidisciplinaire analyse en zoektocht naar alternatieven
 - o In dialoog met de cliënt
- Geen fixatie bij valgevaar

Cliënt in regie is het uitgangspunt voor de zorgverlening binnen Archipel. Vanuit deze gedachte hecht Archipel grote waarde aan de vrijheid van haar cliënten. Vrijheid betekent zelf beslissen, over kleine en grote onderwerpen. Vrijheid betekent dat men kan bewegen zonder belemmeringen. Vrijheid betekent ook dat men de dag kan inrichten zoals men dat zelf wil. Vrijheid betekent dat de cliënt zo veel als mogelijk zelf de regie in handen heeft. In situaties waarin de cliënt niet zelf de regie kan voeren, wordt de familie of andere wettelijk vertegenwoordiging betrokken bij de besluitvorming.

Vrijheidsbeperking staat haaks op vrijheid. Vrijheidsbeperking omvat alle - al dan niet bewust genomen - maatregelen die de vrijheid van de cliënt beperken, maar ook het achterwege blijven van maatregelen die de vrijheid van cliënten kunnen bevorderen. Deze definitie is veel breder dan de wettelijke definitie. Een voordeel van een brede definitie is dat hulpverleners zich veel meer gaan realiseren welke maatregelen leiden tot het beperken van de vrijheid. Het betreft namelijk niet alleen de 'zichtbare maatregelen' zoals bedhekken, band in stoel, stoel met blad etc. maar ook de minder zichtbare. Lang niet alle vormen van vrijheidsbeperking zijn direct zichtbaar. Het kunnen ongeschreven regels zijn, regels die samenhangen met de cultuur van een instelling, of regels die afhankelijk van de medewerker wel of niet worden toegepast. Je kunt ook denken aan huisregels en diverse individuele voorschriften en opgelegde beperkingen zoals: niet teveel eten, op een bepaald tijdstip naar bed moeten, afdelingsdeuren die op een bepaald tijdstip sluiten, niet mogen roken of naar buiten gaan etc. Daarnaast speelt bij vrijheidsbeperking altijd de subjectieve en individuele beleving van de situatie een rol.

De zorgvraag van de cliënt bepaalt de aard en de vorm van de zorgverlening. Dat kan bepalend zijn voor de vormgeving van zijn vrijheid. Dit betekent dat sommige cliënten andere keuzes maken dan door de professionals als verantwoord en veilig worden beoordeeld. Hierbij is het de taak van de zorgverlener om de afweging te maken tussen enerzijds 'goed hulpverlenerschap' van waaruit het een plicht is om de cliënt te behoeden voor complicaties en gezondheidsrisico's en anderzijds de keuze van de individuele cliënt. De vijf kernprincipes van cliënt in regie (eigen kracht, keuzevrijheid, dialoog, oplossingsgericht en nakomen afspraken) zijn hierbij een belangrijk uitgangspunt.

2.2 Uitgangspunten voor vrijheidsbevordering

Archipel wil de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen uitbannen. Het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel is een ingrijpende handeling, die niet altijd zonder risico is. Vrijheidsbeperking is een 'ultimum remedium', een uiterste middel dat pas kan worden ingezet nadat alle alternatieven zorgvuldig zijn afgewogen. Alleen indien er zich een situatie voordoet waarbij er ernstig nadeel kan ontstaan voor de cliënt of diens omgeving, kunnen na zorgvuldige

afweging en onder strikte voorwaarden vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet. Hierbij wordt het nee, tenzij-principe gehanteerd, hetgeen binnen Archipel betekent dat:

- De organisatie randvoorwaarden creëert ten aanzien van de beschikbaarheid van alternatieven.
- Medewerkers zich verdiepen in de situatie en achtergronden van de cliënt, om alle mogelijke alternatieven te onderzoeken.
- De gekozen maatregel het meest geschikt is om het doel te bereiken (doelmatigheidsbeginsel). Dit betekent dat vrijheidsbeperkende maatregelen alleen kunnen worden ingezet indien er geen alternatieven zijn en alle afgewogen mogelijke alternatieven zijn gedocumenteerd in het zorgleefplan ([hoofdstuk 5](#)). Hierbij wordt altijd professioneel advies ingewonnen.
- De gekozen maatregel in duur en omvang in redelijke verhouding staat met de aanleiding (proportionaliteitsbeginsel).
- Altijd gekozen wordt voor de inzet van het lichtste, minst ingrijpende middel (subsidiariteitsbeginsel).
- Enkel om vallen te voorkomen geen gebruik wordt gemaakt van fixerende maatregelen.
- Als een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast, dit gebeurt in een omgeving waar dit verantwoord is ([hoofdstuk 3](#)).
- Bij besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen altijd de dialoog wordt aangegaan met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. Hiervan wordt verslag gedaan in het zorgleefplan ([hoofdstuk 5](#)). Vrijheidsbeperkende interventies worden nooit puur op verzoek van de familie/vertegenwoordiger voorgeschreven.
- Bij het toepassen van de maatregelen ‘onrustbanden’, ‘fixerende handgrepen’ en ‘afzondering in een aparte ruimte /deel van een vertrek’ toezicht op de veiligheid expliciet wordt beschreven in en vervolgens uitgevoerd volgens zorgleefplan ([hoofdstuk 5](#)).
- Evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen, conform voorschrift in het dossier minimaal iedere drie maanden (zes maanden bij eigen verzoek) multidisciplinair plaatsvindt ([hoofdstuk 5](#)).
- De uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen is voorbehouden aan deskundige medewerkers (bevoegd en bekwaam) ([hoofdstuk 5](#)).
- De eindverantwoordelijkheid rond de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen bij de arts ligt ([hoofdstuk 4](#)).
- Organisatiebreed en op regio/locatieniveau randvoorwaarden worden gecreëerd t.a.v. evaluatie, registratie en uitwisseling van innovatieve zaken en casuïstieken die kunnen bijdragen aan een verdere reductie van situaties waarin vrijheidsbeperking wordt toegepast ([hoofdstuk 6](#)).
- Cliënten die verblijven op een BOPZ-aangemerkte afdeling gebruik kunnen maken van de speciale klachtenprocedure BOPZ ([hoofdstuk 5](#)).

2.3 Concretisering van vrijheid en begrenzing

Om de fysieke-, sociale- en psychische vrijheid van de cliënt zoveel mogelijk te bewaren en te bevorderen zijn de volgende uitspraken richtinggevend:

- Elke toepassing van vrijheidsbeperking dient gericht te zijn op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van leven van cliënten.
- We proberen zoveel mogelijk te voorkomen dat toegangsdeuren zijn afgesloten.
- Iedereen heeft de vrijheid binnen de kaders van zijn of haar situatie en omgeving:
 - om de eigen dag in te delen;
 - om keuzes te maken t.a.v. eten en drinken;
 - in de mogelijkheid om zich terug te trekken;
 - in de inrichting van de eigen slaapkamer en woonkamer;
 - en de mogelijkheid om anderen te ontmoeten;
 - en de mogelijkheid om uit te gaan, buitenshuis activiteiten te volgen;
 - te kiezen met wie hij om wil gaan, zoals kamergenoten, tafelgenoten, activiteitengroep;
 - te kiezen of hij wil deelnemen aan cultuur, muziek, theater.

- Aan onze cliënten bieden we behoud van de eigen regie over zijn leven, hetgeen tot uiting wordt gebracht t.a.v. zaken als: kleding, kamer, sleutel, opstaan/slappen-cyclus, gewoontes qua eten en drinken, zorgondersteuning. Ondersteuning van de cliënt gebeurt slechts op de punten en in de mate waarin dat nodig of gewenst is. De beleving van de cliënt is het uitgangspunt bij het maken van beslissingen over inrichting van hun leven.
- Wij bejegenen onze cliënten vriendelijk en respectvol, en nemen de beleefdheidsregels in acht. Wij bevinden ons in hun woon en leefruimte en respecteren de privacy van onze cliënten .
- De cliënt kan zoveel mogelijk naar buiten, o.a. door inzet van vrijwilligers en mantelzorgers.
- Wij bieden onze cliënten mogelijkheden tot ontplooiing, zoals individueel aangepaste activiteiten, aanbod nieuwe activiteiten, onderhouden sociale contacten, stimuleren van geestelijke ontwikkeling, verdieping en spiritualiteit.
- Persoonlijke liefhebberijen zijn mogelijk.
- Wij bevorderen het contact tussen onze cliënten en de maatschappij en ondersteunen hen daarbij.

3. Vrijheidsbeperking en de verschillende leefomgevingen

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is toegestaan als wordt voldaan aan een aantal wettelijk kaders. Een belangrijke wet hierbij is de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ). Deze Wet regelt onder welke omstandigheden iemand onvrijwillig mag worden opgenomen of behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis en op een BOPZ aangemerkt psychogeriatrische afdeling. In 2009 publiceerde het VWS het 'Richtinggevend kader vrijheidsbeperkingen', vooruitlopend op de Wet Zorg en Dwang die in de maak is om de wet BOPZ te vervangen. Alle zorginstellingen moeten deze richtlijn van VWS volgen.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de definitie vrijheidsbeperkende maatregelen en de onderverdeling in verschillende categorieën. Daarnaast wordt beschreven waar en wanneer welke vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast mogen worden.

3.1 Definitie vrijheidsbeperkende maatregel

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn maatregelen die met of zonder toestemming van de cliënt de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken. Bijvoorbeeld het gebruik van een onrustband of het op slot draaien van een deur. Belangrijk hierbij is dat de genoemde middelen en maatregelen pas vrijheidsbeperkend zijn als de cliënt het middel of de maatregel niet zelfstandig kan opheffen. Het toepassen van een niet zelfstandig op te heffen maatregel is altijd een 'vrijheidsbeperkende maatregel', ongeacht of de cliënt/vertegenwoordiger hiervoor toestemming heeft gegeven en ongeacht het doel van het toepassen van deze maatregel (bron: kwaliteitskader VVT).

Voorbeelden:

- Een tafelblad dat de dementerende cliënt zelf kan wegschuiven, wordt niet gezien als een vrijheidsbeperkende maatregel.
- Een tafelblad waardoor het voor een dementerende cliënt onmogelijk is om op te staan, maar wat het bekijken van een boek vergemakkelijkt, wordt wel gezien als een vrijheidsbeperkende maatregel.
- Een tafelblad ter preventie van schouderklachten na een CVA welke een cliënt niet zelfstandig kan wegschuiven, wordt wel gezien als een vrijheidsbeperkende maatregel.

Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen in verschillende categorieën worden ingedeeld wat betreft de ernst van de maatregel, dit wordt beschreven in paragraaf 3.3. Daarnaast is ook een indeling mogelijk op basis van de norm die gehanteerd wordt bij het beoordelen van de toepassing en noodzaak tot melding (vrijheidsbeperkende maatregelen akkoord, vrijheidsbeperkende maatregelen nood en dwangbehandeling), dit wordt in hoofdstuk 4 besproken.

3.2 Nadelige consequenties van vrijheidsbeperking

Uitgangspunt in de visie van Archipel is bevordering van vrijheid en preventie van vrijheidsbeperking. Dit is niet voor niets. Vrijheidsbeperking heeft negatieve consequenties voor de cliënt (bron: Prof. An Hamers; feiten over vrijheidsbeperking in verpleeghuizen, universiteit Maastricht 2010) . Denk daarbij aan:

- verhoogd risico op letsel door de toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel
- afname spiermassa en sensomotoriek waardoor verhoogde kans op vallen
- achteruitgang denkvermogen
- verstoring slaap-waakritme
- problemen met spijsvertering
- ontstaan van incontinentie
- stemmingsverandering, waaronder agitatie en agressie

3.3 Categorieën vrijheidsbeperkende maatregelen binnen Archipel

De vrijheidsbeperkende maatregelen worden in onderstaande categorieën onderverdeeld.

Binnen elke categorie zijn verschillende voorbeelden benoemd.

Fysieke vrijheidsbeperking en gedwongen inname	
Ernstig fysiek beperkend / fixerende maatregelen	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
	Afzondering
Licht tot Matig fysiek beperkend ²	Toegang tot kasten / ruimten beperken
	Half bedhek
	Rolkussen
	Ballendeken
	Floor level bed
	Beschermende kleding met vrijheidsbeperkend karakter (b.v. broekriem achterste voren, krabhandschoen)
	Foto bij receptie

Antipsychotica ³ (m.a.g. vrijheidsbeperking)
Antipsychotica om probleemgedrag (onrust, agitatie en agressie) te voorkomen, waarbij de antipsychotica leidt tot sufheid en/of vermindering van mobiliteit. Als de antipsychotica leidt tot sufheid/vermindering van mobiliteit is sprake van een vrijheidsbeperkende maatregel.

Gedwongen inname of gecamoufleerd aanbieden
Gecamoufleerd aanbieden van medicatie
Gedwongen toediening vocht en voeding

Domotica (m.a.g. vrijheidsbeperking)
Sensor met vrijheidsbeperkende opvolging (een bewegingssensor waardoor het licht aangaat is geen vrijheidsbeperkende maatregel) / belmat of ander gedragswaarschuwingssysteem
Uitluistermateriaal / cameratoezicht
GPS systeem met vrijheidsbeperkende opvolging (gebruik van GPS door cliënt om de weg te vinden is geen vrijheidsbeperkende maatregel)
Mobiele telefoon i.c.m. individuele afspraak

Individuele afspraken (m.a.g. vrijheidsbeperking)
Opgelegde dagstructuur
Beperkt roken of gebruik alcohol / drug
Beperkt gebruik communicatie middelen
Verzorging onder dwang

Collectief vrijheidsbeperkende maatregelen
Huisregels
Buitendeur op slot

² De ervaren vrijheidsbeperking kan per situatie verschillen. Afhankelijk van het doel en de capaciteiten van de cliënt zijn sommige van deze middelen vrijheidsbeperkend of vrijheidsbevorderend. Wanneer bijvoorbeeld een floor level bed wordt ingezet bij een mobiele cliënt is dit vrijheidsbevorderend, wanneer een bed te laag staat voor een cliënt om zelf op te kunnen staan is dit vrijheidsbeperkend.

³ Archipel voert (conform verenso-richtlijn) een terughoudend beleid t.a.v. het voorschrijven van antipsychotica bij dementerenden i.v.m. de grote risico's die hieraan verbonden zijn en de geringe werking bij deze doelgroep.

Er zijn ook interventies die we toepassen om (ernstigere) vrijheidsbeperkende maatregelen te voorkomen of af te bouwen. In bijlage 6 worden alternatieven voor fixerende maatregelen beschreven. Via Archidoc is tevens een alternatievenbundel voor vrijheidsbeperkende maatregelen te raadplegen.

3.4 Waar en wanneer mogen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast

Soms kunnen zich situaties voordoen waarin alternatieven niet volstaan en gekozen moet worden voor een vrijheidsbeperkende maatregel. Hierbij gelden de volgende twee criteria:

- Er bestaat een gezondheidsrisico voor de cliënt waarbij er ernstig nadeel kan optreden.
- Er bestaat een gevaar voor andere cliënten, medewerkers, bezoekers.

Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt gestart vindt er een multidisciplinaire analyse plaats en wordt er naar alternatieven gezocht. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden geregistreerd in I task en iedere 3 maanden⁴ geëvalueerd tijdens MDO en grote visite en evaluaties worden bijgehouden op 1.09 in het zorgleefplan.

Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen alleen worden toegepast op BOPZ-erkende locaties/afdelingen. Vrijheidsbeperkende maatregelen op andere (niet BOPZ-erkende) locaties/afdeling en in de thuissituatie kan op twee manieren plaatsvinden.

1. Eigen verzoek van een wilsbekwame cliënt

Het komt voor dat de cliënt zelf een verzoek heeft voor het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel. Dit kan op basis van een veiligheidsgevoel, gewoonte, etc. Daarnaast kan het zijn dat de vertegenwoordiger een verzoek indient op basis van bijvoorbeeld gesignaleerde problemen. Het verzoek wordt, na analyse, altijd beoordeeld door de zorgverlener. Daarbij is uitgangspunt zo min mogelijk vrijheidsbeperking voor de cliënt en waar mogelijk toepassen van alternatieven. De cliënt bevestigt het eigen verzoek door ondertekening van het formulier vrijheidsbeperkende interventies. Aangezien de cliënt altijd gemachtigd is de vrijheidsbeperkende maatregel op te heffen, volstaat evaluatie twee keer per jaar tijdens het MDO.

2. Dwangbehandeling op basis van de WGBO

Cliënten buiten deze locaties/afdelingen vallen onder de wet WGBO (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). Dwangbehandeling op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) mag als er voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- De cliënt is wilsonbekwaam en verzet zich tegen de behandeling. Het moet gaan om een ingrijpende behandeling die nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen. Er moet dus altijd sprake zijn van een ernstig nadeel voor de cliënt, zoals een blijvende handicap.
- 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.

Binnen Archipel gelden dezelfde zorgvuldigheidseisen wat betreft analyse van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en evaluatie als bij vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van de wet BOPZ. Bij noodsituaties vindt deze analyse achteraf plaats.

Een voorbeeld is een cliënt die is opgenomen voor revalidatie met een delier, die i.v.m. heupfractuur de heup niet mag belasten. Deze cliënt mag gefixeerd worden.

Zie voor een volledig overzicht welke middelen/maatregelen waar zijn toegestaan bijlage 4. Dit heeft te maken met de aanwezige randvoorwaarden die vereist zijn voor een verantwoorde en veilige toepassing.

⁴ Nieuwe maatregelen worden uiterlijk binnen 2 weken geëvalueerd.

3.4 Opname op een BOPZ-erkende afdeling

Een cliënt wordt op een BOPZ-erkende afdeling/locatie opgenomen op basis van een indicatie van het CIZ. Het CIZ onderzoekt of de cliënt bereid is tot opname. Op basis daarvan zijn er de volgende mogelijkheden.

- De cliënt maakt bezwaar tegen opname of verblijf in de psychogeriatrische instelling. Het CIZ geeft een BOPZ-C indicatie “opname op basis van IBS of wegens RM” af en de cliënt kan worden opgenomen via een procedure van IBS (In BewaringStelling, bij acuut gevaar) of RM (Rechterlijke Machtiging). De RM kan voor een kortere (tot 6 maanden) of langere tijd afgegeven worden.
- Cliënten die niet duidelijk bereid zijn, maar ook geen bezwaar hebben. Voor deze patiënten geeft het CIZ een deze status als geldige titel af en zij vallen onder het BOPZ-regime. De meeste psychogeriatrische patiënten hebben een status “opname volgens artikel 60 BOPZ”.
- Cliënten die bereid zijn tot opname. Dit zijn vrijwillige cliënten die vallen onder de WGBO. Dit heeft consequenties voor de behandelingsafspraken en de klachtregeling die van toepassing is.

Cliënten met een BOPZ-indicatie moeten verblijven op een BOPZ-afdeling, waar aan de randvoorwaarden kan worden voldaan voor kwalitatief goede BOPZ-zorg:

- Waarborging 24-uurs toezicht.
- Deskundige en bekwame medewerkers inzake BOPZ.
- Mogelijkheid tot veilige toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Archipel streeft ernaar om cliënten met een indicatie artikel 60 BOPZ zo snel mogelijk zorg te bieden op een BOPZ-erkende afdeling/locatie. Bij een RM of IBS moet voldaan worden aan de wettelijk hiervoor bepaalde termijnen (IBS acuut en RM binnen 2 weken).

Taken en verantwoordelijkheden rond indicatiestelling en herindicatie in het kader van de BOPZ zijn opgenomen in bijlage 2A t/m 2C.

4. Methodiek vrijheidsbevordering / vrijheidsbeperking

De methodiek vrijheidsbevordering / vrijheidsbeperking is multidisciplinair van aard. Het is aangetoond dat de kennis en betrokkenheid van alle medewerkers leidt tot het beperken van vrijheidsbeperkende maatregelen. Hoofdstuk 4 gaat in op de rollen, verantwoordelijkheden en taken van de betrokkenen bij de verschillende fasen van het individuele besluitvormings- en toepassingsproces.

In hoofdstuk 5 worden de locatie / regio gebonden en organisatie gebonden rollen, verantwoordelijkheden en taken beschreven.

4.1 Rollen, verantwoordelijkheden en taken op individueel niveau

	Client en / of mantelzorger	Contactverzorgende ⁵	SOG	EVAB	psycholoog	Ergotherapeut	Fysiotherapeut	Overige medewerkers
1. Signalering⁶ <i>Problemen kunnen van zeer verschillende aard zijn. Enkele voorbeelden; onrust, agressie, hygiëne problemen, medicatie problemen, (ver)dwalen, onvrijwillige fysieke vrijheidsbeperking</i>								
Signalering verzoek / probleem welke betrekking heeft op vrijheidsbevordering / vrijheidsbeperking en terugkoppelen aan V&V.	X	X	X		X	X	X	X
Communicatie met cliënt/1e contactpersoon.		X	X		X	X	X	
Schakelt SOG in voor een eerste inventarisatie ten aanzien van verzoek / gevaar / signaal welke betrekking heeft op vrijheidsbevordering / vrijheidsbeperking.		X						
Indien 1 ^e lijn: afstemmen met huisarts i.v.m. verzoek tot multidisciplinaire extramurale AWBZ-behandeling.			X					
2. Analyse <i>Het gevaar van de situatie en de gevolgen van de interventie moeten goed tegen elkaar worden afgewogen. Alternatieven moeten worden onderzocht. Dit gebeurt multidisciplinair.</i>								
Eerste inventarisatie ten aanzien van verzoek / gevaar / signaal welke betrekking heeft op vrijheidsbevordering / vrijheidsbeperking			X					
Betrekken van cliënt / mantelzorger en het multidisciplinaire team om situatie te analyseren en oplossingsmogelijkheden aan te dragen (o.a. door het uitschrijven van een verwijzing)			X					
Inbrengen van cliënt / omgevingsinformatie die betrekking heeft op het verzoek / gevaar / signaal.	X	X	X		X	X	X	X
Meedenken in oplossingsmogelijkheden welke passend zijn bij de visie van de organisatie op vrijheidsbevordering / vrijheidsbeperking	X	X	X		X	X	X	X
Eindverantwoordelijk in het koppelen van de analysegegevens en oplossingsmogelijkheden.			X					
Eventueel second opinion door een niet bij de behandeling betrokken persoon (bij dwangbehandeling is dit verplicht)			X					

⁵ De contactverzorgende is de vertegenwoordiger van de dienst V&V en woonondersteuners

⁶ Binnen Archipel hanteren we verschillende signaleringslijsten / signaleringsplannen in het zorgleefplan; 1.06 risicosignalering en opvolging / 2.02 omgangsplan en crisisontwikkelingsmodel/ 2.03 signalering decubitus, voeding, lig- en zithouding

	Client en / of mantelzorger	Contactverzorgende ⁵	SOG	EVAB	psycholoog	Ergotherapeut	Fysiotherapeut	Overige medewerkers
3. Besluitvorming								
Stelt de meest adequate vrijheidsbevorderende / vrijheids-beperkende maatregel vast en is eindverantwoordelijk hiervoor.			X					
4. Registratie <i>De analyses dienen goed gerapporteerd te worden t.a.v. verantwoording en evaluatie</i>								
Rapporteren van de analysegegevens, de oplossingsmogelijkheden en de vastgestelde vrijheidsbevorderende / vrijheidsbeperkende maatregel in het dossier + algemeen registratiesysteem Archipel.			X					
Z.s.m., maar uiterlijk binnen drie weken laten tekenen van vrijheidsbeperkende maatregel(en) door cliënt (eigen verzoek) of wettelijk vertegenwoordiger en opbergen in het ZLP.		X						
Informereren EVAB bij dwangtoepassing en vrijheidsbeperkende maatregel-nood.			X					
Indien van toepassing, melding aan IGZ en familie hierover informeren. Zie par. 4.2				X				
5. Toepassing <i>Het ondeskundig toepassen van vrijheidsbeperkende interventies kan grote gezondheidsrisico's met zich meebrengen</i>								
Bekwaam toepassen en controleren van vrijheidsbeperkende maatregel volgens handelingsschema bijlage 7 en bevoegdheden bijlage 4.	X	X	X		X	X	X	X
Kennis en vaardigheden onderhouden ten aanzien van het zelfstandig toepassen van een vastgestelde vrijheidsbeperkende maatregel behorend bij de eigen functie.		X	X		X	X	X	X
Instrueren van medewerkers t.b.v. een veilige, verantwoorde toepassing van de gekozen vrijheidsbeperkende maatregel.			X		X	X	X	
Kennis en vaardigheden binnen het eigen vakgebied onderhouden ten aanzien van vrijheidsbeperking en preventie daarvan.		X	X	X	X	X	X	X
6. Evaluatie moet multidisciplinair plaatsvinden. Voortdurend moet worden afgewogen welke vrijheidsbeperkende maatregel het minst ingrijpend is en welke alternatieven mogelijk zijn. Evaluatie vindt plaats tijdens MDO en grote visite. Deze evaluatie wordt vastgelegd in het dossier. De norm voor evaluatie bedraagt na uiterlijk 2 weken bij een nieuwe maatregel, vervolgens iedere 3 maanden.								
Continue observatie t.a.v. de ingezette vrijheidsbeperkende maatregel en het effect hiervan op de cliënt en zijn omgeving + verslaglegging hierover in het zorgleefplan.		X						
Betrekken van cliënt / mantelzorger en het multidisciplinaire team bij deze evaluatie.		X						
Inbrengen van informatie t.a.v. de evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregel.	X	X	X		X	X	X	X
Eindverantwoordelijk voor de volgens vastgestelde normen uit te voeren evaluatie, waaronder rapportage.			X					
Indien 1 ^e lijn: terugkoppeling aan de huisarts.			X					
Rapporteren van de uitkomsten van de evaluatie in het dossier.			X					
Gehele proces								

	Client en / of mantelzorger	Contactverzorger ⁵	SOG	EVAB	psycholoog	Ergotherapeut	Fysiotherapeut	Overige medewerkers
Advies inwinnen bij de decentrale commissie vrijheidsbevordering of centrale commissie vrijheidsbevordering indien de normale procedure onvoldoende toereikend is.		X	X	X	X	X	X	X

4.2 Melding bij IGZ

De behandelend arts (BOPZ-afdeling) moet bij de toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregelen beoordelen of de vrijheidsbeperkende maatregelen verplicht gemeld moet worden aan de Inspecteur voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het is daarbij van belang onderscheid aan te brengen in de categorieën: vrijheidsbeperkende maatregel akkoord, dwangbehandeling en vrijheidsbeperkende maatregel-nood (zie kader). Dwangbehandeling en vrijheidsbeperkende maatregel- nood zijn meldingsplichtige situaties.

1. Vrijheidsbeperkende maatregel-akkoord (wilsbekwaam)

- Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van het behandelingsplan.
- Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen die (in onvoorziene gevallen) niet zijn opgenomen in het behandelingsplan, maar waar de patiënt wel in toestemt.
- Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen die (in onvoorziene gevallen) niet zijn opgenomen in het behandelingsplan, maar waartegen de patiënt zich niet verzet.

2. Dwangbehandeling

- Toepassing van het behandelingsplan of deel van het behandelingsplan onder dwang (dus bij verzet).
- Toepassing van een behandelingsplan waarover geen overeenstemming met de patiënt/ diens vertegenwoordiger bestaat.

Dwangbehandeling mag enkel worden toegepast als dit:

- volstrekt noodzakelijk is,
- ter afwending van ernstig gevaar voor de patiënt of anderen,
- voortvloeiend uit de stoornis van de geestesvermogens.

3. Vrijheidsbeperkende maatregel-nood (ofwel noodmaatregel)

- Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, die niet in het behandelingsplan zijn opgenomen en waartegen de patiënt zich verzet.
- Vrijheidsbeperkende maatregel-nood mag enkel worden toegepast ter overbrugging van
 - een onvoorziene en tijdelijke,
 - noodsituatie,
 - ter afwending van ernstig gevaar.

Bij vrijheidsbeperkende maatregel-nood moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Binnen 7 dagen opheffen als gevaar is geweken/ondervangen, zo niet, dan opnemen in het behandelingsplan (bij voortzetting met verzet: zie dwangbehandeling).
- Het reeds opgestelde behandelingsplan blijft gelden, dus ook registratie en melding van in dit kader toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandeling.
- Alleen de in de wet genoemde vrijheidsbeperkende maatregelen mogen worden toegepast.

Indien er sprake is van een dwangbehandeling wordt dit altijd besproken met de eerst verantwoordelijke geneeskundige voor BOPZ zaken. De EVAB bespreekt met de betreffende arts de ingezette maatregel en bekijkt of de inzet van de dwangbehandeling terecht is. Er wordt een behandelingsplan gemaakt en een melding naar de inspectie voor de volksgezondheid gestuurd. Indien de dwangbehandeling wekelijks moet worden toegepast en/of langer dan 3 maanden wordt ingezet,

wordt altijd een niet bij de behandeling betrokken behandelaar gevraagd de dwangbehandeling te toetsen. Dit kan een behandelaar binnen Archipel betreffen danwel een behandelaar van buiten af.

Cruciale normen bij beoordelen van noodzaak tot melding van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn:

- Is de vrijheidsbeperkende maatregel beschreven in het zorgleefplan?
- Is er overeenstemming over het zorgleefplan?
- Is er verzet van cliënt of zijn vertegenwoordiger?

In bijlage 5 is een beslisboom opgenomen die behulpzaam kan zijn bij de vaststelling of een situatie wel of niet meldingsplichtig is. De te gebruiken meldingsformulieren zijn op alle locaties aanwezig en kunnen gekopieerd worden.

De taken en verantwoordelijkheden voor de melding van vrijheidsbeperkende maatregelen nood en dwangbehandeling zijn opgenomen als bijlage 3. Ook de werkwijze t.a.v. de andere meldingsplichtige zaken t.a.v. de wet BOPZ is hier beschreven.

5. Kwaliteitsborging

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen brengt risico's met zich mee. Daarom is het voor Archipel belangrijk om hier zorgvuldig mee om te gaan en verantwoorde en veilige zorg te waarborgen. In dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe dit gestalte krijgt binnen Archipel, door middel van:

- Rapportage en registratie in het zorgleefplan van de cliënt
- Communicatie met de cliënt (vertegenwoordiger)
- Bevoegde en bekwame medewerkers
- Materiaalbeheer
- Registratie voor analyse van trends en stand van zaken
- Klachtenregeling
- Organisatie taken en verantwoordelijkheden binnen Archipel, waaronder de commissies vrijheidsbevordering centraal en lokaal/regionaal en de eerst verantwoordelijke arts BOPZ (EVAB)

5.1 Zorgleefplan cliënt

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen vereist een zorgvuldige registratie en evaluatie in het zorgleefplan van de cliënt. In bijlage 4 is een kolom opgenomen waarin is te zien welke vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden geregistreerd in het zorgleefplan en in de centrale registratie van de organisatie (paragraaf 5.5). Overige (lichtere) vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals een ballendeken of half beddek worden weergegeven als 'actie' op het formulier 'doelen-acties-afspraken'. In de tabel is weergegeven op welke wijze zorgvuldige registratie binnen Archipel is gegarandeerd. Blad 1.7 is als bijlage 5 opgenomen.

Registratie	(eind)verantwoordelijke	Plaats van registratie
Alle afgewogen mogelijke alternatieven zijn gedocumenteerd in het zorgleefplan.	Arts	Blad 1.7 (geprint vanuit iTask)
Probleemanalyse: er is beschreven welk gevaar of ernstig nadeel door de bewuste vrijheidsbeperking wordt voorkomen of weggenomen (met daarbij situatie cliënt en oorzaak probleem). Let op, enkel valgevaar is geen reden tot fixeren van de cliënt.	Arts	Blad 1.7 (geprint vanuit iTask)
Bij het toepassen van de maatregelen 'onrustbanden' 'fixerende handgrepen' en 'afzondering' wordt toezicht op de veiligheid expliciet beschreven in en vervolgens uitgevoerd volgens zorgleefplan.	Arts	Blad 1.7 (geprint vanuit iTask)
Evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen in MDO en grote visite. Bij nieuwe maatregel na uiterlijk 2 weken, vervolgens iedere 3 maanden. Bij eigen verzoek iedere 6 maanden. Deze evaluatie wordt vastgelegd.	Arts V&V bij eigen verzoek in het verzorgingshuis/thuis	Blad 1.9
Vraagstelling, doelstelling en acties/afspraken t.a.v. vrijheidsbevordering en vrijheidsbeperking op basis van het MDO.	Contactverzorgende	Blad 1.5
Het akkoord van de cliënt / wettelijk vertegenwoordiger is binnen drie weken vastgelegd.	Contactverzorgende	Blad 1.7
Verslaglegging van het gedrag / de reactie van de cliënt voortvloeiend uit of samenhangend met de vrijheidsbeperkende interventie	Allen	Blad 2.12

Indien wat betreft vrijheidsbeperkende maatregelen afwijkend gehandeld wordt van het zorgleefplan, wordt dit altijd gemeld aan de cliënt/wettelijk vertegenwoordiger.

5.2 Communicatie

Het is essentieel dat de cliënt of cliëntvertegenwoordiger betrokken wordt bij de analyse en evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast vragen cliëntvertegenwoordigers regelmatig om vrijheidsbeperkende maatregelen. Zij willen graag zo min mogelijk risico's op letsel voor hun verwant. Ze willen hen beschermen tegen bijvoorbeeld vallen en doen het verzoek om een vrijheidsbeperkende maatregel. Belangrijk is dat zij op de hoogte worden gebracht over de visie, beleid, risico's, negatieve consequenties en mogelijke alternatieven vóór opname en wanneer er sprake is van een aanleiding of een verzoek voor een vrijheidsbeperkende maatregel.

Hieronder volgt het communicatieplan:

Doel	Wanneer	Boodschap	Communicatiemiddelen
Managen van verwachtingen: de cliënt(vertegenwoordiger) verwacht dat we een terughoudend en zorgvuldig beleid hebben t.a.v. vrijheidsbeperkende maatregelen.	Vóór en bij opname	Visie en beleid	Schriftelijk: Website en informatiemap Mondeling: Cliëntadviseur
De cliënt(vertegenwoordiger) krijgt antwoord op de (meest voorkomende) vragen en laat zien wat zij zelf kunnen doen om de vrijheid te vergroten.	Aanleiding, verzoek of afbouw	Visie, beleid en achtergrond zoals risico's, negatieve consequenties en mogelijke alternatieven.	Schriftelijk: Folder Mondeling: (contact)verzorgende, specialist ouderengeneeskunde of teamleider.
Cliënt(vertegenwoordiger) wordt betrokken en geïnformeerd over de besluitvorming en evaluatie van de inzet van de vrijheidsbeperkende maatregel en wordt verzocht te tekenen voor akkoord.	Besluitvorming en evaluatie	Individuele analyse en afwegingen	Schriftelijk: Formulier zorgleefplan Mondeling: overleg door specialist ouderengeneeskunde en contactverzorgende.
Zorgvuldige afweging verzoek tot (kort) verblijf buiten Archipel in samenspraak met cliëntvertegenwoordiger	Bij verzoek van familie/cliënt voor verlof/verblijf buiten locatie Archipel.	Individuele analyse en afwegingen. De behandelend arts beslist over een verzoek tot verblijf voor kortere of langere tijd buiten de locatie. Toezicht en veiligheid zijn hierbij de belangrijkste criteria.	Schriftelijk: Afspraken over de duur van de afwezigheid, toezicht, veiligheid en de benodigde zorg thuis worden door de behandelend arts vastgelegd in het zorgleefplan en getekend door de wettelijk vertegenwoordiger.

5.3 Bevoegdheid, bekwaamheid en scholing

Alle medewerkers binnen Archipel die direct of indirect betrokken zijn bij de zorg voor de cliënten worden geïnformeerd over de visie op vrijheidsbevordering / vrijheidsbeperking. Daarvoor worden verschillende methodes ingezet zoals; foldermateriaal, intranet, personeelsblad, inwerkprogramma.

Het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies brengt risico's met zich mee, zoals verstikking, vallen of verwonding. De deskundigheid van hulpverleners vormt een belangrijke waarborg als het gaat om de toepassing van vrijheidsbeperking en ook de preventie ervan. Dat betekent dat er in de eerste plaats voldoende deskundig personeel aanwezig moet zijn.

Vanwege de risico's die er aan de toepassing van vrijheidsbeperkende interventies verbonden zijn, merkt Archipel de toepassing ervan aan als 'risicovolle' handeling. Dit betekent dat er eisen worden gesteld aan de medewerkers die de handelingen uitvoeren wat betreft opleidingsniveau (bevoegdheid) en scholing (bekwaamheid). Daarnaast zijn handelingsschema's opgesteld (bijlage 7) die als leidraad dienen voor een verantwoorde uitvoering van de vrijheidsbeperkende interventie.

In bijlage 4 is een overzicht van de meest voorkomende toepassingen binnen Archipel opgenomen. Het is niet iedereen voorbehouden/ toegestaan om deze te mogen toepassen. Het overzicht laat zien welke regels Archipel hierover opgesteld heeft.

Bekwaamheid

Bekwaamheid betekent het vermogen om een handeling goed te kunnen uitvoeren op basis van up-to-date vaardigheden. Een correcte uitvoering is de verantwoordelijkheid van de medewerkers verpleging en verzorging en de betrokken behandelaren. Indien een (bevoegde) medewerker zich niet bekwaam acht tot het goed uitvoeren van een risicovolle handeling (zoals het aanbrengen van een fixatieband), wordt hij/zij geacht te weigeren om deze handeling uit te voeren en hulp in te roepen.

Middels scholing wordt de bekwaamheid van medewerkers op peil gehouden. Scholing m.b.t. het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen vindt binnen Archipel jaarlijks plaats en richt zich op:

- Het verantwoord gebruik van de binnen Archipel voorkomende vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Algemene bewustwording: wetgeving, inzet van alternatieven, valpreventie, etc.

De scholingen zijn verplicht en worden geregistreerd volgens de binnen Archipel geldende richtlijnen voor de registratie van risicovolle en voorbehouden handelingen. Daarbij is het van belang dat de behandelaren hierin worden meegenomen.

5.4 Materiaalbeheer

De beschikbaarheid van goede, veilige en verschillende materialen is een essentiële voorwaarde om te voldoen aan het verantwoord en veilig toepassen van de minst ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregel. Verschillende alternatieven moeten beschikbaar zijn voor alle locaties binnen Archipel, hierbij kun je denken aan bijvoorbeeld een extra laag hoog/laag bed, sensoren, GPS en ballendeken. Plan is om dit centraal te organiseren met op elke locatie een gelijke werkwijze. Dit levert het volgende op: efficiëntie, eenduidigheid, overzicht, controle materialen met betrekking tot veiligheid en beschikbaarheid van verschillende alternatieven voor alle locaties.

5.5 Registratiesysteem

Archipel wil inzicht houden in het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen in verband met de autonomie en vrijheid van de cliënt en de veiligheid i.v.m. de risico's. Daarnaast is het een vereiste van de inspectie en is het opgenomen in het wetsvoorstel "Zorg en Dwang". Om inzicht te houden in het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen Archipel, regio's, locaties en afdelingen is het een voorwaarde om de fysiek beperkende maatregelen, tot vrijheidsbeperking leidende antipsychotica en gedwongen inname/gecamoufleerd aanbieden (zie bijlage 4) centraal te registreren.

Binnen Archipel worden sinds juni 2013 alle toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandeling verwerkt in het registratiesysteem iTask. Deze software biedt de mogelijkheid rapportages te maken van de toepassingen. Dat biedt de mogelijkheid om getalsmatig, op soort en aanleiding op voorschrijver en op locatie/ afdeling toepassingen te overzien en te evalueren. Hetzelfde Helios-programma wordt gebruikt voor de MIC-meldingen, hetgeen kruisvergelijkingen mogelijk maakt ten aanzien van ongelukken en incidenten in verband met vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook de klachtenregistratie gaat verwerkt worden in dit programma, waardoor de kwaliteit en de veiligheid van

vrijheidsbeperkende maatregelen in beeld gebracht kan worden en kan leiden tot kwaliteitsverbetering. De toegang tot iTask is geautoriseerd en het is mogelijk om geanonimiseerde overzichten te genereren.

5.6 Klachtenregelingen

Archipel hanteert, conform wettelijke eisen een speciale klachtregeling BOPZ. Deze staat open voor cliënten met een status 'opname volgens artikel 60 BOPZ' en 'opname op basis van IBS of wegens RM'. De klachten die onder het bijzondere klachtrecht van art. 41 BOPZ vallen (kader) moeten altijd schriftelijk worden ingediend.

Artikelen Wet BOPZ waarvoor een speciale klachtenprocedure geldt

art. 38:

- de beslissing dat de patiënt wilsonbekwaam is;
- toepassing van een dwangbehandeling die niet is toegestaan (bijvoorbeeld separatie in verpleeghuizen);

art. 39:

- toepassing van vrijheidsbeperkende maatregel-nood ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, die door de patiënt is veroorzaakt als gevolg van zijn stoornis;
- toepassing van vrijheidsbeperkingen (rechtmatig en proportioneel);

art. 40:

- controle van poststukken aan en van de patiënt;
- opleggen van beperkingen in het ontvangen van bezoek;
- opleggen van beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid in en rond het PG-verpleeghuis;
- opleggen van beperkingen in het recht op vrij telefoonverkeer;
- melding van beperkingen m.b.t. ontvangen bezoek, bewegingsvrijheid in/ rond het PG-verpleeghuis en telefoonverkeer aan de Inspectie.
(het gaat hier om beperkingen die niet individueel in het dossier worden vastgelegd, maar in de huisregels zijn omschreven)

art. 41:

- niet-toepassing van een overeengekomen behandelingsplan.

Voor de behandeling van de BOPZ-gerelateerde klacht wordt gewerkt volgens de wettelijke vereisten:

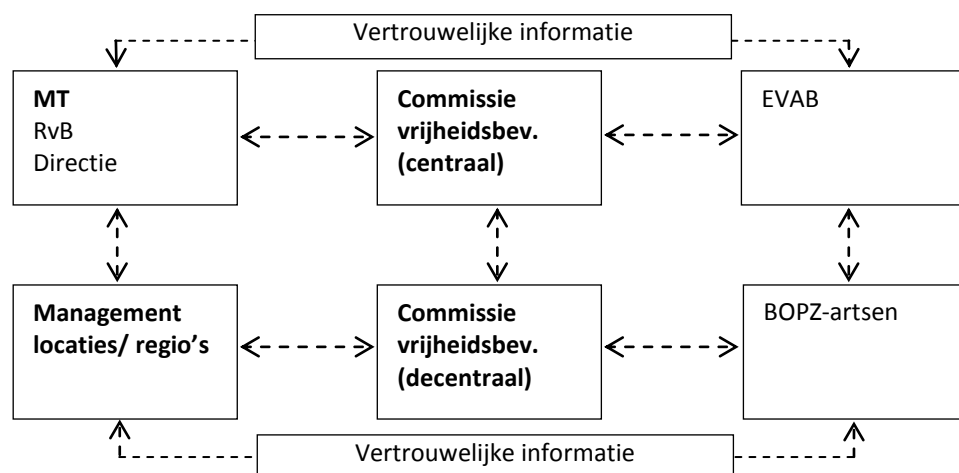
- de behandeling van een klacht moet verplicht gebeuren door een klachtencommissie;
- de behandeling van de klacht door de commissie moet binnen 2 weken (na ontvangst van de klacht) zijn afgerond en aan het bestuur bekend worden gemaakt;
- bij het klachtrecht van art. 41 gaat het om klachten m.b.t. besluiten/ beslissingen (over de onderwerpen in art. 41 aangegeven) en niet om gedragingen;
- de klachtencommissie geeft een bindende uitspraak af op een klacht en kan daarnaast een aanbeveling doen aan de arts / het bestuur omtrent te nemen maatregelen m.b.t. de klacht.

5.7 Organisatiestructuur en verantwoordelijkheden

Om goed zicht te houden op kwalitatieve uitvoering van de Wet BOPZ heeft Archipel centrale en lokale/regionale commissies vrijheidsbevordering ingesteld. Daarnaast is voor een organisatie zoals Archipel wettelijk verplicht om een BOPZ-arts te hebben met de daarbij behorende verantwoordelijkheden. Binnen Archipel spreken we van de eerstverantwoordelijke arts voor BOPZ-zaken, oftewel de EVAB-er. In deze paragraaf gaan we in op de verantwoordelijkheden van het MT, commissies vrijheidsbevordering en EVAB-er.

5.7.1 Organisatiestructuur

In het navolgende schema is te zien hoe de commissies vrijheidsbevordering binnen de organisatie zich tot elkaar het MT, regiomanagement en BOPZ-artsen verhouden



5.7.2 Verantwoordelijkheden MT en commissies vrijheidsbevordering:

In de onderstaande tabel zijn de taken van het MT en de commissies t.a.v. de BOPZ weergegeven.

	MT	Centrale commissie vrijheidsbevordering	Lokale / regionale commissies vrijheidsbevordering
Taken t.a.v. BOPZ	- Bepaalt de visie en draagt deze uit - Geeft prioriteiten aan - Faciliteert (budget) - Stelt jaarplan vast - Besluit over resultaten - Stuurt aan op goed gedrag	- Ontwikkeling & evaluatie beleid - Advisering MT - Stelt jaarplan op voor MT - Initieert en organiseert jaarlijkse inventarisatie van alle vrijheidsbeperkende maatregelen. - Analyse van de centrale registraties, jaarlijkse inventarisatie en gegevens uit andere kwaliteitsmetingen zoals ZI en CQ. - Verzorgt (halfjaar)rapportages - Plant (ontwikkel)acties en draagt zorg voor uitvoering - Coördineert acties - Volgt ontwikkeling wet- en regelgeving - Creëert uitwisselingsplatform - Advisering scholing en materiaalbeheer - Afstemming met zorg- en functieprogramma's - Advisering bij complexe casus	- Creëren van bewustwording - Monitoren van het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen - Advisering regio-MT of managersoverleg - Verzorgt (halfjaar)rapportages - Evalueren huidige praktijk en toetsen met beleid Archipel - Informatievoorziening van ontwikkelingen, nieuwtjes etc; - Uitwisseling van kennis en ervaring; - Uitvoering inventarisatie verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals bijvoorbeeld collectief en individueel)

		Eerst Verantwoordelijke Arts BOPZ Deelname commissie Toetsing en evaluatie van BOPZ nota's visie, protocollen en andere BOPZ richtlijnen. Directe advisering van MT/RVB betreffende knelpunten of tekortkomingen m.b.t. kwaliteit uitvoering wet BOPZ, beleid en voorzieningen.	
Leden		Vertegenwoordigers vakgroepen: psycholoog, V&V, fysio, ergo, EVAB, vertegenwoordigers lokale/regionale commissies vrijheidsbevordering, lid cliëntenraad	• Per locatie of regio organiseren: vertegenwoordigers afdeling(en), arts, psychologen en evt. andere disciplines
Aantal x Overleg		6x per jaar	4x per jaar

5.7.3 Verantwoordelijkheid Eerst Verantwoordelijke Arts BOPZ -zaken(EVAB) en BOPZ-arts

De Wet BOPZ stelt de `geneesheer directeur` verantwoordelijk voor de uitvoering van een aantal verplichtingen. Daarmee wordt bedoeld de arts die, hoewel hij geen directeursfunctie bekleedt, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychogeriatrisch verpleeghuis (art. 1 lid 3). Inspectie voor de gezondheidszorg duidt de arts die invulling moet geven aan de verplichtingen van de Wet BOPZ aan met de term BOPZ-arts. Binnen

Binnen archipel wordt de functie van `geneesheer-directeur` aangeduid met de term "eerstverantwoordelijke arts voor BOPZ-zaken". Dit wordt afgekort tot EVAB. De EVAB is een Specialist Ouderengeneeskunde (SOG), werkzaam in vast dienstverband bij de archipel, en tevens de BOPZ arts van Kenniscentrum de Landrijt. De Raad van Bestuur benoemt de EVAB en herroept zo nodig deze benoeming.

Aangezien De Archipel bestaat uit meerdere regio's en lokaties waar de wet BOPZ van toepassing is, is gekozen voor een model waarin per lokatie één SOG verantwoordelijk is voor de uitvoering van de wet BOPZ (BOPZ-arts). Alle SOG's kunnen voor elkaar waarnemen mbt BOPZ vraagstukken die op een locatie kunnen spelen.

De BOPZ-arts is eerstverantwoordelijk arts voor de aan hem toegewezen PG-afdeling(en) en PG-verpleeghuis(-zen) en draagt zorg voor een adequate uitvoering van de psychogeriatrische zorg en de Wet BOPZ op die plaats(en). De toegewezen werkgebieden kunnen zich op een of meerdere locaties van De Archipel bevinden.

De BOPZ-artsen binnen Archipel waarborgen onderlinge afstemming wat betreft de preventie van vrijheidsbeperkende interventies en situaties die risico opleveren en dragen zorg voor een rapportage daarvan. Structurele knelpunten of tekortkomingen wat betreft kwaliteit uitvoering Wet BOPZ, beleid en voorzieningen worden door de EVAB teruggekoppeld naar de vakgroep artsen, de locatiedirecteuren en de Raad van Bestuur.

De BOPZ-artsen hebben periodiek overleg waarbij de EVAB voorzitter is. De EVAB is belast met de uiteindelijke bestuurlijke eindverantwoordelijkheid.

Verantwoordelijkheden van de EVAB-er zijn:

- Ondertekenen van de noodzakelijke geneeskundige verklaringen;
- Beoordelen voortzetting verblijf bij IBS en RM;
- Is op de hoogte van alle dwang en noodbehandelingen binnen de archipel.
- Melden van beperkingen van overige rechten die de Wet BOPZ regelt
- Melden van positief of negatief besluit omtrent overplaatsing (paragraaf 6.5);
- Melden van ongeoorloofde afwezigheid van de cliënt (paragraaf 6.5).

- De EVAB-er moet de meldingen dwangbehandeling naar de Inspectie (mede-)ondertekenen en maandelijks de toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen-nood doorgeven aan de Inspectie. De EVAB-er heeft daarnaast nog een aantal informatieverplichtingen ten aanzien van cliënt en familie en overheid.
- De EVAB-er zal bij delegatie van BOPZ-taken waarvoor hij eerstverantwoordelijkheid draagt, toezien op een correcte uitvoering van gedelegeerde taken en dit waarborgen d.m.v. afspraken over terugkoppeling en consultering en effectieve coördinatie.
- Adviseert in samenspraak met de centrale commissie vrijheidsbevordering de raad van Bestuur betreffende knelpunten of tekortkomingen wat betreft kwaliteit uitvoering Wet BOPZ, beleid en voorzieningen.
- Heeft een adviserende en consulterende taak t.a.v. zijn collega-BOPZ-artsen inzake die de locatie overstijgen.
- Plant een overleg met de overige BOPZ artsen in een frequentie van tenminste 4x/jaar.
- Bij afwezigheid van de EVAB wordt er waargenomen door een van de andere BOPZ artsen van Archipel, bij voorkeur door de vakgroepvoorzitter en bij diens afwezigheid door een van de andere SOG's.

Verantwoordelijkheden van de BOPZ arts:

- Opstellen van behandelplan door behandelend arts in overleg met de patiënt zo spoedig mogelijk na opneming;
- Bijhouden van een registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen;
- Melden van dwangbehandeling (conform wettelijke criteria) aan de Inspecteur bij het begin van de behandeling én aan contactpersoon of vertegenwoordiger met vermelding van argumenten en personen die verantwoordelijk zijn voor besluit tot dwangbehandeling en of patiënt in staat is art. 41-klachtrecht uit te oefenen;
- Melden (conform wettelijke criteria) van noodmaatregelen aan de inspecteur;
- Melden van vrijheidsbeperkende maatregelen, overplaatsing, ontslag en overlijden van cliënten met BOPZ-status 'opname op basis van IBS of wegens RM';
- Eens per maand sturen van een afschrift van de toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen-nood bij patiënten in de categorie 'opname op basis van IBS of wegens RM', die in de voorafgaande maand in dit register werden bijgeschreven, naar de Inspectie;
- Melden van overlijden en ontslag van een cliënt die met een IBS of RM is opgenomen;
- dient actuele kennis te hebben met de onderdelen van de Wet BOPZ die zijn functie en aandachtsgebied betreffen en op de hoogte te zijn van aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op dit gebied.
- Draagt binnen het aangewezen werkgebied de verantwoordelijkheid voor een adequate uitvoering van de psychogeriatrische zorg en verplichtingen die voortvloeien uit de Wet BOPZ voor de functie en is aanspreekpunt voor de Inspecteur voor de Gezondheidszorg in dezen.
- Geeft uitvoering aan de verplichtingen uit de Wet BOPZ conform de procedures in de BOPZ-klapper en de nota M&M BOPZ die binnen Archipel vastgesteld.
- Bespreekt de uitvoering van de Wet BOPZ structureel in het artsenoverleg op de toegewezen locatie(s) en draagt zorg dat de kwaliteit van de uitvoering van de Wet BOPZ daar gewaarborgd is.
- Neemt zitting in de BOPZ-commissie op de toegewezen locatie(s).

Naast de taken als EVAB-er blijft de eigen verantwoordelijkheid als behandelend arts voor de toegewezen cliënten en de professionele verantwoordelijkheid van goed hulpverlener bestaan

Er is een waarneemregeling voor BOPZ artsen m.b.t. BOPZ zaken en er is een mandateringsregeling m.b.t. uitvoering wet BOPZ. De taken in de uitvoering van de wet BOPZ kan op een aantal niveaus worden gemandateerd (bijlage 8).

Bijlage 1 Begrippenlijst

Wet BOPZ:	De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
Verzet:	Verbaal of door gedrag (zoals afweren of tegenwerken) afwijzen van een behandeling of handeling met betrekking tot verpleging, verzorging of onderzoek.
Vrijheidsbeperking:	Vrijheidsbeperking omvat alle - al dan niet bewust genomen - maatregelen die de vrijheid van de cliënt beperken, maar ook het achterwege blijven van maatregelen die de vrijheid van cliënten kunnen bevorderen.
Vrijheidsbeperkende maatregel:	Keuzevrijheid of bewegingsvrijheid beperkende interventies en afspraken. Deze zijn alleen toegestaan indien ze noodzakelijk zijn om een gevaar of risico af te wenden voor de cliënt of anderen.
Vrijheidsbeperkende maatregel-akkoord:	• Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van het behandelingsplan. • Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen die (in onvoorziene gevallen) niet zijn opgenomen in het behandelingsplan, maar waar de patiënt wel in toestemt. • Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen die (in onvoorziene gevallen) niet zijn opgenomen in het behandelingsplan, maar waartegen de patiënt zich niet verzet.
Dwangbehandeling	• Toepassing van het behandelingsplan of deel van het behandelingsplan onder dwang (dus bij verzet). • Toepassing van een behandelingsplan waarover geen overeenstemming met de patiënt/ diens vertegenwoordiger bestaat.
Vrijheidsbeperkende maatregel-nood (ofwel noodmaatregel)	• Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, die niet in het behandelingsplan zijn opgenomen en waartegen de patiënt zich verzet.
Onvrijwillig opgenomen:	Cliënt die is opgenomen op basis van een Inbewaringstelling (IBS), Voorlopige Rechterlijke Machtiging (VRM) of op een artikel 60 of 'BOPZ-indicatie'.
Wilsonbekwaamheid:	De cliënt is niet in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen in een bepaalde situatie.

Bijlage 2A Taken en verantwoordelijkheden rond opname in het kader van de wet BOPZ

	Artikel 60	IBS	RM
Clïënt / vertegenwoordiger	aanvraag/verzoek indienen bij het CIZ om een advies af te geven voor opname in pg-verpleeghuis		
CIZ	huisbezoek afleggen bij patiënt, onderzoeken of de patiënt bezwaar heeft tegen de opname a.h.v. 'bezwaarcriteria' en advies geven omtrent BOPZ-categorie		
arts/psychiater		invullen en verzenden van geneeskundige verklaring ter verkrijging van een IBS van de burgemeester (d.m.v. formulier Geneeskundige Verklaring nr. A).	invullen, ondertekenen (en laten ondertekenen door EVAB) en verzenden van geneeskundige verklaring ter verkrijging van een machtiging van de rechter voor opname (d.m.v. formulier Geneeskundige Verklaring 'B' voor voorlopige RM).
burgemeester		afgeven beschikking inhoudende last tot inbewaringstelling (d.m.v. formulier Beschikking IBS)	
rechter		bekrachten van IBS-beschikking	onderzoek en afgeven machtiging
bestuur (RvB)		indien een IBS wordt aangevraagd voor een reeds in het verpleeghuis verblijvende patiënt, zorg dragen dat betrokkene, echtgenoot, wettelijke vertegenwoordiger alsmede naaste betrekkingen zo spoedig mogelijk in het bezit worden gesteld van een afschrift van de beschikking van de burgemeester.	
cliëntadviseur	- opnamegesprek met cliënt/diens vertegenwoordiger en tekenen zorgleveringsovereenkomst - informeren patiënt/diens vertegenwoordiger/familie en overhandigen informatiepakket - invullen opnameformulier en dit met het BOPZ-advies afgeven aan het secretariaat en melden opname bij secretariaat - zorg dragen voor formeel indicatie-advies d.m.v. gebruik standaardbrief (bij pré-advies, overplaatsing etc.)	- opnamegesprek met patiënt/diens vertegenwoordiger - informeren patiënt/diens vertegenwoordiger/familie en overhandigen informatiepakket - invullen opnameformulier en dit met de IBS-beschikking afgeven aan het secretariaat en melden opname bij secretariaat en de afdeling	- opname binnen 2 weken realiseren (i.o.m. GGzE), anders verloopt RM - opnamegesprek met patiënt/diens vertegenwoordiger - informeren patiënt/diens vertegenwoordiger/familie en overhandigen informatiepakket - invullen opnameformulier en dit met de RM afgeven aan het secretariaat en melden opname bij secretariaat
administratie	- het opnameformulier en BOPZ-advies verwerken in Helios - het indicatie-advies met opnameformulier opbergen in een administratie t.b.v. de EVAB-er - bijhouden van administratie m.b.t. wijzigingen tussen "opname volgens artikel 60 BOPZ en "opname op basis van IBS of wegens RM" en per maand een inventarisatie maken t.b.v. de EVAB en melding aan de Inspectie van wijzigingen (zie wijzigingen status "opname volgens artikel 60 BOPZ" en status "opname op basis van IBS of wegens RM") - verwerken en verzenden herindicatiebrief aan indicatiecommissie - zorg dragen voor voldoende standaardbrieven voor de medewerkers	- het opnameformulier en de IBS-beschikking verwerken in Helios - vermelden m.b.t. IBS: - o datum van bekrachtiging; - o datum van verloop van de IBS (dit is 3 weken na bekrachtiging). - de IBS-beschikking met opnameformulier opbergen in een administratie t.b.v. de EVAB-er - bijhouden van administratie met betrekking tot de status 'opname volgens artikel 60 BOPZ' en 'opname op basis van IBS of wegens RM' van patiënten en per maand inventariseren: - o nieuwe patiënten met een status 'opname op basis van IBS of wegens RM' (d.m.v. formulier wijzigingen m.b.t.	- het opnameformulier en de RM verwerken in Helios - vermelden m.b.t. RM: - o datum van afgifte; - o datum van verloop van de RM - de RM met opnameformulier opbergen in een administratie t.b.v. de EVAB-er - bijhouden van administratie m.b.t. status 'opname volgens artikel 60 BOPZ' en 'opname op basis van IBS of wegens RM' van patiënten en per maand inventariseren: - o nieuwe patiënten met een RM (status 'opname op basis van IBS of wegens RM') (d.m.v. formulier wijzigingen m.b.t. status 'opname op basis van IBS of wegens RM'); - o bij patiënten met een RM; aflooptdatum 8 weken tevoren melden aan de behandelend arts;

		status 'opname op basis van IBS of wegens RM'); - o patiënten waarbij de IBS is beëindigd of verlopen (d.m.v. formulier Bericht beëindiging IBS). - invullen en door SOG laten ondertekenen van de meldingsformulieren (zie inventarisatie hierboven) en deze, met behoud van een kopie voor eigen secretariaat, toezenden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. - zorg dragen voor voldoende voorraad en tijdige bestelling van de benodigde formulieren. - Op instructie SOG wijziging in status doorgeven aan rechtbank.	- o patiënten waarbij RM is beëindigd (d.m.v. formulier wijzigingen m.b.t. status 'opname op basis van IBS of wegens RM') - invullen en door SOG laten ondertekenen van de meldingsformulieren (zie inventarisatie hierboven) en deze, met behoud van een kopie voor eigen secretariaat, toezenden aan de IGZ. - zorg dragen voor voldoende voorraad en tijdige bestelling van de benodigde formulieren - Op instructie SOG wijziging in status doorgeven aan rechtbank.
Contact-verzorgende	- opnemen patiënt op afdeling - cliënt informeren over eventuele afdelingsregels - m.b.t. onvrijwillig opgenomen cliënten: indien nodig innemen van gevaarlijke voorwerpen en dit vermelden in het zorgleefplan		
SOG	- zo spoedig mogelijk een behandelingsplan met zorgteam opstellen en vastleggen, in overeenstemming met de patiënt/ diens vertegenwoordiger - indien geen overeenstemming wordt bereikt over het behandelingsplan, dit melden aan de EVAB - m.b.t. patiënten met "opname volgens artikel 60 BOPZ", mondelinge toelichting geven op huisregels/ afdelingsregels die beperkingen inhouden op de rechten, de eventuele toepassing en procedure omtrent VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN en dwangbehandeling, het klachtrecht van art. 41 BOPZ en andere rechten op grond van de BOPZ, het behandelingsplan en het patiëntendossier. - alert zijn of het BOPZ-advies nog klopt; eventueel actie ondernemen (herindicatie m.b.v. standaardbrief, GGzE, RM, IBS).	- binnen de termijn m.b.t. voortzetting van het verblijf een diagnose stellen en overleggen met de EVAB - melding van beëindiging of voortzetting aan het secretariaat. - zo spoedig mogelijk een behandelingsplan opstellen en vastleggen in overeenstemming met de patiënt. Indien geen overeenstemming bereikt wordt, de EVAB hiervan in kennis stellen.	- (indien patiënt reeds in instelling verbleef) zorgdragen voor geneeskundige verklaring na overleg met EVAB t.b.v. RM -> zie verder procedure vanaf 'arts/ psychiater' binnen termijn advies m.b.t. voortzetting verblijf met EVAB bespreken - zo spoedig mogelijk een behandelingsplan opstellen en vastleggen in overeenstemming met de patiënt. Indien geen overeenstemming bereikt wordt, de EVAB hiervan in kennis stellen
EVAB	- op de hoogte zijn van nieuwe opnamen met BOPZ-advies ("opname volgens artikel 60 BOPZ") - op de hoogte zijn van veranderingen tussen status "opname volgens artikel 60 BOPZ" en status "opname op basis van IBS of wegens RM" - op de hoogte zijn van behandelingsplannen waar geen overeenstemming over bestaat.	- op de hoogte zijn van nieuwe opnamen IBS (categorie 'opname op basis van IBS of wegens RM') - op de hoogte zijn van noodzaak tot voortzetting van verblijf - m.b.t. personen van wie de IBS is beëindigd, maandelijks een kort verslag zenden aan de inspecteur, waarin de bevindingen over de periode van opname neergelegd zijn.	- aan griffier van de rechtbank en aan Officier van Justitie zo spoedig mogelijk meedelen dat patiënt is opgenomen - (mede)ondertekenen geneeskundige verklaring (ten hoogste 5 dagen vóór verzoek tot RM) - zorg dragen dat zo spoedig mogelijk een behandelingsplan wordt opgesteld - beoordelen aan/afwezigheid van bezwaar, mogelijk ontslag tijdens verblijf - beoordelen voortzetting RM en invullen, ondertekenen en verzenden van de geneeskundige verklaring (d.m.v. formulier Geneeskundige Verklaring nr. C voor voortgezette RM), zoniet dan ontslag of zorgdragen voor status 'opname volgens artikel 60 BOPZ' als geldige titel

Bijlage 2B Wanneer en hoe wijzigen van BOPZ-status direct na opname

reden wijziging	BOPZ-status BIJ OPNAME	wijzigen in de 24 uur na opname naar	hoe en bij wie	formulieren
Onjuiste indicatie	CIZ-advies: “opname met bereidheid	“opname volgens artikel 60 BOPZ”	Aanvraag nieuwe beoordeling via GGzE	aanvraagformulier
Onjuiste indicatie	CIZ-advies: “opname volgens artikel 60 BOPZ”			
	Van CIZ-advies: “opname op basis van IBS of wegens RM” + voorlopige RM			
Verlopen geldigheid van 24 uur	Crisisopname IBS	óf ontslag óf overplaatsing óf verlenging IBS óf “opname met bereidheid” óf “opname volgens artikel 60 BOPZ”	Via GGzE aanvraag verlenging IBS aanvragen CIZ-advies	♦ Bericht einde IBS Aanvraagformulier en z.n. pre-advies

Bijlage 2C Wanneer en hoe wijzigen van BOPZ-status tijdens verblijf

Geldigheid en reden wijziging	BOPZ-status TIJDENS HET VERBLIJF	wijzigen naar	hoe en bij wie	formulieren
Verlopen van geldigheid IBS na 2 weken	verlengde IBS	óf ontslag óf overplaatsing óf een “opname met bereidheid” óf “opname volgens artikel 60 BOPZ” óf “opname op basis van IBS of wegens RM” en aanvraag voorl.RM	Voor verlopen IBS aanvragen CIZ-advies “opname op basis van IBS of wegens RM” En aanvraag voorl.RM via Off.v.J.	♦ bericht einde IBS ♦ Aanvraagformulier + z.n. pre-advies ♦ Aanvraagformulier + verzoek RM met geneesk. Verkl. met kopie behandelplan incl. vrijheidsbeperkende maatregelen
Verlopen RM binnen 8 weken	RM	óf ontslag óf “opname volgens artikel 60 BOPZ” óf “opname op basis van IBS of wegens RM” en aanvraag voorl.RM	aanvraag voorl.RM via Off.v.J.	♦ Bericht einde IBS ♦ Aanvraagformulier + z.n. pre-advies ♦ Verzoek RM met geneesk. Verkl. met kopie behandelplan incl. vrijheidsbeperkende maatregell

Bijlage 3 Melding aan Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ)

1. Melding vrijheidsbeperkende maatregelen-nood en dwangbehandeling, wie-doet-wat?

EVAB

- zorg dragen voor correcte melding van vrijheidsbeperkende maatregelen-nood en dwangbehandeling aan de Inspectie en de vertegenwoordiger en familie daarover informeren;
- op de hoogte zijn van de toepassing van dwangbehandeling en de meldingen daarvan mede ondertekenen;
- zorg dragen voor een correcte interne registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen-nood en dwangbehandeling;
- maandelijks een afschrift van het verplichte interne register noodmaatregelen bij categorie-patiënten 'opname op basis van IBS of wegens RM' toezenden aan de Inspectie.

BOPZ- arts locatie

- zorgvuldigheid betrachten bij opstellen behandelingsplan; toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen overleggen met de patiënt/diens vertegenwoordiger en vastleggen in behandelingsplan, daarnaast zorgvuldige uitvoering regelen;
- melden aan de EVAB indien overeenstemming over behandelingsplan ontbreekt;
- zorgvuldigheid betrachten bij besluit tot toepassing dwangbehandeling en/of vrijheidsbeperkende maatregelen-nood en evaluatie daarvan;
- tijdig melden van toepassing (begin en beëindiging) van vrijheidsbeperkende maatregelen-nood en dwangbehandeling aan de EVAB, de Inspectie en de vertegenwoordiger/familie;
- voor of bij aanvang van de toepassing van dwangbehandeling het behandelingsplan aan de Inspectie sturen ;
- invullen van het meldingsdeel van het meldingsformulier en versturen (eventueel via secretariaat):
 - origineel, (bij melding dwangbehandeling, na ondertekening door EVAB) naar de Inspectie,
 - doorslag naar de houder interne registratie;
- rapporteren in het zorgplan;
- beëindiging van de vrijheidsbeperkende maatregel-nood en de dwangbehandeling melden, d.m.v. het invullen van het beëindigingsstrookje van het meldingsformulier en toezenden:
 - origineel, (bij dwangbehandeling, na ondertekening door EVAB) naar de Inspectie;
 - doorslag naar de houder interne registratie .

2. Bijzonderheden rond overlijden, verlof en ontslag van de patiënt

Overlijden

Na het overlijden van een psychogeriatrische patiënt (categorie 'opname op basis van IBS of wegens RM') wordt de naam met geboortedatum en doodsoorzaak schriftelijk aan de Inspectie medegedeeld.

Het secretariaat vult hiervoor elke maand een standaardbrief in. Deze brief wordt, na ondertekening door de EVAB-er, opgestuurd naar de Inspectie en rechtbank.

Verlof

- Verlof van cliënten is conform artikel 46a BOPZ niet meldingsplichtig, ook niet bij RM en IBS (in tegenstelling tot de GGZ).
- De behandelend arts beslist over een verzoek tot verblijf voor kortere of langere tijd buiten de locatie. Toezicht en veiligheid zijn hierbij de belangrijkste criteria.
- Afspraken over de duur van de afwezigheid, toezicht, veiligheid en de benodigde zorg thuis worden vastgelegd door de behandelend arts in het zorgleefplan en getekend door de wettelijk vertegenwoordiger.

Ontslag

De EVAB-er beslist omtrent het ontslag van de patiënt en beoordeelt of het ontslag om de volgende redenen in kan gaan:

- Gevaar en/of geestesstoornis maken de opname niet (meer) noodzakelijk.
- De termijnen van geldige titels verstrijken of vanwege een oordeel van de rechter.

- De patiënt verzoekt om ontslag de EVAB-er en deze beslist daarop positief en geargumenteerde. Het besluit moet aan de Inspectie worden medegedeeld.

De EVAB meldt het ontslag bij de IGZ.

3. Melding i.v.m. overplaatsing

Deze melding geldt voor patiënten met een status 'opname op basis van IBS of wegens RM' en in sommige gevallen moet een melding plaatsvinden voor patiënten met status 'opname volgens artikel 60 BOPZ'.

Positief besluit omtrent overplaatsing

De patiënt (of een vertegenwoordiger) kan zelf een overplaatsing naar een andere instelling (b.v. een ander PG-verpleeghuis of Psychiatrisch ziekenhuis) regelen. Hij kan ook de geneesheer directeur verzoeken een overplaatsing voor hem te bewerkstelligen. Indien de EVAB-er oordeelt dat de overplaatsing in het belang van de patiënt is, neemt hij terzake de nodige stappen.

De EVAB-er van de instelling waarnaar de patiënt met status 'opname op basis van IBS of wegens RM' wordt overgeplaatst stelt zo spoedig mogelijk de burgemeester (bij IBS) of griffier (bij RM) op de hoogte.

Negatief besluit omtrent overplaatsing

Als de EVAB-er meent niet aan het verzoek om overplaatsing tegemoet te kunnen komen, zal hij dit schriftelijk en met redenen omkleed, aan de patiënt (en/of diens vertegenwoordiger) melden. Een afschrift van het besluit wordt verstuurd naar de Inspectie. De melding aan de Inspectie is dus vereist als een verzoek om overplaatsing is afgewezen. Het kan hierbij gaan om zowel patiënten met een status 'opname volgens artikel 60 BOPZ' als patiënten met een status 'opname op basis van IBS of wegens RM'.

De Inspectie kan besluiten om, na de patiënt zelf gehoord te hebben, alsnog een overplaatsing te regelen.

4. Melding bij ongeoorloofde afwezigheid van de cliënt

De opname en het verblijf op grond van de Wet BOPZ is bij een status 'opname op basis van IBS of wegens RM' opgelegd door de rechter of de burgemeester. De patiënt is onvrijwillig opgenomen en moet zich daaraan onderwerpen. De Wet BOPZ bepaalt dat de EVAB-er beslist over ontslag en overplaatsing. Daaruit is af te leiden dat afwezigheid op eigen initiatief van de patiënt of op initiatief van anderen, zoals familie, ongeoorloofd is. Melding van ongeoorloofde afwezigheid is daarom vereist voor cliënten in de categorie 'opname op basis van IBS of wegens RM', maar is soms ook wenselijk voor patiënten in de categorie 'opname volgens artikel 60 BOPZ'. Aan de familie moet aangegeven worden dat het meenemen van de patiënt ongeoorloofd is en dat dit aan de Inspectie gemeld wordt.

Ongeoorloofde afwezigheid moet **direct** gemeld worden bij de Inspectie en de Officier van Justitie:

- bij vermissing na een zoekperiode van maximaal 2 uur;
- als de patiënt bewust meegenomen wordt door de familie.

Van de terugkeer van de patiënt na ongeoorloofde afwezigheid moet eveneens onverwijld mededeling worden gedaan aan de Inspecteur en de Officier van Justitie.

Voor patiënten met een status 'opname volgens artikel 60 BOPZ' geldt geen wettelijke meldingsplicht. Maar in bepaalde gevallen is het toch wenselijk om de Inspectie op de hoogte te stellen van een vermissing of het meenemen van de patiënt door familie of naaste betrekkingen. Dit omdat de instelling een zorgplicht heeft vanwege de indicatie van het CIZ en het zorgkantoor en wil voorkomen dat de ongeoorloofde afwezigheid gevaar oplevert voor de patiënt. De opname was immers geïndiceerd omdat het gevaar niet buiten de instelling afgewend kon worden. De familie wordt geïnformeerd over de melding aan de inspectie en bij vermissing op de hoogte gesteld. De EVAB-er wordt geïnformeerd over de afwezigheid.

Bijlage 4 Vrijheidsbeperkende maatregelen, waar en door wie toegestaan		Centrale registratie (15)	Plaats van toepassing			Toepassing (9)				
Fysieke vrijheidsbeperking			PG-locatie	VZH/VPH Som (3)	Thuis (3)	Niv. 2 (7)	Niv. 2 + (7)	Niv. 3	P-team	Param./ Med.(10)
Ernstig fysiek beperkend / fixerende maatregelen	Onrustband in bed of stoel (14)	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	ja	Ja
	Verpleegdekken	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
	Spanlaken	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
	Onbedienbare rem op stoel / stoel op blad	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Blad op stoel(4) / diepe stoel / onvrijwillig kantelen	Ja (13)	Ja	Nee (4)	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Volledige beddekken	Ja	Ja	Nee (4)	Nee (4)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Fixerende grepen bij crisis situatie	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee
	Plukpak / hansop	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Tentbed	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Kamerdeur op slot bij aanwezigheid cliënt in kamer	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Afzondering	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	
Licht tot matig fysiek beperkend	Toegang tot kasten / ruimten beperken	Nee	Ja	Nee (5)	Nee (5)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Kamerdeur op slot bij afwezigheid cliënt in kamer	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Gedragsbeïnvloeding / belemmeren in het doel, met als gevolg vrijheidsbeperking	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Half bedhek	Nee	Ja	Ja (4)	Ja (4)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Rolkussen	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Ballendeken	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
	Floor level bed	Nee (12)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Beschermende kleding met vrijheidsbeperkend karakter (b.v. broekriem achterste voren, krabhandschoen)	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
Gedragsbeïnvloedende medicatie (m.a.g. vrijheidsbeperking)										
Psychofarmaca		Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja (8)	Ja	Ja	Ja
Gedwongen inname en gecamoufleerd aanbieden (11)										
Gecamoufleerd aanbieden van psychofarmaca		Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja (8)	Ja	Ja	Ja
Gecamoufleerd aanbieden van overige medicatie		Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja (8)	Ja	Ja	Ja
Gedwongen toediening van voeding / vocht		Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Domotica (m.a.g. vrijheidsbeperking)										
Sensor met vrijheidsbeperkende opvolging (1, 6)		Ja	Ja	Nee (6)	Nee (6)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Polsband /chip met vrijheidsbeperkende opvolging		Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Uitluistermateriaal		Ja	Ja	Nee (6)	Nee (6)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Camera toezicht		Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Belmat		Ja	Ja	Nee (6)	Nee (6)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GPS systeem met vrijheidsbeperkende opvolging (2)		Ja	Ja	Nee (6)	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Mobiele telefoon i.c.m. individuele afspraak		Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Individuele afspraken (m.a.g. vrijheidsbeperking)										
Opgelegde dagstructuur		Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Beperkt roken of gebruik alcohol / drug		Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Beperkt gebruik communicatie middelen		Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Collectief vrijheidsbeperkende maatregelen										
Huisregels		Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Buitendeur op slot		Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

1. Een sensor waardoor het licht aangaat is geen vrijheidsbeperkende maatregel.
2. Gebruik van GPS door cliënt om de weg te vinden is geen vrijheidsbeperkende maatregel.
3. Een cliënt waarbij vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk zijn in het verzorgingshuis of thuissituatie moet z.s.m. worden overgeplaatst naar een BOPZ-erkende locatie/afdeling. Dwangbehandeling op grond van de WGBO mag als er voldaan is aan de volgende voorwaarden:
 - De cliënt is wilsonbekwaam en verzet zich tegen de behandeling. Het moet gaan om een ingrijpende behandeling die nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen.
 - 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.

Er moet dus altijd sprake zijn van een ernstig nadeel voor de cliënt, zoals een blijvende handicap.
4. Het is mogelijk om op een niet erkende BOPZ afdeling beddekken of een volledig blad op stoel te gebruiken onder de noemer 'vrijheidsbeperkende maatregel -akkoord': fixatie met toestemming (bij wilsbekwame cliënten) . Een gevoel van veiligheid kan daarvoor een reden zijn. Maar het gebruik moet wel verantwoord zijn en de beslissing ligt in principe niet bij de cliënt. Gebruik van een half beddek geeft de cliënt de mogelijkheid om uit bed te komen, maar kan ook als beperkend worden ervaren. Gebruik gaat in overleg met de cliënt (/vertegenwoordiger).
5. Als een cliënt wilsonbekwaam is, kan de toestemming aan de vertegenwoordiger worden gevraagd om de medicatie in een gesloten kast / beauty case te bewaren. Het lijkt niet erg waarschijnlijk dat de cliënt hiertegen in verzet komt, zodat de toestemming van de vertegenwoordiger voldoende is. Overigens valt het beheer van medicatie in verzorgingshuizen m.b.t. wilsonbekwame cliënten onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.
6. Een sensor, belmat of uitluistermateriaal is op zichzelf genomen nog geen vrijheidsbeperkende maatregel. Van essentieel belang is wat er na de detectie gebeurt. Als een cliënt bv dwaalgedrag vertoont en hij/zij kan ervan worden overtuigd dat hij/zij naar zijn/haar kamer moet terugkeren, is er geen vrijheidsbeperking in het spel en kan dit worden toegepast in de thuissituatie worden toegepast.
7. De toepassing van de interventies waar 'ja' vermeld staat, gebeurt onder eindverantwoordelijkheid van de medewerkers niveau 3. Tijdens een avonddienst controleert de aanwezige medewerker niveau 3 bijvoorbeeld of de beddekken goed zijn aangebracht, bed naar beneden is gedaan en / of sensoren juist zijn ingesteld.
8. Het gaat om het toedienen van medicatie volgens voorschrift. De beoordeling van het al dan niet toedienen van 'zo nodig' medicatie wordt gedaan door een medewerker met minimaal opleidingsniveau 3.
9. Toepassing kan alleen plaatsvinden indien de medewerker met het beschreven deskundigheidsniveau ook bekwaam is. Bekwaamheid betekent het vermogen om een handeling goed te kunnen uitvoeren op basis van up-to-date vaardigheden. Een correcte uitvoering is de verantwoordelijkheid van de medewerkers verpleging en verzorging, of behandelaar. Indien een (bevoegde) medewerker zich niet bekwaam acht tot het goed uitvoeren van een risicovolle handeling (zoals het aanbrengen van een fixatieband), wordt hij/zij geacht te weigeren om deze uit te voeren en hulp in te roepen.
Middels scholing wordt de bekwaamheid van medewerkers op peil gehouden. Scholing m.b.t. het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen vindt binnen Archipel jaarlijks plaats en richt zich op:
 - Het verantwoord gebruik van de binnen Archipel voorkomende vrijheidsbeperkende maatregelen.
 - Algemene bewustwording: wetgeving, inzet van alternatieven, valpreventie, etc.

De scholingen zijn verplicht en worden geregistreerd volgens de binnen Archipel geldende richtlijnen voor de registratie van risicovolle en voorbehouden handelingen.
10. De exacte bevoegdheid en bekwaamheid kan verschillen per discipline.
11. Gecamoufleerd toedienen: toedienen van medicatie met als doel iemand die geen medicijnen wil innemen te 'misleiden'.
12. Een floor level bed wordt alleen geregistreerd als een vorm van vrijheidsbeperking als de cliënt met een floor level bed niet in staat is zelfstandig op te staan, terwijl dit met een regulier bed wel het geval zou zijn.
13. Een blad op de stoel dat alleen gebruikt wordt tijdens de maaltijdmomenten en specifiek gericht is op het vergemakkelijken van het gebruiken van de maaltijd wordt niet centraal geregistreerd, maar wel beschreven en geëvalueerd in het zorgleefplan.
14. Ook de autogordelsystemen vallen hieronder.
15. Alle in deze tabel vermelde maatregelen worden beschreven en geëvalueerd in het zorgdossier, ongeacht of daarnaast centrale registratie plaatsvindt.

Bijlage 5 Zorgleefplan registratie vrijheidsbeperkende maatregelen

VBM - Vrijheidsbeperkende maatregel - Melding 13266 - 19-07-2013 09:42

VBM - Vrijheidsbeperkende maatregel

Meldingformulier Vrijheidsbeperkende maatregel

Gegevens van de melder

Naam SOG/arts:

Meldingsnummer

Datum ingang maatregel

Algemene informatie betreffende de vrijheidsbeperkende maatregel

Welke cliënt is betrokken?

Clientnummer

Naam cliënt

Geboortedatum cliënt

Geslacht cliënt

Afdeling cliënt

Type vrijheidsbeperkende maatregel

Type vrijheidsbeperkende
maatregel

Reden van toepassing / argumentatie

Reden van toepassing

Multidisciplinair onderzoek/analyse

Heeft er multidisciplinair
onderzoek plaatsgevonden
waarbij naar lichtere
alternatieven is gekeken?

Multidisciplinair onderzoek
betrokkenen

Situatie cliënt. Welk ernstig
nadeel

Oorzaak probleem

Overwogen alternatieven

Overige vragen

Reden van toepassing weg
te nemen of behandelen?

Ja door / Nee omdat

Tijdstip van toepassing

Tijdstip en frequentie
maatregel conform
afspraken

Welke maatregelen
genomen om veiligheid
van toepassing maatregel
te waarborgen?

Bezwaar of verzet van
cliënt/wettelijk
vertegenwoordiger?

Juridische status bij
aanvang toepassing?

Verantwoordelijke update
zorgdossier

Ruimte voor handtekeningen

Client/vertegenwoordiger
naam/datum/handtek.

Handtekening SOG/arts is niet van toepassing. SOG/arts is de enige die een maatregel via dit systeem, onder de eigen naam, kan invoeren. De naam van de desbetreffende SOG/arts staat bij het onderwerp 'gegevens melder'.

Bijlage 6 Alternatieven voor het gebruik van fixerende middelen

Dit overzicht geeft ideeën waarmee het gebruik van fixerende middelen is te verminderen. Onder fixatie wordt daarbij verstaan: elke handmatige methode, toestel, materiaal of hulpmiddel, vastgemaakt aan, grenzend aan of geplaatst voor het lichaam van een persoon, waardoor de vrijheid van bewegen beperkt wordt of de normale bereikbaarheid van lichaamsdelen beperkt wordt

Basale uitgangspunten	- Zoek altijd multidisciplinair naar oplossingen - Speel in op de positieve kanten van de bewoner - Gebruik de 5 “magische gereedschappen voor contact” (weten wat de bewoner graag ziet, hoort, ruikt, voelt en proeft) - Wees kalm en zelfverzekerd - Gebruik huisdieren, kinderen, vrijwilligers bij het “afleiden” - Leidt bewoner af met gesprekken over hun werk / loopbaan	- Bevorder gevoel van veiligheid - Weet wat de bewoner wil - Bemoedig onafhankelijkheid en zelfstandigheid - Betrek de familie / contactpersonen en geef hen een taak - Biedt keuzes aan
Gedrag / medische conditie	Multidisciplinaire interventie	
Weggliden of uit bed/stoel hangen	- Evalueer medicatie die lethargie of sufheid kunnen veroorzaken - Verhoog mogelijkheid om bewoner in oog te houden - Evalueer fysieke behoeften (toiletgang, comfort) - Evalueer pijnbeleving - Evalueer slaappatroon - Breng bewoner naar bed indien vermoeid - Ga na of stimulerend programma nodig is - Overweeg verwijzing naar fysiotherapeut / ergotherapeut - Zet bewoner in de buurt van medewerker als hij geen activiteiten heeft - Periodiek oefenprogramma bieden gedurende de dag - Analyseer vertrouwde bewegingspatronen en pas omgeving hierop aan (b.v. aan vertrouwde kant uit bed stappen)	- Zorg voor de goede maat stoel en een juiste zithouding - Overweeg aangepaste stoelen - Zorg dat alarmbel in bereik bewoner is - Zorg dat drank binnen bereik staat - Overweeg bed/ stoel alarm of bewegingssensoren - Overweeg een mat of matras op de vloer voor het bed - Verlaag het bed - Overweeg een floor level bed - Rolstoel / stoel “opdruk” oefeningen bieden - Toegankelijke activiteiten bieden - Stimuleer om te gaan verzitten (i.o.m. ergotherapeut)
Instabiele mobiliteit, onzekere loop	- Evalueer medicatie die de loop kunnen verstoren - Onderzoek de orthostatische hypertensie en bloeddruk veranderingen - Onderzoek gezichtsvermogen en juiste mate van visuele hulpmiddelen - Onderzoek evenwichtsorganen - Evalueer fysieke behoeften (toiletgang, comfort) - Start met algemeen activiteiten programma - Overweeg oefenprogramma zowel individueel als in groep - Zorg voor 1 op 1 bezoek - Stimuleer regelmatig van houding veranderen - Identificeer gebruikelijke routines (late slapers, vroege wakers) en sta deze toe	- Onderzoek of schoeisel goed past en heel is - Gebruik niet schuivende sokken - Zorg dat evenwichtshulpmiddelen in goede conditie zijn (bijvoorbeeld stok, looprek) - Zorg voor juiste verlichting, ook in nachtsituatie - Verwijder meubilair met wieltjes uit looproute indien deze voor steun gebruikt worden. - Verlaag bed zodat bewoner met tenen op grond komt als hij op bedrand zit. - Gebruik een bril dagelijks om zicht goed te houden - Oproepbel in bereik houden bewoner - Onderzoek of nachtkastje handig is

Gedrag / medische conditie	Multidisciplinaire interventie	
	- Ga na of stimulerend programma nodig is - Overweeg verwijzing naar fysiotherapeut / ergotherapeut	- Overweeg vloer alarm - Overweeg bewegingsmelders - Overweeg bed of stoelalarmering - Gebruik looprek uitsluitend zolang nodig
Uit bed vallen of klimmen	- Evalueer medicatie die de loop kunnen verstoren - Onderzoek de orthostatische hypertensie en bloeddruk veranderingen - Evalueer fysieke behoeften (toiletgang, comfort) - Voorzie in maaltijd op bed - Zorg voor 1 op 1 gesprekken - Raak bewoner aan indien acceptabel en hou oog voor persoonlijke lichaamsruimte - Anticipeer op normaal dagprogramma (ook benoemen naar bewoner) en pas je aan aan voorkeuren van bewoner - Onderzoek evenwicht op sub-klinische verstoringen zoals oorontstekingen - Onderzoek visus en gehoor - Onderzoek of schoeisel adequaat is - Onderzoek of lengte/ maat van (nacht)kleding adequaat is - Controleer bloedsuikergehalte - Onderzoek slaap-waakpatroon - Ga na of versterkend programma nodig is - Overweeg verwijzing naar fysiotherapeut / ergotherapeut	- Gebruik laag bed - Verwijder bedhekken - Leg mat of matras op de vloer naast bed - Gebruik bedalarm en/of camera - Onderzoek of bewoner bij alarmknop en lichtknopjes kan - Zorg voor nachtluchtje - Zorg dat medewerkers in één oogopslag (bij bewoners kamerdeur) kunnen zien welke bewoner valgevaarlijk is - Zorg dat matras goed op bedbodem ligt - Ontdoe de fysieke omgeving van overmatig meubilair, rommel in gangen en kamers - Laat met beeldmateriaal duidelijk zien waar toilet is, hoe hulpmiddelen gebruikt moeten worden en hoe de alarmbel bediend moet worden. - Overweeg gebruik van hoofd bescherming, zorg dat het licht van gewicht is. - Overweeg bedtrapeze - Overweeg bedscherm/box of ombouw van plexiglas
Verbaal en/of lichamelijk agressief gedrag	- Begin met evaluatie van medicatie om fysieke of medicinale problemen uit te sluiten - Onderzoek op acute medische problemen zoals bijvoorbeeld infecties - Onderzoek op pijn, comfortbehoefte, honger, dorst, behoefte aan houdingverandering, behoefte aan toiletgang - Probeer te identificeren wat het agressief gedrag getriggerd heeft - Overweeg gedragsobservatie (video?) om achter triggers van afwijkend gedrag te komen - Overleg met familie inzake copingstrategieën die in het verleden werkbaar bleken bij gelijksoortig gedrag - Biedt kameraadschap, gezelschap - Valideer het gevoel - Leidt af - Luister actief en parafraseer mogelijke oorzaken - Stel grenzen - Overleg multidisciplinair over juiste, eenduidige benadering (in ieder geval met een gedragskundige)	- Gebruik ontspanningstechnieken (muziek, video) - Gebruik reminiscentiemateriaal en themadozen - Geef feedback op geluidsvolume van bewoner - Plaats lavalamp, speeldoosje, mobiles (hypnotiserende, kalmerende werking) - Gebruik beeldmateriaal van familie, vrienden, kennissen van bewoner - Verplaats naar een rustiger omgeving, mogelijk een meer bekende omgeving. - Verminder externe stimuli - Zet aquarium neer - Zorg voor een prikkelarme ruimte gekoppeld aan de huiskamer - Gebruik Swash haircaps als de bewoner niet onder de douche of in bad wil - Jack van scheurlinnen over de kleding aantrekken, dit voorkomt dat bewoner eigen kleding gaat scheuren - Verminder externe stimuli (tv, radio, geluid, posters) - evalueer dienstpatroon medewerkers - Onderzoek slaap/waakritme - Zorg voor duidelijk dagschema - Limiteer cafeïne inname

Gedrag / medische conditie	Multidisciplinaire interventie	
	- Ontwikkel vertrouwen door consistente gedragsreacties van alle medewerkers en door zoveel mogelijk de zelfde hulpverleners in te zetten - Vermijd confrontaties. Vermijd luide communicatie - Benader bewoner kalm en rustig	- Zorg voor boksbal / boksak - Vermijd overdaad aan zintuiglijke prikkels - Draag zorg voor rustperiodes - Verwijs naar psycholoog of psychiater - Gebruik aanrakingstherapie en massages (hand, rug)
Dwalen en zoeken met gevaar voor weglopen	- Vind een manier om de bewoner het gevoel te geven dat hij nodig is en geliefd is. Houdt hem bezig. Respecteer de persoonlijke ruimte - Varieer in activiteiten die overeenkomen met de vroegere levensstijl en voorkeuren - Ga na in hoeverre medicatie, ADL-verzorging, weer of medebewoners invloed hebben op dwaalgedrag - Onderzoek de behoefte aan een dagactiviteitenprogramma voor de bewoner - Gebruik thema-, geheugentraining- en herinneringsmateriaal - Bied kameraadschap - Zorg voor mogelijkheden voor oefeningen, vooral tijdens wachtmomenten - Zorg voor pre-maaltijd activiteiten - Zingen, dansen, ritmisch bewegen - Identificeer gebruikelijke routines en sta voorkeuren toe - Gebruik fotocollage of fotoalbum van memorabele momenten - Leidt af - Schriftelijke en mondelinge bevestiging geven over waarom iemand op deze plaats is - Verlicht angsten - Vraag toestemming voor je iemand aanraakt of knuffelt - Ga na of er een patroon is in dwaalgedrag - Check de persoonlijke agenda en valideer gedrag - Vraag familie om geruststellende woorden op tape te zetten - Zorg voor lichamelijk activiteit (zo mogelijk ook buiten) - Ga na of versterkend programma nodig is	- Verwijder voorwerpen die de bewoner herinneren aan het naar huis gaan (jassen, hoeden, etc) - Individualiseer de omgeving. Maak het huiselijk. - Zorg voor een grote klok met wijzers om de tijdsoriëntatie in de gaten te kunnen houden - Verminder geluidsniveau - Gebruik deurbewaking, barrièrestrips - Zorg voor alarmering boven door om medewerkers te waarschuwen als bewoner huis/afdeling verlaat - Camoufleer deuren - Maak veilige gebieden visueel herkenbaar - Bedek deurknoppen - Plaats traphekje voor de deur - Zet spiegels bij uitgang - Overweeg “stop” en “loop” signalen - Dwaaldetectie systeem - Ontspanningstapes - Visuele barrières inbouwen - Zorg voor veilige dwaalroute - Zorg voor voldoende groot loopcircuit (in verbinding met de tuin) - Maak bewonerskamers herkenbaar (herkenbare foto op de deur plakken) - Rusthoekjes plaatsen in langere gangen - Zorg voor een prettige stoel, waar de bewoner ontspannen in zit - Maak gebruik van patronen op vloer
Niet/slecht eten	- Eettijden aanpassen aan ritme van de bewoner - Maak de maaltijd en de ambiance aantrekkelijk	- Bordje ophangen: “Niet storen tijdens het eten” - Verminder externe stimuli (geluid, tv, radio)

Bijlage 7 Handelingsschema's: verantwoord toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen Archipel (Deze worden op dit moment herzien en zijn op te vragen bij Ellen de Wit)

Maatregel	Indicatie SOG:	Aandachtspunten bij toepassing door v&v:	Toezicht door v&v:	Afwijkende toepassing:
Belmatje	– voorkomen van situaties die gevaar kunnen opleveren. – rust van de cliënt bevorderen.	– controle of materiaal compleet en niet stuk is, controleer m.n. bedrading en bevestiging. – controle goede werking en hoorbaarheid van het signaal van het belmatje. – bekend zijn met specifiek gevaar dat voorkomen moet worden voor deze cliënt. Dit i.v.m. de urgentie van reageren op afgaan signaal.	– z.s.m. reageren op signaal van het belmatje. – frequentie van toezicht beoordelen en zonodig aanpassen.	Indien nodig het belmatje op de vloer (onder mat) gebruiken.
Bedhekken	– bewegingsonrust met valgevaar en/of letselgevaar. – bevordering rust en/of ter voorkoming van oververmoeidheid. – valgevaar, i.v.m. niet zelfstandig kunnen lopen en toch neiging hebben om te lopen.	– toepassing alleen bij cliënten die geen initiatief nemen om over de bedhekken te klimmen. – voorkom knellen/klemmen handen en voeten bij omhoog zetten en neerlaten van de bedhekken. – bed altijd in laagste stand zetten. – bij zeer beweeglijke cliënten beschermingsplaten op de bedhekken bevestigen.	– controle dat bedhekken omhoog zijn. – voorkomen dat een beweeglijke cliënt klem komt te zitten met zijn ledematen tussen bedhekstangen. – reacties cliënt op bewegingsbeperking observeren. – frequentie van toezicht beoordelen en zonodig aanpassen.	

Plukpak / hansop Bescherming rond de handen effect vergelijkbaar	– frequent krabben waarbij infecties of huidletsel (kunnen) optreden – frequent smeren (ontlasting, voedsel) waarbij infecties en/of huidletsel (kunnen) optreden of in situaties waarin een bepaalde mate van hygiëne noodzakelijk is. – ernstige afkoeling door blootwoelen of uitkleden.	– controle of het materiaal compleet en niet stuk is; controleer m.n. de sluitingen. – cliënt onderhemd aandoen i.v.m. irritatie of letsel vanwege ritssluiting hansop. – toepassing eenvoudig.	– middel levert weinig tot geen risico's op. – reacties cliënt op bewegingsbeperking observeren. – frequentie van toezicht beoordelen en zonodig aanpassen.	<i>Indien verschonen cliënt zeer frequent nodig is of erg belastend is kan het plukpak eventueel achterstevoren aangedaan worden.</i> Indien nodig kunnen hansop en handbescherming tegelijk toegepast worden.)
--	---	---	---	---

Stoel met voorblad Stoel aan tafel `klemzetten` of zeer diepe stoel. <i>Deze maatregelen zijn vergelijkbaar met bovengenoemd middel.</i> <i>Stoel met bodemblad Ter voorkoming van verplaatsen met stoel en al. Kan al dan niet in combinatie met voorblad toegepast worden.</i>	– probleemgedrag met overlast en/of gevaar voor de cliënt zelf of anderen. – bevorderen rust ter voorkoming van oververmoeidheid of ten behoeve van eetmomenten. – ter voorkoming van frequent krabben benen en/of onderlichaam.	– controle of materiaal compleet en niet stuk is. – cliënt goed rechtop laten zitten. – blad laten aansluiten tegen het lichaam, maar niet knellend (een vlakke hand moet er net tussen kunnen). – let op dat cliënt blad niet zelf kan verwijderen, anders zorgen voor imbuschroeven.	– regelmatig toezicht, m.n. op goede zithouding. – regelmatig reacties cliënt op bewegingsbeperking observeren. – frequentie van toezicht beoordelen en zonodig aanpassen.	
Bratex band (Ook wel onrustband genoemd.) Bestaat in brede uitvoering voor toepassing in bed. Er bestaat een smalle uitvoering voor toepassing in stoel. <i>(Bij elke band / gordel die hetzelfde effect heeft als de bratex band, gelden dezelfde indicaties en uitvoeringsregels als bij de bratex band.)</i>	Bed (brede band) – voorkomen van over bedhekken klimmen. – bewegingsonrust die leidt tot kwetsuren of klimmen over de bedhekken. – ernstige bewegingsonrust die leidt tot valgevaar. – ernstig valgevaar. – ernstige afkoeling waarvoor hansop niet toegepast kan worden. Stoel (smalle band) – probleemgedrag met overlast en/of gevaar voor de cliënt zelf of anderen. – ernstige bewegingsonrust die leidt tot valgevaar. – ernstig valgevaar. – bevorderen rust ter voorkoming van oververmoeidheid of ten behoeve van eetmomenten.	Bed (brede band) – controle of het materiaal compleet en niet stuk is; controleer m.n. de sluitingen. – bratex band altijd in combinatie met bedhekken. – band aanleggen ter hoogte van de navel. – sluiting(en) niet bereikbaar of niet te openen voor cliënt. Stoel (smalle band) – controle of het materiaal compleet en niet stuk is; controleer m.n. de sluitingen. – cliënt goed rechtop laten zitten. – blad laten aansluiten tegen het lichaam, maar niet knellend (een vlakke hand moet er net tussen kunnen). – sluiting(en) niet bereikbaar of niet te openen voor cliënt.	Bed (brede band) – controle directe beschikbaarheid van sleutel. – controle of bedhekken omhoog zijn – regelmatig reacties cliënt op bewegingsbeperking observeren. – frequentie van toezicht beoordelen en zonodig aanpassen. Stoel (smalle band) – controle directe beschikbaarheid van sleutel. – regelmatig reacties cliënt op bewegingsbeperking observeren. – frequentie van toezicht beoordelen en zonodig aanpassen.	

Verpleegdeken	– Frequent krabben waarbij infecties of huidletsel (kunnen) optreden – Frequent smeren (ontlasting, voedsel) waarbij infecties en/of huidletsel (kunnen) optreden of in situaties waarin een bepaalde mate van hygiëne noodzakelijk is. – Bewegingsonrust die leidt tot kwetsuren of klimmen over de beddekken. – Voorkomen van ernstige afkoeling. – Noodzakelijk immobiliseren cliënt.	– controle of het materiaal compleet en niet stuk is; controleer m.n. banden of sluitingen. – verpleegdeken altijd in combinatie met beddekken! – bevestigingen controleren (rits e.d.). – toepassing is eenvoudig en levert nauwelijks afklemgevaar op.	– regelmatig reacties cliënt op bewegingsbeperking observeren. – controle of beddekken omhoog zijn. – frequentie van toezicht beoordelen en zonodig aanpassen.	Indien geen verpleegdeken voorradig, kan als tijdelijke vervanging een laken strak over de cliënt toegepast worden. Indien niet binnen een week verpleegdeken aanwezig, contact opnemen met de behandelend arts
Afzonderen in aparte ruimte <i>Hieronder wordt verstaan het apart zetten van een cliënt in een aparte ruimte zoals de eigen slaapkamer of ander vertrek met als doel prikkeling te voorkomen of verminderen.</i> EXTRA: <i>contact en toezicht mogelijk door traphekje te plaatsen</i>	– voorkomen van overmaat aan prikkeling, waardoor ernstige onrust of overlast voor de cliënt of voor zijn omgeving ontstaat (structurele aanpak). – verminderen prikkeling, met name als laatste optie wanneer andere middelen onvoldoende resultaat geven (incidenteel als `time-out`)	– zorgdragen voor veiligheid in verband met gezondheidstoestand van cliënt. – zorgdragen voor veilige omgeving van de cliënt. – eventueel in combinatie met andere vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen.	– reacties van de cliënt op de vrijheidsbeperking observeren. – frequentie van toezicht beoordelen en zonodig aanpassen. – afzondering niet langer dan noodzakelijk uitvoeren, dus tijd in de gaten houden.	
	Toelichting: Binnen de psychogeriatrische verpleeghuizen is separeren (isoleerruimte) zoals dat in de psychiatrie mogelijk is, verboden. Afzondering zoals bedoeld in de BOPZ houdt in: het apart zetten van de cliënt op de eigen kamer met de deur op slot. Dit komt binnen de verpleeghuizen niet voor. (Indien afzondering gebeurt zoals in het schema beschreven is, dus zonder afsluiten van de kamer waarin de cliënt zich bevindt, is eigenlijk geen sprake van een BOPZ-maatregel en hoeft dus ook niet aan de Inspectie gemeld te worden).			
Geneesmiddelen Depressiva	– bestrijden van agitatie, agressie, angst tengevolge van de geestelijke stoornis / dementie	– soort middel, dosering en frequentie op voorschrift arts – toediening volgens protocol en/of	– zorg voor een veilige omgeving. – levert het middel het gewenste resultaat op en hoe reageert cliënt	

⁷ Het geneesmiddel an sich is niet vrijheidsbeperkend. Echter als iemand hierdoor suf wordt, of last heeft van verminderde mobiliteit is sprake van vrijheidsbeperking.

Psychotica Sedativa <i>Op welke manier het middel wordt toegediend is ter beoordeling van de arts en afhankelijk van de lichamelijke en geestelijke toestand van de cliënt.</i>	– voorkomen / verminderen van gedrag dat gevaar oplevert – bevorderen geestelijke stabiliteit en/of lichamelijke rust – verenso-richtlijnen worden gevolgd.	afspraken en eventuele aanwijzingen van de arts.	op het middel. – frequentie van toezicht beoordelen en zonodig aanpassen.	
toediening van vocht en voeding Per os Per sonde <i>Via mond-keelholte</i> Pegsonde	– tijdelijke indicatie ter overbrugging van een tijdelijk inname probleem ten gevolge van een geestes stoornis. – Tijdelijke ter overbrugging van een inname probleem tgv lichamelijke aandoening. Passend binnen het afgesproken behandelbeleid van client. – Toepassing in het kader van de wet WGB0	– raadpleeg relevante standaarden zoals: ○ omgaan met slikproblematiek ○ omgaan met calamiteiten inzake vocht en voeding ○ maagsonde inbrengen via mond-keelholte ○ maagsonde inbrengen/verwisselen via fistel ○ protocol sondevoeding toedienen – voorkeuren cliënt achterhalen. – verzet van de cliënt zoveel mogelijk beperken, bijvoorbeeld door afleiding of rust in de situatie/omgeving. – Hoeveelheden die cliënt eet en drinkt noteren, eventueel vochtlijst aanleggen – diëtist tijdig raadplegen / inschakelen	– de voedingstoestand van de cliënt regelmatig beoordelen – registreren of aangeboden vocht en voeding zelfstandig wordt ingenomen.	

Bijlage 8 Mandatering regeling. Delegatie van taken EVAB aan andere functies

EVAB (eerst-verantwoordelijke arts BOPZ)

- Toetsing en evaluatie BOPZ-nota's, protocollen M&M, andere BOPZ-richtlijnen
- Zitting in de commissie vrijheidsbevordering
- Advisering van RvB betreffende knelpunten of tekortkomingen wat betreft kwaliteit uitvoering Wet BOPZ, beleid en voorzieningen
- Organisatie van driemaandelijks overleg met de BOPZ-artsen

Van EVAB (eerst-verantwoordelijke arts BOPZ) naar (lokatie-)BOPZ-arts vaak iom EVAB of EVAB ter kennisgeving informeren.

- Organisatie van en het toezicht op de(kwaliteit van de) hulpverlening op de lokatie
- Overzicht, toetsing en evaluatie van de BOPZ-status van onvrijwillig verblijvende cliënten (RM of IBS)
- Zo spoedig mogelijk melding aan inspectie na aanvang of beëindiging van een dwang- of noodmaatregel, of anderszins (lid 2,3,4 art 40)
- Beoordelen van een verlenging van de periode waarin een onvrijwillig verblijvende client gedwongen kan zijn opgenomen (RM), en eventueel verlenen van de geneeskundige verklaring tbv deze verlenging
- Toetsing en evaluatie of op lokatie bekend is hoe de BOPZ-klachtencommissie bereikbaar is
- Besluiten op elk verzoek tot overplaatsing of ontslag van een onvrijwillig verblijvende client
- Zitting in de lokale BOPZ-commissie
- Toetsing van (de aandacht voor de controle van) de kwaliteit van het ingezette materiaal tbv van maatregelen

Van (lokatie-)BOPZ-arts naar afdelingsarts en anders vallen deze taken onder de BOPZ arts zelf.

- De zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied
- Dossiervoering over elke client: van diens geestelijke en lichamelijke toestand, van de op hem toegepaste behandeling en de effecten ervan. Iedere client heeft een multidisciplinair zorg-behandelplan en BOPZ-behandelplan.
- Signalering van verzet tegen verblijf
- Signalering van verzet tegen een maatregel
- Signalering van geen overeenstemming over een behandelplan
- Zo spoedig mogelijk na opnemng van een onvrijwillig verblijvende client wordt een BOPZ-behandelplan opgesteld. De afdelingsarts licht de BOPZ-arts en het secretariaat in, en levert aan de BOPZ-arts het BOPZ-behandelplan aan t.b.v de melding aan inspectie
- Zo spoedig mogelijk na aanvang of beëindiging van een nood-of dwangmaatregel wordt een BOPZ-behandelplan opgesteld. De afdelingsarts licht de BOPZ-arts en het secretariaat in, en levert aan de BOPZ-arts het BOPZ-behandelplan aan t.b.v de melding aan inspectie
- Het informeren van de client en diens vertegenwoordiger over de toepassing van de dwang- of noodmaatregel
- Besluiten tot beperkingen zoals genoemd in lid 2,3 en 4 (art. 40): controle op poststukken en giften, beperkingen in het ontvangen van bezoek, beperkingen in de bewegingsvrijheid in het verpleeghuis, beperkingen op telefoonverkeer. De afdelingsarts licht de BOPZ-arts en het secretariaat in, en levert aan de BOPZ-arts het BOPZ-behandelplan aan t.b.v de melding aan inspectie
- Het informeren van de onvrijwillig verblijvende client (en diens vertegenwoordiger) of van de client bij wie een dwang- of noodmaatregel wordt toegepast (en diens vertegenwoordiger) over het bestaan van de BOPZ-klachtenregeling. De afdelingsarts bericht de klachtafhandeling aan de BOPZ-arts
- Periodiek toetsen en evalueren van verzet bij een onvrijwillig opgenomen client

- Elke 2 maanden toetsen en evalueren van de ingezette M&M's per client, en waar mogelijk dezen verminderen
- Wanneer er geen verzet meer is tegen opname, stuurt de afdelingsarts V&V aan om de RM/IBS om te laten zetten in BOPZ artikel 60, en licht de BOPZ-arts en het secretariaat in
- Wanneer de geldigheid van een RM/IBS gaat verstrijken, en er is nog steeds sprake van verzet, vraagt de afdelingsarts aan de BOPZ-arts om verlenging van de RM
- Toetsen van een reeel verzoek tot overplaatsing, (intrekken van) verlof of ontslag van een onvrijwillig verblijvende client bij de BOPZ-arts

Van locatie-BOPZ-arts naar secretariaat

- Maandelijks schriftelijke rapportage aan inspectie van een overzicht van onvrijwillig verblijvende clienten : naam, geboortedatum, afdeling, duur van de geldigheid van de RM/IBS, huidige BOPZ-status, eventuele datum van overlijden of ontslag.
- Maandelijks schriftelijke rapportage aan inspectie van een overzicht van toegepaste dwang- en noodmaatregelen: naam client, geboortedatum, BOPZ-status, dwang/nood, aard van de maatregel, reden van de maatregel, vast/zonodig, start- en einddatum, naam voorschrijvend arts.
- Overzicht en registratie van toegepaste M&M's. Verzorgen van een maandelijks rapportage (per fadeling)aan de afdelingsarts en (per lokatie) en driemaandelijks aan de BOPZ-arts en BOPZ-commissie.

Bijlage 2

Verslag interviews

In dit verslag zal ik allereerst motiveren waarom ik heb gekozen voor de mensen die ik geïnterviewd heb. Ook de vragen zal ik aan bod laten komen. De interviews heb ik opgenomen met een recorder (op mijn mobiel) en vervolgens uitgewerkt in een verslag. Aan de hand van deze verslagen zal ik kort uiteenzetten wat mij het meest opviel en wat de aanbevelingen waren die in meerdere interviews naar voren kwamen. De namen van de geïnterviewden zijn in de verslagen (inclusief dit verslag) op verzoek van mijn begeleiders geanonimiseerd.

Verantwoording

- Personen

Samen met mijn begeleider Emmy Deurhof heb ik overlegd welke mensen ik het beste kon interviewen. Vanuit haar lidmaatschap aan de commissie vrijheidsbevordering wist zij een aantal namen. Dit waren mevrouw Van M., mevrouw K.(1) en mevrouw S. De eerste twee personen hebben als functie contactpersoon op respectievelijk de locaties Eerdbrand en Kanidas. Eerdbrand telt vier afdelingen met psychogeriatrische cliënten, Kanidas heeft vijf woongroepen voor psychogeriatrische cliënten. Mevrouw Van M. en mevrouw K.(1) weten door hun functie veel van de werkvloer en zijn ook bij alle overleggen over de (aan hen toegewezen) cliënten aanwezig. Mevrouw S. heeft ook een aantal jaar op de werkvloer gestaan op de Passaat (80 psychogeriatrische cliënten) en is bovendien meer dan tien jaar lid geweest van de commissie vrijheidsbevordering. Mevrouw K.(1) heeft mij nog verwezen naar Mevrouw Van den B. Zij is arts op de Passaat en kon volgens mevrouw K.(1) goed vertellen over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Hierna heb ik aan mijn andere begeleider Annelies van Gool gevraagd of zij nog een aantal mensen wist die veel met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken hebben. Ik wilde in ieder geval graag een Bopz-arts spreken. De Bopz-arts is een belangrijk aanspreekpunt voor andere artsen en voor contactverzorgenden over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Binnen Archipel is dit mevrouw B.

Verder heeft Annelies van verschillende locaties een aantal namen gegeven. Mevrouw De W. is ook lid van de commissie vrijheidsbevordering en is zelfs een aantal jaar voorzitter geweest. Haar functie is ergotherapeut op Dommelhoef. Op Dommelhoef zelf wonen geen psychogeriatrische cliënten, maar door haar betrokkenheid bij de commissie weet mevrouw De W. wel veel van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Hiernaast heb ik de heer B., teamleider op Fleuriade, gesproken. Hij is verantwoordelijk voor zijn team en is ook betrokken bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Ook heb ik met mevrouw K.(2) gesproken. Zij is teamleider zorg op een afdeling voor psychogeriatrische cliënten van Berkenstaete. Tot slot heb ik met mevrouw H. gesproken. Het is mij door een andere medewerker aangeraden om met haar te praten, omdat zij erg enthousiast is over haar vak. Mevrouw H. werkt op de locatie Ekelhof, waar 60 psychogeriatrische cliënten wonen. Het is dan ook belangrijk om deze locatie in kaart te brengen.

Ik heb in totaal negen interviews gehouden op acht locaties van Archipel. Er waren ook een aantal medewerkers die geen tijd hadden, vandaar dat ik niet op iedere locatie iemand geïnterviewd heb. Toch ga ik er vanuit dat ik op deze manier ik een algemeen beeld heb gekregen van hoe er in de praktijk omgegaan wordt met vrijheidsbeperkende maatregelen.

- Vragen

Voor de interviews heb ik een aantal vragen opgesteld. Deze vragen zijn er met name op gericht om een beeld te krijgen van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen Archipel in de praktijk en of hierbij het beleid nageleefd wordt. Deze vragen heb ik ook aan

mijn begeleidsters laten zien. Met Emmy heb ik nog een aantal aanpassingen gemaakt om de vragen wat specifiek te maken.

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in de praktijk in?

Met deze vraag komt naar voren welke functie iemand heeft en op welke wijze hij of zij betrokken is bij de toepassing of besluitvorming van vrijheidsbeperkende maatregelen.

2. Welke vrijheidsbeperkende maatregelen worden er (op uw locatie) gebruikt en wat verstaat u hieronder?

Deze vraag spreekt voor zich.

3. Hoe is de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen?

(Meer specifiek: wie zijn hierbij betrokken? Is er multidisciplinair overleg? Staat vbm in het zorgleefplan?)

Deze vraag is belangrijk, omdat de besluitvorming gaat veranderen in de Wet Zorg en Dwang. Het MDO komt wel al voor in het beleid van Archipel. Het is belangrijk om te weten wie hierbij betrokken zijn, omdat de wet eisen gaat stellen aan de samenstelling.

4. Hoe lang wordt een vrijheidsbeperkende maatregel gemiddeld toegepast?

Deze vraag wilde ik stellen met het oog op de bewustwording binnen Archipel van de nieuwe wet en het afbouwen van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Het bleek echter dat er geen concreet antwoord gegeven kon worden op deze vraag.

Daarom heb ik besloten om deze vraag na een aantal interviews te schrappen.

Bovendien kwam de achterliggende gedachte van deze vraag beter tot uiting bij vraag 5.

5. Welke maatregelen komen volgens u het meeste voor? Kan dit minder?

Deze vraag heb ik gesteld met het oog op vermindering van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. De maatregelen die het meest gebruikt worden, kunnen een aandachtspunt zijn voor het beleid.

6. Wanneer vindt er evaluatie plaats en wat wordt daarin besproken?

Vrijheidsbeperkende maatregelen moeten regelmatig geëvalueerd worden. Met name met het oog op alternatieven moet er vaak bekeken worden of een maatregel nog wel nodig is. Hiervoor staat ook een termijn in het beleid.

7. Heeft u nog aanbevelingen voor het beleid?

(Meer specifiek: merkt u dat er knelpunten zijn? Heeft u suggesties om ervoor te zorgen dat er zo min mogelijk dwang wordt toegepast?)

Mensen in het werkveld weten natuurlijk hoe het eraan toe gaat in de praktijk. Het kan zo zijn dat bepaalde punten in het beleid anders moeten of dat er nog algemene opmerkingen zijn.

De aanbevelingen uit het werkveld kan ik ook meenemen in mijn eigen aanbevelingen in het rapport.

Opvallendheden

- Vrijheidsbeperkende maatregelen

Uit de interviews komt naar voren welke vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikt worden:

- Onrustband in bed of (rol)stoel
- Blad op stoel
- Onvrijwillig kantelen
- Volledige bedhekken
- Plukpak
- Toegang tot kast beperken
- Half bedhek
- Ballendeken

- Floor level bed
- Beschermende kleding met vrijheidsbeperkend karakter
- Gecamoufleerd aanbieden van medicatie
- Sensor
- Zorg onder dwang
- Buitendeur op slot (gesloten afdeling)
- Beperkingen in eigen regie

Sensoren komen van deze maatregelen het meeste voor.

Verder heb ik gezien dat er op de meeste locaties een vrij groot loopcircuit is. Alleen op Berkenhof en Ekelhof is het iets kleiner.

- Valgevaar

Niet iedereen is op de hoogte van de regel dat valgevaar geen reden is voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit blijkt met name uit de interviews met mevrouw S., mevrouw K(1) en mevrouw Van den B.

- MDO en evaluatie

Alle geïnterviewden vertellen dat het zorgleefplan twee keer per jaar wordt besproken en dat vrijheidsbeperkende maatregelen iedere drie maanden worden besproken.

In onderstaand schema wordt aangegeven welke disciplines volgens de geïnterviewden aanwezig zijn bij een MDO en de evaluaties.

Persoon/ discipline	CV'er	Arts (SO)	Psycholoog	Ergo	Fysio	Overig	Naar inzicht
Mevrouw S.	x	x	x				
Mevrouw K.(1)		x					x
Mevrouw Van M.	x	x	x	x		x	x
Mevrouw v/d B.	x	x					x
De heer B.	x	x	x	x	x		x
Mevrouw De W.							x
Mevrouw K.(2)	X	x	x	x	x	x	
Mevrouw H.	X	x	x				
Mevrouw B.	x	x	x				x

(Bijna) iedereen geeft aan dat er met een arts en een contactverzorgende gesproken wordt over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel. De andere disciplines zijn echter wisselend. Vaak worden de disciplines naar eigen inzicht betrokken en niet omdat het moet van het beleid. Mevrouw De W. geeft zelfs aan dat zij weet dat er niet altijd multidisciplinair geëvalueerd wordt. Mevrouw B. zou graag zien dat het beleid dwingender is in het betrekken van bepaalde disciplines bij de evaluaties, zoals de ergotherapeut.

Wanneer een evaluatie wordt gehouden, verschilt per locatie. Op de locaties waar mevrouw H. en mevrouw K.(1) werken, vindt er wekelijks een evaluatie met een arts plaats. Mevrouw Van M. vertelt dat de evaluatie iedere twee weken plaatsvindt. Bij mevrouw S. vindt de evaluatie ongeveer om de zes weken plaats. Mevrouw K.(2) en mevrouw Van den B. vertellen dat er op hun locatie iedere twee maanden geëvalueerd wordt. De heer B., mevrouw B. en mevrouw De W. vertellen dat de evaluatie sowieso iedere drie maanden plaatsvindt (soms vaker).

- Aanbevelingen

Er zijn aanbevelingen die in meerdere interviews naar voren komen. Deze zullen hier kort besproken worden.

De heer B., mevrouw Van M. en mevrouw K.(1) vinden dat Archipel naar familieleden toe duidelijker moet zijn over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Archipel wil een fixatievrije instelling zijn, maar dit is soms niet mogelijk omdat (onder andere) de familie vraagt om de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Als het van te voren bekend is bij familie dat Archipel fixatievrij wil zijn, dan kunnen zij beslissen of hun verwant bij Archipel gaat wonen of dat zij opzoek gaan naar een andere instelling.

Mevrouw H., de heer B., mevrouw Van M. en mevrouw K.(2) vinden dat er op het gebied van de nieuwe wet nog scholing moet plaatsvinden onder de medewerkers. Nog niet alle medewerkers zijn op de hoogte van de komst van de Wet Zorg en Dwang. Of zij zijn wel op de hoogte, maar weten niet wat het in de praktijk voor hen inhoud.

De heer B., mevrouw K(1) en mevrouw K(2) geven aan dat er soms meer rekening kan worden gehouden met het uitgangspunt cliënt in regie. Cliënten moeten zoveel mogelijk zelf blijven doen en zelf kunnen bepalen. Mevrouw S. geeft in haar interview ook aan dat cliënt in regie soms in de kleine dingen niet helemaal lukt. Er moet meer aan cliënten gevraagd worden wat zij willen. Dit kan namelijk ook veranderen.

Bijlage 3

Verslag interview mevrouw S.

Het interview met mevrouw S. vond plaats op 1 april 2015 om 10.00 uur op locatie de Passaat. Op deze locatie wonen 80 psychogeriatrische cliënten.

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in de praktijk in?

Mevrouw S. is momenteel teamleider van twee teams op de Passaat. Zelf heeft zij ook een aantal jaren in de zorg gewerkt. Hierdoor weet zij wat er gebeurt op de werkvloer. Bovendien is mevrouw S. de afgelopen tien jaar onderdeel geweest van een werkgroep vrijheidsbeperkende maatregelen. Zij is bij verschillende overleggen geweest en daardoor goed op de hoogte van het bestaan en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

2. Welke vrijheidsbeperkende maatregelen worden er (op uw locatie) gebruikt en wat verstaat u hieronder?

Op de Passaat wordt gebruik gemaakt van een band in een stoel, waardoor de bewoner niet op kan staan uit de stoel. Dit is bij twee bewoners het geval. Ook worden er soms bladen gebruikt op de stoel. Dit is bijvoorbeeld nodig als iemand een cva heeft gehad en zijn arm ergens moet laten. In dit geval is een blad noodzakelijk.

Zweedse banden mogen niet meer en worden dan ook niet meer gebruikt.

Er wordt geen gebruik meer gemaakt van bedhekken. Er zijn wel nieuwe bedden met een enkel bedhek, maar dit telt niet als vrijheidsbeperkende maatregel. Bij deze bedden kan namelijk aan één kant van het bed een bedhek omhoog. Deze kant wordt omhoog gezet om de cliënt te verzorgen. De andere kant van het bed heeft geen bedhek, waardoor de cliënt in principe weg kan gaan als hij dat nodig vindt.

Er zijn tegenwoordig ook lage bedden. Of dit vrijheidsbeperkend is verschilt per cliënt. Als een cliënt wil lopen en uit een laag bed wil opstaan, dan zal hem dat niet lukken. In dit geval is er sprake van een vrijheidsbeperking. Een cliënt die doorheeft dat hij zonder moeite en zonder valgevaar uit het bed kan rollen en daarna veilig op kan staan, wordt juist in zijn vrijheid bevorderd.

Er wordt bij één cliënt op de Passaat zorg onder dwang toegepast. Dit gaat in samenspraak met de arts, de psycholoog en het team.

Een aantal mensen krijgt ook gecamoufleerd medicijnen toegediend.

Tot slot zijn er in veel slaapkamers sensoren. Deze sensoren gaan af zodra iemand zijn bed verlaat. Een zorgverlener kan dan gaan kijken wat er aan de hand is en iemand eventueel helpen naar het toilet of terug naar bed. Sensoren worden vaak gebruikt in verband met valgevaar. Bij een nieuwe opname wordt standaard 3 dagen een sensor geplaatst om te kunnen constateren of de cliënt 's nachts onrustig is. Er is ook een nieuw systeem dat pas na 20 minuten een melding geeft aan de zorgverlener. Dit wordt gebruikt bij mensen die wel zelf naar het toilet gaan. Als dit langer dan 20 minuten duurt kan er over het algemeen vanuit worden gegaan dat er iets is gebeurd of dat de cliënt is gaan dwalen.

Dit zijn de vrijheidsbeperkende maatregelen die zichtbaar zijn en in de meeste gevallen ook gemeld moeten worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Er zijn echter ook beperkingen die niet iedereen opvalt. Het gaat hier bijvoorbeeld om wat voor drinken iemand krijgt. Mevrouw S. geeft hier een voorbeeld van. Er is een cliënt geweest waarvan de zoon wist dat hij alleen cola light dronk. Met altijd bedoelde hij ook altijd, zelfs tijdens het ontbijt. Dit is ook in het dossier opgenomen, zodat iedereen binnen het team dit kon zien. Toen mevrouw S. een keer kwam kijken bij deze cliënt, stond er 's ochtends een kop koffie naast zijn bord. Het bleek dat de verzorgende niet had gevraagd wat de cliënt wilde en ook niet goed in het dossier had gekeken. Het was "normaal" dat de cliënten 's ochtends koffie, thee of iets dergelijks dronken, maar in ieder geval geen cola light. Mevrouw S. heeft dit meerdere keren geconstateerd en heeft naar eigen zeggen moeten vechten om voor elkaar te krijgen dat deze cliënt cola light mocht drinken. Dit zijn kleine dingen waarbij niet meteen gedacht wordt aan vrijheidsbeperkende maatregelen,

maar waarbij je wel voorbij gaat aan de wensen van de cliënt. Het is daarom belangrijk om goed naar de cliënt en zijn familie (die vaak wel weten wat hun verwant wil) te luisteren.

3. Hoe is de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen?
(Meer specifiek: wie zijn hierbij betrokken? Is er multidisciplinair overleg? Staan vbm in het zorgleefplan?)

De besluitvorming gaat altijd in samenspraak met een arts. Deze moet goedkeuring geven voor de toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel. De arts is ook eindverantwoordelijke. Tijdens een MDO wordt het zorgleefplan van de bewoners besproken, hier horen ook de vrijheidsbeperkende maatregelen bij. Het MDO, waar onder andere een arts bij aanwezig is, vindt twee keer per jaar plaats. Naast het MDO vindt er een grote visite van de arts plaats. Deze is ongeveer om de zes weken. Hierin worden de vrijheidsbeperkende maatregelen ook besproken.

Er zijn ook mensen die zelf een bedhek willen of familie die wil dat hun vader/moeder een bedhek heeft. Ondanks dat de mensen er zelf om vragen is dit wel een vrijheidsbeperkende maatregel. Hierover moet de arts ook beslissen.

4. Hoe lang wordt een vrijheidsbeperkende maatregel gemiddeld toegepast?
Dit verschilt per cliënt. Sensoren zijn meestal wel permanent.

5. Welke maatregelen komen volgens u het meeste voor? Kan dit minder?
Sensoren komen op de Passaat het meeste voor. Er moet hierin nog wel een slag gemaakt worden dat deze niet standaard ingezet worden. De arts vindt dit ook. Verder zijn de vrijheidsbeperkingen die binnen de Passaat gebruikt worden noodzakelijk. Het geeft voor een stuk ook veiligheid. Soms zijn de gevolgen van iemand vrij laten groter dan de gevolgen van een beperking. De manier van benaderen is hierbij heel belangrijk. Als er naar de cliënten en familie geluisterd wordt kan dit vaak de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen reduceren. De cliënt in regie laten is een belangrijk principe binnen Archipel. Er moet ook niet te snel een vrijheidsbeperking opgelegd worden. Mensen kunnen bijvoorbeeld thuis ook vallen, zonder dat dit te voorkomen is. Waarom zou een cliënt die in een instelling woont dan nooit meer mogen vallen?

100% vrij zijn van vrijheidsbeperkende maatregelen kan volgens mevrouw S. echter niet. De meeste cliënten accepteren een vrijheidsbeperkende maatregel na een tijdje ook. Vaak wordt een maatregel toegepast om iemand rust te bieden. Het is niet de bedoeling dat iemand zichzelf uitput door alleen maar te lopen en dat ze dus over hun grens gaan. Deze mensen hebben af en toe een rustmoment nodig en soms is hier bijvoorbeeld in band in de stoel voor nodig.

6. Wanneer vindt er evaluatie plaats en wat wordt daarin besproken?
In een ZAP, dit is een overleg tussen zorg (teamleider en/of contactverzorgende), arts en psycholoog) of tijdens het MDO worden de vrijheidsbeperkende maatregelen geëvalueerd. Hierbij wordt gekeken of ze gestopt kunnen worden. Één keer in de maand/twee maanden is er artsvisite, hierbij worden in ieder geval de vrijheidsbeperkende maatregelen besproken. Het is belangrijk dat hierbij altijd kritisch wordt gekeken. Tijdens het MDO worden er ook alternatieven besproken. Hier komt echter niet veel uit.

7. Heeft u nog aanbevelingen voor het beleid?
De alternatieven die er nu zijn, zijn minimaal. Mevrouw S. zou daarom graag meer alternatieven zien.

Verder is het belangrijk dat er onder het personeel een slag wordt gemaakt. Soms moet je gewoon iets proberen zonder gelijk aan ernstige scenario's te denken. De bedhekken zijn bijvoorbeeld weggehaald en er zijn eigenlijk geen ongelukken gebeurd. Ook de Zweedse banden die tegenwoordig niet meer mogen, zijn uit het oog verdwenen. Hierdoor denken mensen er niet meer aan en vinden mensen het ook niet meer nodig dat deze worden gebruikt.

Ballendekens worden ook als alternatief gezien. De bedoeling is dat mensen er een rustig gevoel van krijgen, alsof ze in de baarmoeder zitten. Deze ervaring verschilt echter per persoon. Het kan ook verstikkend voelen. Op de Passaat is de ballendeken bij een aantal personen uitgeprobeerd, maar dit bleek niet te werken.

Bijlage 4

Verslag interview mevrouw K.(1).

Het interview met mevrouw K. vond plaats op 6 april 2015 om 11.15 op de locatie Kanidas. Op deze locatie wonen 65 psychogeriatrische cliënten.

Mevrouw K. heeft mij eerst een korte rondleiding gegeven op de Kanidas. Er zijn een aantal gangen die naar de woongroepen leiden. De woongroepen zitten wel aan elkaar vast, zodat de bewoners rond kunnen lopen. De gangen zijn bedoeld voor het bezoek, om overlast/onrust op andere woongroepen te voorkomen (dat er vaak “vreemde” mensen voorbij lopen). Tijdens de rondleiding heb ik een huiskamer, een slaapkamer, tuintjes buiten en een rookhok gezien. In de slaapkamer stond een bed met halve bedhekken. De bedhekken zitten aan de zijkant van het bed en komen tot de helft. Je kunt dus het bedhek bij het hoofd of bij de benen omhoog doen. Op deze manier voelen mensen zich veilig en kunnen ze toch zelfstandig uit bed komen.

Hierna zijn we ergens gaan zitten om het interview te doen. Al snel bleek dat er op de Kanidas al een jaar eigenlijk geen vrijheidsbeperkende maatregelen meer worden gebruikt. Er worden wel sensoren gebruikt, maar dit valt volgens de Wet Bopz niet onder vrijheidsbeperkend.

Het interview is om deze reden iets anders gelopen dan met de vragen die ik voorbereid had. Hieronder volgt een verslag van de belangrijkste aspecten uit het gesprek.

Mevrouw K. is contactverzorgende op de Kanidas. Dit houdt in dat zij contacten met familie van bewoners onderhoudt en dit zo nodig ook communiceert met de rest van het team. Ze verzorgt verder het dossier van bewoners, maakt een planning voor de zorg en zelf staat zij ook in de zorg. Naast deze taken van contactverzorgende is zij ook aandachtsvelder op het gebied van vrijheidsbevordering en neemt zij deel aan het project ‘cliënt en regie’.

Op de Kanidas werden voorheen wel bedhekken gebruikt. Dit was veelal ter bescherming van de cliënt. Tegenwoordig zijn er halve bedhekken, waardoor het gebruik van hele bedhekken niet meer nodig was. Bladen en banden worden ook niet gebruikt. Het enige wat wel af en toe gebeurt, is dat de medicatie gecamoufleerd (door het eten) wordt aangeboden. Het doel van de Kanidas is dan ook om drie sterren voor een fixatie vrije instelling te krijgen.

Mocht het nodig zijn om toch een vrijheidsbeperkende maatregel toe te passen, dan wordt er eerst goed naar de situatie en de cliënt gekeken. Als er bijvoorbeeld sprake is van valgevaar wordt er eerst gekeken waardoor dit komt. Komt dit door een verslechterde conditie, door het dementie beeld of is de cliënt duizelig? Dan wordt er een risicosignalering gemaakt en besproken met de arts. Er is wekelijks een MDO waar ook de arts bij is. Er worden hier alternatieven besproken. Mevrouw K. wordt vaak betrokken bij het bedenken van alternatieven. Als uiteindelijk blijkt dat het echt niet anders kan, dan wordt er door de arts tijdelijk een vrijheidsbeperking voorgeschreven. Deze vrijheidsbeperking moet wel zo licht mogelijk zijn. De arts is eindverantwoordelijk.

Er vindt ook maandelijks een evaluatie plaats met de arts. Er wordt gekeken of de vrijheidsbeperking gestopt of stapsgewijs afgebouwd kan worden. Het stoppen of afbouwen moet uiteraard wel verantwoord gebeuren.

Mevrouw K. noemt een aantal mogelijke alternatieven; ballendeken, verlichting op de gang, een po-stoel naast het bed zetten, handschoenen als iemand zichzelf krabt, heupbeschermers bij valgevaar en antislip douchesokken zodat iemand zelf kan douchen zonder uit te glijden. Verder staat er op archidoc (interne website Archipel) een alternatievenbundel die gebruikt kan worden.

Als er een nieuwe bewoner komt op de Kanidas, krijgt hij in principe geen vrijheidsbeperking. Hij wordt goed begeleid en er wordt toezicht gehouden. Ook familie kan hierbij helpen. Op deze manier kan iemand in de gaten worden gehouden en hoeft hij bijvoorbeeld geen band in de stoel tegen het weglopen. Familie mag zelfs blijven slapen als zij dat willen. Dit gebeurt wel eens als een cliënt slecht ligt.

Familie vraagt nog wel vaak om bedhekken, maar dit mag eigenlijk niet. In de zorgleveringsovereenkomst staat namelijk dat de Kanidas een fixatievrije instelling is. Als familie deze overeenkomst tekent, kiezen zij hiermee voor zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen, dus ook geen bedhekken.

Familie heeft vaak niet door dat een vrijheidsbeperkende maatregel ook tot een onveilige situatie kan leiden. Het is bijvoorbeeld bekend dat er met bedhekken ongelukken kunnen gebeuren, omdat mensen eroverheen proberen te klimmen. Het letsel wat dan optreedt is erger dan wanneer ze zonder bedhekken gewoon uit bed waren gevallen.

Bij nieuwe bewoners wordt wel vaak een sensor op de kamer aangezet. Op deze manier kunnen de verzorgenden zien of iemand onrustig is 's nachts of juist goed slaapt. Dit kan volgens mevrouw K. ook anders. De nachtdienst kan ook eens per uur (stiekem) gaan kijken of iemand nog rustig in bed ligt. Dit is een beter alternatief dan de sensor, ook omdat er aan het plaatsen en weghalen van een sensor een hele procedure zit die lang kan duren. Mevrouw K. wil deze procedure liever niet starten als het niet nodig is. Het is raadzaam om van te voren bij de familie te informeren over valgevaar of dwaalgedrag bij de cliënt. Als dit het geval is, is er een reden om de sensor te plaatsen.

Mevrouw K. geeft een voorbeeld van iemand die een posey bed heeft gehad. Dit is een bed met een soort tent eromheen. De cliënt kan zich daarin vrij bewegen, maar kan er niet zelfstandig uitkomen. Het posey bed is bij deze cliënt ingezet, omdat hij 's nachts heel onrustig was en hierdoor ook overdag niet erg gezellig was. In het posey bed kon de cliënt wel goed slapen. Hij vond het zelfs leuk, hij dacht steeds dat hij op vakantie was. Later moest deze cliënt een keer naar het ziekenhuis en wilde hij het posey bed niet meer. Hier is naar geluisterd en hij kreeg weer een normaal bed. Dit voorbeeld laat ook zien dat een cliënt in de loop van de tijd over een aspect van de zorg anders kan gaan denken. Het is dan belangrijk om hier goed naar te luisteren en hier zoveel mogelijk op af te stemmen. In dit geval betekende het zelfs dat de vrijheidsbeperking weg kon.

Als er een vrijheidsbeperkende maatregel van toepassing is op een cliënt dan wordt dit altijd goed gerapporteerd in het dossier. Op deze manier is al het personeel ook op de hoogte. Het dossier heeft een kopje 'middelen en maatregelen'.

De Kanidas is een gesloten instelling, wat betekent dat mensen niet naar buiten mogen. Cliënten hebben daarom een armbandje om dat afgaat als zij door de eerste van de twee deuren naar buiten lopen. Dit staat ook vermeld in het dossier.

Zelf heb ik even wat over de nieuwe wet verteld. Mede omdat er toch steeds over valgevaar wordt gesproken, terwijl dit volgens de Wet Zorg en Dwang eigenlijk geen reden is om iemand een vrijheidsbeperking op te leggen.

Mevrouw K. is het hier wel mee eens. Ze geeft aan dat bewegen de beste remedie is om vallen te voorkomen. Verder is het belangrijk dat er veel en goed toezicht wordt gehouden op de cliënten.

Mevrouw K. heeft nog wel aanbevelingen voor het beleid. Zij vindt dat er naar familie duidelijker gecommuniceerd moet worden over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Familie heeft vaak niet door dat er ook gevaren kunnen zitten aan bijvoorbeeld een bedhek. Zij denken alleen maar aan de veiligheid en aan wat moeder/vader niet kan. Familie moet meer op de hoogte worden gesteld van de mogelijkheden en niet van de

onmogelijkheden. Er kunnen bijvoorbeeld ook geheugenspelletjes worden gedaan, zodat de cliënt niet zo snel achteruit gaat.

Verder is het belangrijk dat familie, maar ook verzorgenden accepteren wat de cliënt wil. Als een cliënt pindakaas, jam en kaas op dezelfde boterham wil, omdat hij denkt dat dat lekker is, dan moet hij die kans krijgen. Er moet dan niet iemand zijn die het afpakt en netjes zoals het “hoort” maar één soort beleg op de boterham doet. Dit is ook voor de stemming van de cliënt beter. De cliënt is in regie en er moet gekeken worden naar wat hij het prettigst vindt. Er moet ook rekening gehouden worden met veranderingen. Als iemand altijd koffie drinkt, maar dan ineens zin heeft in thee dan moet hij de kans krijgen om dit te zeggen en vervolgens te krijgen. Ook in deze kleine dingen moeten cliënten zo min mogelijk in hun vrijheid beperkt worden.

Hoe meer informatie er over de cliënt bekend is, hoe beter de zorg is. Per cliënt moet gekeken worden naar de mogelijkheden.

Verslag interview mevrouw Van M.

Het interview met mevrouw Van M. vond plaats op 9 april 2015 om 11.00 uur op locatie de Eerdbrand. Hier zijn 4 afdelingen waar psychogeriatrische patiënten wonen. Per afdeling zijn er ongeveer 21 bewoners.

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in de praktijk in?

Mevrouw Van M. is contactverzorgende op de Eerdbrand. Dit houdt in dat zij de tussenpersoon tussen collega's en familieleden van de bewoners is. Zij komt op voor de belangen van bewoners in overleg met familie. Zij heeft dus ook veel te maken met het (eventueel) opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Als contactverzorgende staat zij ook in de zorg en krijgt zij alles mee wat er op de vloer gebeurt. Hiernaast is zij praktijkbegeleider van leerlingen en stagiaires. Op deze manier kunnen leerlingen en ervaren medewerkers iets van elkaar leren.

2. Welke vrijheidsbeperkende maatregelen worden er (op uw locatie) gebruikt en wat verstaat u hieronder?

De afdeling waar mevrouw Van M. werkt, telt 21 bewoners. Hiervan hebben er drie hele beddekken die beide omhoog staan, zijn er vijf bewoners met een sensor, wordt er bij acht bewoners gecamoufleerd medicatie toegediend en zijn er twee bewoners met een save hip. Een save hip is bedoeld voor bewoners die vallen, de save hip vangt de val dan gedeeltelijk op. Dit wordt gezien als een lichte vrijheidsbeperking, omdat er natuurlijk wel iets tegen/op je lichaam zit.

Verder wordt er bij drie bewoners gebruik gemaakt van valmatrassen. Dit is niet vrijheidsbeperkend, maar is bedoeld om iemand die uit bed valt zacht op te vangen. Bij deze valmatrassen is er in één geval ook een bed wat tot te grond kan (vloerbed). Zo wordt ook nog de afstand van het bed naar de grond beperkt als iemand valt. De bewoner bij wie dit wordt toegepast ervaart het vloerbed niet als een beperking.

Tot slot zitten er een aantal mensen in een rolstoel. Zij zitten weliswaar vast, maar de rolstoel staat niet op de rem.

3. Hoe is de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen?

(Meer specifiek: wie zijn hierbij betrokken? Is er multidisciplinair overleg? Staat vbm in het zorgleefplan?)

Als er een vrijheidsbeperkende maatregel wordt opgelegd, gaat dit altijd in overleg met de arts. De arts overlegt ook nog de met familie van de bewoner.

Met de arts wordt door de contactverzorgende besproken waarom er een vrijheidsbeperkende maatregel nodig is en wat er eventueel anders kan. Hierna gaat de arts in overleg met de familie. Soms accepteert de familie dat er bijvoorbeeld valrisico is en dan hoeft er geen vrijheidsbeperkende maatregel ingezet te worden. Als familie dit echter niet accepteert, wordt er samen naar oplossingen gezocht. Als het niet anders kan dan wordt er een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd. Dit wordt ook middels een formulier vastgelegd. Dit formulier moet de familie altijd tekenen. Het kan zijn dat er sprake is van meerdere vrijheidsbeperkende maatregelen, voor iedere maatregel moet dan een apart formulier ingevuld en getekend worden. Op deze manier wordt alles schriftelijk vastgelegd. Verder kijkt de ergotherapeut regelmatig mee.

In het zorgplan wordt vastgelegd welke vrijheidsbeperkende maatregelen er bij een bewoner toegepast worden. Dit staat beschreven in domeinen. In het doelen-actie-plan is makkelijk te herkennen wat een bewoner nodig heeft en wat hij mankeert. Ook medicatie wordt aangegeven.

Een MDO vindt twee keer per jaar plaats. Hierbij zijn een arts, psycholoog en een contactverzorgende betrokken. Indien nodig worden er andere disciplines (bijv. ergo) bij betrokken.

4. Hoe lang wordt een vrijheidsbeperkende maatregel gemiddeld toegepast?

De contactverzorgende en de ergotherapeut kijken regelmatig of de vrijheidsbeperkende maatregel nog nodig is. Het komt wel voor dat sensoren of bedhekken stop gezet kunnen worden, omdat een bewoner rustig is geworden en dus niet meer uit bed valt of gaat dwalen. Het stopzetten van een maatregel gaat ook in overleg met de arts. Soms kunnen vrijheidsbeperkingen ook stopgezet worden, omdat er een alternatief is gevonden. Er zijn tegenwoordig bijvoorbeeld bedden die tot de grond kunnen. In dat geval zijn bedhekken bij sommige bewoners niet meer nodig. Bovendien wil de Eerdbrand (en eigenlijk alle andere locaties van Archipel) proberen om fixatievrij te worden. Het is dus niet zo dat een vrijheidsbeperkende maatregel permanent wordt opgelegd. Er kunnen allerlei ontwikkelingen zijn die stoppen mogelijk maken. Een echt gemiddelde van hoe lang iets wordt toegepast valt niet te geven. Dit hangt erg af van de bewoner en het type vrijheidsbeperkende maatregel.

5. Welke maatregelen komen volgens u het meeste voor? Kan dit minder?

Op het moment komen sensoren het meeste voor. Er zijn ook een aantal deursensoren. Deze zijn anders dan normale sensoren. Bij een normale sensor (op de kamer) moet de nachtdienst naar binnen gaan als de sensor afgaat om te kijken of iemand iets nodig heeft of gevallen is. Een gevolg hiervan kan zijn dat je iemand wakker maakt uit zijn slaap. Met een deursensor kun je dit voorkomen. De sensor staat dan buiten de deur, waardoor deze pas afgaat als iemand op de gang is. Dit wordt gebruikt bij bewoners die 's nachts overmatig gaan eten (uit de keuken in de huiskamer) of die bij andere bewoners de kamer binnen willen.

Er zijn ook drie bedhekken, wat op 21 bewoners best veel is.

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen kan wel minder als er alternatieven beschikbaar zijn. De nieuwe bedden met halve bedhekken hebben er bijvoorbeeld bij een aantal bewoners voor gezorgd dat de hele bedhekken weg konden.

Verpleegdekens worden goed overwogen en er wordt eerst gekozen voor een ballendeken. Beide kunnen echter wel gevaar opleveren. In de verpleegdekens kunnen mensen zich vast rollen en de ballen in een ballendeken kunnen naar beneden schuiven.

Een jumpsuit (ivm hygiëne) wordt al een jaar niet meer gebruikt. Tweedse banden mogen ook al een tijdje niet meer gebruikt worden. Verder worden tafelbladen niet meer gebruikt. Het is altijd lastig om te bepalen of iemand een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd moet krijgen, maar soms kan het niet anders.

6. Wanneer vindt er evaluatie plaats en wat wordt daarin besproken?

Er vindt regelmatig evaluatie plaats met de ergotherapeut. Deze heeft nog wel eens nieuwe ideeën. Dit gebeurt sowieso een keer in de drie maanden. De doktersvisite vindt iedere week plaats. Op de planning kan dan aangegeven worden welke bewoners met een vrijheidsbeperking besproken moeten worden. Dit gebeurt voor iedere bewoner ongeveer om de twee weken.

7. Heeft u nog aanbevelingen voor het beleid?

Een aanbeveling kan zijn om bij de opname al aan te geven aan de familie dat Archipel in principe fixatievrij wil zijn. Je kunt bijvoorbeeld aangeven dat er geen gebruik van banden of bedhekken wordt gemaakt. Iemand kan in dat geval zelf kiezen of hij zijn familielid hier wil laten wonen door af te wegen of hij fixatievrij juist goed vindt of dat hij het wel nodig vindt dat zijn familielid gefixeerd wordt. In dat laatste geval kan iemand ervoor kiezen om op zoek te gaan naar een andere instelling.

Het beleid over vrijheidsbeperkende maatregelen moet dus duidelijker naar voren komen naar familie toe. Ook alle medewerkers en disciplines moeten natuurlijk goed op de hoogte zijn. Het is ook belangrijk dat er overleg wordt gevoerd met meerdere disciplines.

Verder is het belangrijk dat de nieuwe wet (het aangepaste beleid naar aanleiding van de nieuwe wet) goed bekend wordt gemaakt binnen de organisatie. Op dit moment zijn nog niet alle aspecten bij iedereen bekend.

Na het interview heb ik een korte rondleiding gehad op de afdeling waar mevrouw Van M. werkt. Er zijn twee huiskamers. Eén voor mensen die nog wat meer prikkels aankunnen, hier staat bijvoorbeeld een tv aan en er wordt iemand aan zijn nagels verzorgd. De andere huiskamer is voor mensen die wat verder heen zijn en niet veel prikkels meer aankunnen. Het is hier merkbaar een stuk rustiger.

De bewoners slapen op een eenpersoonskamer met wat persoonlijke spulletjes.

Er zijn twee liften naar de etage (zes), als deze gebruikt worden, dan wordt er altijd op gelet dat de bewoners niet meelopen.

Ook laat mevrouw Van M. mij het apparaat zien dat de pillen maalt. Ze vertelt hierbij dat het malen van pillen soms ook wordt gedaan bij mensen die slikproblemen hebben. De medicijnen worden na het malen, gemengd met iets wat de cliënt lekker vindt (vla, pap of appelmoes).

Verslag interview mevrouw van den B.

Het interview met mevrouw Van den B. vond plaats op 9 april 2015 om 16.00 uur op locatie de Passaat.

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in de praktijk in?

Mevrouw Van den B. is arts binnen Archipel. Zij werkt 24 uur, waarvan zijn acht uur besteedt aan het opleiden van iemand tot specialist. De overige 16 uur werkt zij in de Passaat. Ze heeft de directe zorg over 40 mensen met dementie. Verder superviseert zij de specialist in opleiding die ook 40 mensen met dementie onder zich heeft en 20 mensen die lichamelijk aangedaan zijn. Hiernaast is zij bezig met procedures die artsen moeten volgen, zoals contact leggen met de apotheek en het lab. Ook zit zij in het expert team Parkinson om een dagbehandeling voor deze mensen op te zetten.

2. Welke vrijheidsbeperkende maatregelen komen er (op uw locatie) voor en wat verstaat u hieronder?

Deze week is er helaas een band in een rolstoel gestart. De mevrouw om wie het gaat, ging erg achteruit en bleef vallen. Ze kon niet meer lopen, maar dacht van wel. Hierdoor heeft zij meerdere eieren op haar hoofd opgelopen. Deze mevrouw heeft nu dus een band in de rolstoel, maar het is wel een trippelstoel. Op deze manier kan zij zich wel voortbewegen door met haar voeten als het ware zittend te lopen.

Op het moment is er nog één bewoner die bedhekken heeft. Bij de andere bewoners worden tegenwoordig halve bedhekken ingezet. In een enkel geval werken deze niet en dan moeten er toch hele bedhekken worden toegepast.

Er worden veel sensoren gebruikt.

Verder worden er plukpakken gebruikt. Dit is wel erg afgebouwd de laatste tijd. Eerst waren het er tien en nu nog maar twee. Dit komt mede door het gebruik van onesies. Dit zijn pakken die bewoners zelf kunnen openmaken, waardoor het niet meer vrijheidsbeperkend is. Ook zitten deze fijner (elastischer) dan een plukpak.

3. Hoe is de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen?

(Meer specifiek: wie zijn hierbij betrokken? Is er multidisciplinair overleg? Staat vbm in het zorgleefplan?)

Een keer in de zes maanden vindt er een MDO plaats. De arts en de contactverzorgende zijn hierbij altijd aanwezig. Per problematiek wordt bekeken welke discipline nog meer betrokken moet worden. Dit kunnen bijvoorbeeld de psycholoog of de ergo zijn. Ook familie wordt betrokken.

Het overleg tot het starten van een vrijheidsbeperkende maatregel vindt niet multidisciplinair plaats. In ieder geval niet in de zin dat er verschillende disciplines om een tafel gaan zitten. De arts raadpleegt de disciplines die hij nodig vindt vaak per telefoon.

De vrijheidsbeperkende maatregelen die opgelegd worden, moeten in het zorgleefplan staan. In het zorgleefplan zit een formulier waar domeinen op staan. Domein 1 gaat over de woon- en leefomstandigheden, domein 2 over participatie, domein 3 over welbevinden en domein 4 over gezondheid. Dit zijn kapstokken voor het opschrijven van de vrijheidsbeperkende maatregelen.

4. Welke maatregelen komen volgens u het meest voor? Kan dit minder?

De sensoren komen het meeste voor. Nog niet zo lang geleden werden sensoren standaard de eerste drie nachten bij een nieuwe bewoner toegepast. Sensoren zijn wel vrijheidsbeperkend, dus daarom is er voor gekozen om ze niet meer standaard in te zetten. Dit is al een stap die gemaakt is, maar het blijft nog wel voorkomen dat een sensor nodig is (ook de eerste paar nachten al). Als bewoners verder achteruitgaan en niet meer mobiel zijn dan kan een sensor vaak wel gestopt worden.

Er wordt ook altijd goed nagedacht over de inzet van maatregelen. Er is bijvoorbeeld een bewoner met een band in de stoel, omdat hij anders helemaal niet kan blijven zitten, onderuitzakt. Als bewoners een band voorgeschreven krijgen dan is dat omdat ze zelf niet kunnen lopen (door bijvoorbeeld een cva), maar denken dat ze het wel kunnen. Zo iemand probeert meerdere keren per dag op te staan en valt vervolgens vaak uit de stoel. Er worden dus wel stappen gemaakt en er worden goede overwegingen gemaakt, maar het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen zal in sommige gevallen toch altijd nodig zijn.

5. Wanneer vindt er evaluatie plaats en wat wordt daarin besproken?

Een keer in de twee maanden wordt er geëvalueerd. Mevrouw Van den B. neemt dan de lijst met voorkomende vrijheidsbeperkingen mee en gaat samen met de verpleegkundigen kijken hoe het gaat met de bewoners en of de maatregelen nog nodig zijn.

Bij een vrijheidsbeperking die nieuw gestart wordt, wordt er soms vaker geëvalueerd. Dit ligt aan het soort beperking. Een band wordt vaak al na twee dagen geëvalueerd en een sensor na zes weken.

6. Heeft u nog aanbevelingen voor het beleid?

Als er sprake is van een harde maatregel (bedhekken, band in stoel) dan zou het goed zijn om, na het overleg met de Bopz-arts, een second opinion aan te vragen bij een andere organisatie, zoals Vitalis. Op deze manier zouden er meer alternatieven naar voren kunnen komen.

Het budget is ook belangrijk. Er moet geld zijn voor alternatieven zoals vloerbedden en als er nieuwbouw is dan moet de domotica vanaf het begin fatsoenlijk zijn.

ITask (programma waarin alle vrijheidsbeperkende maatregelen worden verwerkt) geeft geen seintjes als er iets geëvalueerd moet worden. Dit moeten de arts en de contactverzorgende zelf bijhouden. Het zou handig zijn als ITask wel seintjes zou geven. Op deze manier wordt er niets vergeten of over het hoofd gezien.

De Raad van Bestuur moet meer handelen naar hetgeen zij zeggen. Als het bestuur bijvoorbeeld zegt dat de banden niet meer gebruikt mogen worden, dan moeten zij ook werkelijk alle banden uit het magazijn halen. Zolang er nog beschikking is over banden, kunnen medewerkers deze gewoon pakken en toepassen.

Na het interview heb ik nog een kleine rondleiding gehad om het loopcircuit te zien. Dit is erg groot. Bewoners hebben hierdoor veel bewegingsvrijheid. Ook kunnen zij op verschillende binnenplaatsjes naar buiten. Deze deuren zitten niet op slot. De deur die leidt tot het verlaten van het pand zit wel op slot. Op de muren zijn kleuren aangebracht. Iedere afdeling heeft zijn eigen kleur. Dit is bedoeld voor de bewoners, aan de kleur kunnen zij herkennen of ze op hun eigen afdeling zijn of niet.

Verslag interview de heer B.

Het interview met de heer B. vond plaats op 13 april 2015 om 09.00 uur op locatie de Fleuriade. De heer B. is verantwoordelijk voor zeven woningen met elk 10 tot 13 bewoners met dementie.

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in de praktijk in?

De heer B. is teamleider zorg op de Fleuriade. Dit houdt in dat hij (eind)verantwoordelijke is voor alles wat er binnen de aan hem toegewezen woningen gebeurt. Op 1 mei gaat de heer B. echter weg bij Archipel, omdat de teamleiders door de nieuwe organisatiestructuur overbodig zijn geworden.

2. Welke vrijheidsbeperkende maatregelen worden er (op uw locatie) gebruikt en wat verstaat u hieronder?

Ten eerste komen er vrij veel sensoren voor. Dit is een inbreuk op de privacy van een bewoner. Ten tweede noemt de heer B. de bedhekken. Ook worden er mensen gekanteld in hun rolstoel. Dit wordt bewust gedaan, omdat deze mensen er niet uit kunnen, maar dit soms wel denken/proberen. Het kantelen wordt wel weinig gebruikt. Het opleggen van een dergelijke beperking is namelijk geen reden meer bij valgevaar. Er komen ook nog een aantal plukpakken voor, deze voorkomen dat mensen zichzelf bevuilen. Heel sporadisch wordt er een band in een rolstoel gebruikt. Deze worden ingezet als behandeling na een heupoperatie. Mensen hebben namelijk de neiging om te gaan staan, terwijl zij dit niet kunnen. Na de operatie mogen zij 3 tot 6 weken niet lopen. Als deze termijn om is, wordt de band meestal ook verwijderd.

Het komt ook voor dat medicatie verdekt wordt toegediend. Het wordt dan gemalen en door de pap gedaan. Dit wordt gedaan als bewoners niet begrijpen waarvoor de medicatie bedoeld is.

Tot slot zijn er ook bewoners die zich niet laten verzorgen. Op het moment is dit niet het geval, maar in het verleden is dit wel eens voorgekomen. Bewoners die zich bijvoorbeeld niet willen laten wassen of verschonen, worden dan onder dwang toch gewassen of verschoond. Dit wordt niet zomaar gedaan. Het weigeren van de zorg kan tot bepaalde hoogte toe worden gelaten, als de gezondheid echter in gevaar komt dan moet er ingegrepen worden. Er worden tijdens de verzorging onder dwang zogenaamde humane grepen toegepast. Hierbij is ondersteuning van een agressiecoach die deze grepen ook kent. Kamerdeuren of kasten op slot doen, komt heel weinig voor.

3. Hoe is de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen?

(Meer specifiek: wie zijn hierbij betrokken? Is er multidisciplinair overleg? Staat vbm in het zorgleefplan?)

De besluitvorming gaat altijd multidisciplinair. Als tijdens een ZAP of artsvisite de vraag naar voren komt of er een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd moet worden, moet dit signaal multidisciplinair opgepakt worden. De arts moet uitvoeringsverzoeken doen en hierbij de psycholoog, de ergotherapeut en/of de fysiotherapeut betrekken. Als er een maatregel opgelegd wordt dan moet dit in het zorgleefplan worden opgenomen. Er moet een officieel document in het dossier, dit document moet ondertekend worden door familie.

4. Welke maatregelen komen volgens u het meeste voor? Kan dit minder?

Sensoren komen het meeste voor. Dit wordt in goed overleg met de nachtdienst en de avonddienst gedaan.

Om vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen is het belangrijk dat familie bij de voorkeur goed geïnformeerd wordt over de gang van zaken binnen de organisatie. Ook moet er in het geval van sensoren vertrouwen zijn dat er goede nachtdiensten rondlopen. Zij behoren te weten waar zij op moeten letten.

Fleuriade is ook bezig om een fixatievrije organisatie te worden. Hier is een keurmerk voor dat zijn graag willen behalen.

5. Wanneer vindt er evaluatie plaats en wat wordt daarin besproken?

De evaluatie hangt af van de zwaarte van de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregel.

Banden worden bijvoorbeeld redelijk vaak, één keer per maand geëvalueerd. Maatregelen worden sowieso een keer per twee/drie maanden geëvalueerd.

Er vindt ook twee keer per jaar een MDO plaats. Hierin wordt het hele zorgleefplan (dus ook de vrijheidsbeperkende maatregelen) besproken.

6. Heeft u nog aanbevelingen voor het beleid?

Het is belangrijk dat ook bij de kleine dingen goed wordt gekeken of er sprake is van dwang.

Een voorbeeld hiervan zijn routines; elke avond op dezelfde manier en op hetzelfde tijdstip bewoners op bed leggen. Als dit een routine is dan wordt er niet meer aan de cliënt gevraagd wat hij nou eigenlijk wil. Misschien wil hij helemaal nog niet naar bed vandaag. Er moet dus goed gekeken worden naar de mate van vrijheidsbeperkingen bij zulke routines. De cliënt moet zoveel mogelijk in regie blijven. Een ander voorbeeld is alvast de boterham smeren of zonder het te vragen melk en suiker in de koffie doen. Ook bij deze kleine dingen moet het uitgangspunt cliënt in regie beter in acht worden genomen. Deze dingen hoeven weliswaar niet geregistreerd te worden, maar zijn wel vrijheidsbeperkend en gaan ten koste van de bewoner. Er moet goed gefocust worden op de grenzen van dwang. Waar houdt dit op? Hiernaast is het belangrijk dat er veel wordt uitgelegd aan medewerkers en dat zij geschoold worden. Medewerkers moeten preventief gaan denken en daarmee vrijheidsbeperkende maatregelen voorkomen. De alternatieven van Vilans zijn enigszins bekend binnen de organisatie.

Als laatste is het belangrijk dat familie goed geïnformeerd wordt bij de voorkeur. Het is namelijk lastig als mensen bijvoorbeeld in het ziekenhuis bedhekken hebben gehad om deze af te bouwen. Als dit van te voren al duidelijk is voor familie, kan dit wellicht soepeler verlopen. Mede door continue alternatieven te proberen. Ook nieuwe ontwikkelingen moeten hierin meegenomen worden. De vloerbedden en halve bedhekken zijn goede alternatieven voor hele bedhekken.

Verslag interview mevrouw De W.

Het interview met mevrouw De W. vond plaats op 14 april 2015 om 15.00 uur op locatie Dommelhoef. Op dommelhoef zelf verblijven geen psychogeriatrische patiënten. Er wonen ongeveer 60 revalidatiecliënten en een aantal cliënten met een delier en hersenletsel. Er komen bij deze cliënten wel maatregelen voor die vrijheidsbeperkend zijn. De methodiek van het toepassen van deze maatregelen is hetzelfde als bij psychogeriatrische patiënten.

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in de praktijk in?

Mevrouw De W. is ergotherapeut op het kenniscentrum revalidatie binnen Archipel. Zij is tevens al vijf jaar betrokken bij de centrale commissie bopz. Hiervan is zij zelfs een tijdje voorzitter geweest. De commissie heet tegenwoordig commissie vrijheidsbevordering, omdat ook binnen de somatiek en revalidatie maatregelen voorkomen die vrijheidsbeperkend zijn. Ook voor deze mensen wil Archipel kwaliteit waarborgen door middel van een zorgvuldige procedure. De methodiek van het toepassen van deze maatregelen is hetzelfde als bij psychogeriatrische cliënten (alternatieven zoeken, MDO). Alleen de grondslag is niet de Wet Bopz, maar de WGBO. Bij wilsbekwame cliënten wordt uiteraard ook rekening gehouden met de mening van de cliënt. De maatregelen die in de somatiek worden toegepast, worden wel geregistreerd, zodat Archipel een overzicht heeft. Deze registratie gaat echter niet, zoals de registratie van de maatregelen op grond van de Wet Bopz, naar de Inspectie. In de commissie kan mevrouw De W. enerzijds meedenken vanuit haar functie als ergotherapeut en anderzijds denkt zij mee in het beleid (mevrouw De W. is een van de auteurs van het beleidsdocument vrijheidsbeperking vrijheidsbevordering).

2. Welke vrijheidsbeperkende maatregelen komen er (op uw locatie) voor en wat verstaat u hieronder?

Op Dommelhoef komen meer vrijheidsbeperkende maatregelen voor dan je zou denken. (Het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen wordt gebruikt, omdat het 'assortiment' hetzelfde is als bij de psychogeriatrische cliënten. Wettelijk gezien valt deze term alleen onder de Wet Bopz en niet onder de WGBO).

Er komen sensoren voor. Er worden hele bedhekken ingezet. Tegenwoordig is dit wel minder, omdat er steeds meer aandacht is voor het afbouwen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook zijn er recent nieuwe bedden geleverd die tot de grond kunnen.

Op het moment wordt er een tentbed ingezet. Dit is een forse maatregel.

Wat ook wel eens voorkomt is het gebruik van een band in de stoel.

Gedragsbeïnvloedende medicatie wordt ook toegediend. Tot slot komen er ballendekens voor.

Bij de genoemde maatregelen is sprake van een akkoord van de cliënt. Zij zijn (meestal) wilsbekwaam en er wordt met hen overlegd over de maatregelen.

3. Hoe is de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen?

(Meer specifiek: wie zijn hierbij betrokken? Is er een multidisciplinair overleg? Staat vbm in het zorgleefplan?)

Bij de psychogeriatrische cliënten word altijd met de eerste contactpersoon overlegd. Hier (op Dommelhoef) wordt met de cliënt zelf overlegd, omdat zij zoals gezegd wilsbekwaam zijn. Vaak vragen cliënten zelf om een maatregel, vooral naar bedhekken is veel vraag. Als er een maatregel ingezet moet worden, wordt er multidisciplinair een analyse doorlopen. Er wordt gekeken of de maatregel noodzakelijk is, welke voor- en nadelen er zijn, of er risico's zijn en of er alternatieven zijn. Dit wordt ook met de cliënt zelf besproken. De arts beslist uiteindelijk of het verantwoord is om een bepaalde maatregel in te zetten. In deze besluitvorming zitten veel overeenkomsten met de besluitvorming rondom psychogeriatrische cliënten. Dit is ook makkelijker voor de degenen die met de dagelijkse zorg te maken hebben.

Bij het multidisciplinaire overleg zijn, naast de arts, de ergotherapeut, de fysiotherapeut, de verpleegkundige dienst en de psycholoog betrokken. Indien cliënten iets niet begrijpen, kan ook een logopedist ingeschakeld worden. Het ligt voornamelijk aan de oplossingsrichting welke disciplines er worden betrokken bij het overleg.

De opgelegde maatregel wordt ook in het zorgleefplan opgenomen.

Het kan zijn dat er zich een noodsituatie voordoet. Op zo'n moment kan er niet met de cliënt overlegd worden.

4. Wanneer vindt er evaluatie plaats en wat wordt daarin besproken?

De evaluaties gebeuren niet altijd consequent multidisciplinair. Het hangt vaak van de arts af, terwijl de andere disciplines er ook mee bezig moeten zijn. Er wordt wel volgens het beleid iedere drie maanden geëvalueerd. Sommige maatregelen worden al eerder geëvalueerd. Bij een tentbed bijvoorbeeld wordt meteen de dag erna al gekeken hoe dit is gegaan.

Naast de evaluaties is er continue bijsturing van de medewerkers die bij de dagelijkse zorg betrokken zijn. Dit komt ook omdat mensen op revalidatie zich snel ontwikkelen. De medewerkers moeten continue alert zijn en bekijken of een maatregel afgebouwd kan worden en of er iets in de situatie van de cliënt veranderd is.

5. Welke maatregelen komen volgens u het meeste voor? Kan dit minder?

Er komen veel sensoren voor. Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen kan volgens mevrouw De W. minder worden door bewustwording op de werkvloer te creëren. Ook het zoeken naar alternatieven is erg belangrijk. Dit kan nog wel beter.

Op de revalidatie is het vooral van belang dat er gekeken wordt naar de situatie van de cliënt en of deze verbeterd is.

6. Heeft u aanbevelingen voor het beleid?

Mevrouw De W. is een van de auteurs van het beleid, maar zij ziet op de werkvloer wel dat er bepaalde knelpunten zijn. Zij krijgt ook vaak van collega's de vraag hoe iets nou moet. Het beleidsstuk is best uitgebreid en log. Het nodigt niet uit tot lezen. Het is dan ook aan te bevelen om het stuk aantrekkelijker te maken voor de werkvloer. Het moet voor alle medewerkers goed te begrijpen zijn en er moet goed mee gewerkt kunnen worden. Sommige dingen moeten verplicht in het stuk staan, maar zijn niet op iedereen van toepassing. Een arts moet bijvoorbeeld meer weten dan een verpleegkundige. Het stuk zou daarom meer moeten aansluiten op wat de werkvloer wil hebben.

Verslag interview mevrouw K.(2).

Het interview met mevrouw K. vond plaats op 22 april 2015 om 14.00 uur op locatie Berkenstaete. Mevrouw K. is teamleider op de afdeling Berkenhof waar 30 psychogeriatrische cliënten verdeeld over drie hofjes wonen.

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in de praktijk in?

Mevrouw K. is teamleider zorg op de afdeling Berkenhof. Dit betekent dat zij verantwoordelijk is voor wat er op deze afdeling gebeurt. Zij maakt de planning en kijkt met contactverzorgenden mee wanneer een cliënt wordt opgenomen en wanneer er een zorgleefplan wordt opgesteld. Verder is zij betrokken bij het MDO en de ZAP (overleg tussen zorg, arts en psycholoog) als deze plaatsvinden. Binnenkort zal zij echter voor het ambulant verpleegkundig team gaan werken, omdat Archipel zelfsturing wil doorvoeren. Door zelfsturing zijn uiteindelijk de teamleiders niet meer nodig.

2. Welke vrijheidsbeperkende maatregelen worden er (op uw locatie) gebruikt en wat verstaat u hieronder?

Op Berkenhof worden er onder andere sensoren gebruikt. Er zijn vaste en losse sensoren. De vaste sensoren gaan al af als iemand beweegt in zijn bed. Losse sensoren geven cliënten meer loopvrijheid, zodat zij zelf naar het toilet kunnen.

Er is één cliënt met bedhekken. Dit is op eigen verzoek en tevens voor de veiligheid.

Er is ook één cliënt met een verpleegdeken en één cliënt met een riem in de stoel. Deze riem kan de cliënt wel zelf losmaken.

Verder wordt er gebruik gemaakt van een laag bed en een plukpak.

Er is ook sprake van medicatie die wordt gemalen en op die manier aan de cliënt wordt gegeven. Dit is echter niet hetzelfde als gecamoufleerd toedienen van medicatie, omdat er wel tegen de cliënt wordt gezegd dat hij medicatie krijgt.

Een tijdje geleden was er ook sprake van een cliënt die onder dwang verzorgd moest worden. Hierbij werden het aantal zorgmomenten beperkt tot wanneer het echt nodig was, omdat de cliënt vervuild was. Dit ging in samenspraak met de familie.

Op het moment is er een cliënt die soms verzet toont tegen de zorg. In overleg met de psycholoog is ervoor gekozen om dan even weg te gaan, zodat de cliënt tot rust kan komen. Een kwartier/half uur later wordt de zorg nogmaals aangeboden. Meestal accepteert de cliënt de zorg dan wel.

Er is ook nog een situatie die niet rechtstreeks onder vrijheidsbeperkend valt, niet geregistreerd wordt, maar voor de cliënt wel beperkend is. Namelijk wanneer een cliënt geen rem kent bij het eten. Er wordt niet tegen de cliënt gezegd "U mag nu niet meer eten", maar er wordt wel op gelet dat de cliënt niet te ver gaat. Hij mag wel zelf zijn boterham smeren, maar er wordt geen heel brood neergelegd.

Wat specifiek op Berkenhof nog speelt is dat er een klein loopcircuit is. De afdeling is gesloten en de cliënt staat vrij snel aan een gesloten deur.

3. Hoe is de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen?

(Wie zijn hierbij betrokken? Is er multidisciplinair overleg? Staat vbm in het zorgleefplan?)

Als er een aanleiding bestaat om een vrijheidsbeperkende maatregel op te leggen, wordt dit altijd met een arts besproken. De arts voert dit ook in op ITask. Sinds januari worden de opgelegde vrijheidsbeperkende maatregelen iedere twee maanden multidisciplinair geëvalueerd. Hierbij zijn de psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtiste, arts en contactverzorgende betrokken. Tijdens het overleg wordt gekeken of de vbm nog nodig is en of er afgebouwd kan worden. De vbm wordt opgenomen in het zorgleefplan en hier moet regelmatig op gerapporteerd worden.

4. Welke maatregelen komen volgens u het meeste voor? Kan dit minder?

Sensoren komen het meeste voor. Dit voelt toch het minst als vrijheidsbeperkend. Vaak wordt deze maatregel ingezet voor het gevoel van de nachtdienst. Er is maar één nachtdienst op 30 cliënten. Als er sensoren worden ingezet heeft de nachtdienst meer een gevoel van controle. Er moet wel op gelet worden dat dit geen schijnveiligheid oplevert. Eerst was het zelfs zo dat een nieuwe cliënt de eerste drie nachten standaard een sensor kreeg. Er is besloten om dit niet meer te doen, omdat de vrijheid van een cliënt belangrijker is.

In de bedhekken is een enorme slag gemaakt. Deze worden al een stuk minder ingezet. Laatst was er een cliënt met bedhekken. Dit werd wekelijks besproken om te kijken of het nog nodig was. De cliënt werd 's ochtends en 's avond gevraagd hoe zij erin stond. Dit werd ook gerapporteerd. Het werd ook duidelijk dat vooral de familie om de bedhekken vroeg. Er moet hierbij ook goed naar de wilsbekwaamheid van de cliënt gekeken worden. Ook een psychogeriatrische cliënt kan op sommige punten nog wilsbekwaam zijn.

Het is dus vooral belangrijk dat er een doel voor ogen is met het opleggen van een vbm. Hierbij is het belangrijk dat er goed gerapporteerd wordt en dat de situatie steeds herzien wordt. Mensen die hier wonen, worden uiteindelijk allemaal slechter en/of rustiger waardoor de situatie veranderd en een vbm misschien niet meer nodig is.

Verder is het belangrijk dat aan familie duidelijk wordt gemaakt dat het vooral gaat om vrijheidsbevordering en niet om beperking.

Soms komen er situaties voor die moeilijk zijn. Er is bijvoorbeeld een cliënt die een aantal keer gevallen is en daaraan een breuk heeft overgehouden. Vallen is geen aanleiding voor een vbm en dit moet dan aan de familie uitgelegd worden.

Ook was er laatst een discussie over een cliënt die 's nachts bij andere cliënten op de kamer komt. Dit levert aparte taferelen op, maar je mag iemand niet opsluiten in zijn eigen kamer.

5. Wanneer vindt er evaluatie plaats en wat wordt daarin besproken?

Als er een nieuwe vbm wordt opgelegd, wordt deze na twee weken geëvalueerd. Daarna wordt er minimaal een keer in de drie maanden geëvalueerd. Er wordt ook steeds gekeken of er alternatieven mogelijk zijn. Hiervoor is het belangrijk dat er goed gerapporteerd wordt. Het doel van een vbm of een alternatief is altijd om de cliënt te beschermen.

De evaluatie van iedere drie maanden vindt multidisciplinair plaats.

Een MDO waarbij het hele zorgleefplan wordt besproken (ook bij cliënten zonder vbm) vindt twee keer per jaar plaats.

Het is belangrijk dat er meerdere meningen zijn en dat er altijd naar alternatieven wordt gezocht.

6. Heeft u nog aanbevelingen voor het beleid?

Het zou goed zijn om eens een vreemde mee te laten kijken naar de inzet van bijvoorbeeld sensoren. Deze worden namelijk vrij veel ingezet. Misschien ziet iemand die er van te voren niet bij betrokken was, een alternatief waar nog niet eerder aan gedacht is. Tijdens het MDO ontstaat op een gegeven moment toch een blinde vlek, omdat je steeds met dezelfde mensen om tafel zit. Bovendien moet je altijd vragen aan elkaar kunnen stellen binnen een organisatie.

Ook zou het goed zijn als er onder de medewerkers meer bewustwording zou plaatsvinden. Er moet bewust naar vrijheidsbevordering gestreefd worden. Dit kan bereikt worden met scholing. Hierbij is het 'nee-tenzij' principe erg belangrijk.

Verder moet je niet altijd iedereen in de gaten willen houden. Cliënten die niet weglopen zou je misschien ook naar de Gasterij kunnen laten gaan. Hierdoor zou je ook een stukje van het eerder genoemde kleine loopcircuit kunnen uitbreiden.

Tot slot is het belangrijk om altijd aandacht te houden voor regie over eigen leven. Cliënten moeten de kans krijgen zoveel mogelijk zelf te doen. Het is bijvoorbeeld niet nodig om alvast

de suiker en melk in de koffie te doen als de cliënt dit zelf kan.

Op een gegeven moment tijdens het interview komt het gebruik van een camera ter sprake. Er hangt op de afdeling Berkenhof een camera op de gang. Deze wordt 's nachts gebruikt door de nachtdienst. Op deze manier hoeven er niet altijd sensoren ingezet te worden en kun je cliënten toch in de gaten houden. Bovendien gun je cliënten meer loopruimte dan alleen op de eigen kamer. De beelden worden alleen live bekeken en kunnen niet teruggehaald worden. Op de kamers zelf hangen geen camera's, echt alleen op de gang. De vraag is alleen of en in welke mate dit vrijheidsbeperkend is?

- ➔ Volgens de alternatievenbundel van Vilans scoort een camera om toezicht te houden een vbm score 0. Dit betekent dat het niet vrijheidsbeperkend is.

Na het interview laat mevrouw K. mij een (deel van een) dossier zien. Hierin evalueert de arts een vrijheidsbeperkende maatregel. Er staat ook telkens bij waarom een vbm is opgelegd en welk doel ermee beoogd wordt. Verder schrijft de arts op of een vbm gestopt kan worden of door moet gaan en in het geval van doorgaan of de cliënt al dan niet verzet toont.

Verslag interview mevrouw H.

Het interview met Michelle H. vond plaats op 23 april 2015 om 14.40 op locatie Ekelhof. Op Ekelhof wonen 60 psychogeriatrische cliënten. Er zijn zes groepswoningen waar de cliënten in groepen van tien verblijven.

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in de praktijk in?

Mevrouw H. is contactverpleegkundige op afdeling De Molen op Ekelhof. Zij onderhoudt contacten tussen alle disciplines om een bewoner heen. Dit zijn onder andere de arts, psycholoog en natuurlijk de familie. Mevrouw H. coördineert dit alles, zodat een en ander overzichtelijk blijft. Ook houdt haar taak als contactverpleegkundige in dat zij het zorgleefplan van de bewoners bewaakt. Alles wat hierin staat moet nageleefd worden.

2. Welke vrijheidsbeperkende maatregelen worden er (op uw locatie) gebruikt en wat verstaat u hieronder?

Op dit moment worden er vrij weinig vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet. Er is één bewoner met een sensorbel en één bewoner waarvan een kastdeur op slot moet. De kast moet op slot, omdat deze mevrouw anders steeds haar kast leeghaalt en zich 's nachts gaat aankleden. Verder wordt er gebruik gemaakt van een aantal plukpakken. Deze hebben een rits aan de achterkant, waardoor de cliënt het pak niet zelf uit kan doen. Er worden op het moment geen bedhekken gebruikt. Deze worden alleen ingezet als cliënten hier doelbewust voor kiezen én als een andere oplossing niet mogelijk blijkt.

3. Hoe is de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen?

(Meer specifiek: wie zijn hierbij betrokken? Is er multidisciplinair overleg? Staat vbm in het zorgleefplan?)

Als we tegen een probleem aanlopen bespreken we dit met de arts en desgewenst met de psycholoog. In dit gesprek wordt er eerst gekeken hoe het probleem opgelost kan worden zonder een vrijheidsbeperkende maatregel in te zetten. Er worden dan ook eerst alternatieven uitgetoetst. Als deze alternatieven echter niet werken en er zijn geen andere opties meer, dan wordt er een vrijheidsbeperkende maatregel ingezet. Het kan ook voorkomen dat de veiligheid van een persoon dusdanig in het gedrang komt dat er meteen middelen en maatregelen ingezet moeten worden. Dit wordt zo mogelijk ook eerst met de arts besproken.

De arts en de psycholoog zijn eigenlijk altijd betrokken bij de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel. De arts moet dit melden in ITask. Deze melding komt ook in het zorgleefplan. Voor het opnemen van de vrijheidsbeperkende maatregel in het zorgleefplan moet ook altijd de eerste contactpersoon van de cliënt tekenen.

4. Welke maatregelen komen volgens u het meeste voor? Kan dit minder?

Zoals gezegd komt er op het moment niet veel voor. Als je echter naar het afgelopen jaar kijkt, valt het op dat er veel sensorbellen voor in de nacht worden gebruikt. We zijn al bezig geweest en nog bezig om dit op te lossen. Momenteel worden er bijvoorbeeld een aantal lage bedden gebruikt. Deze kunnen zo laag bij de grond dat je niet meer kan spreken van een val als een cliënt uit bed 'valt'. Er worden ook valmatten gebruikt. Deze verzachten de val.

Er worden nog wel een aantal plukpakken gebruikt. Deze worden vooral ingezet in verband met de persoonlijke hygiëne van de cliënten. Zonder plukpak gaan zij bijvoorbeeld met ontlasting smeren, waardoor de persoonlijke hygiëne in gevaar komt of ze gaan op de grond plassen, waardoor er valgevaar ontstaat. Vaak worden deze pakken maar voor een periode gedragen. Er wordt regelmatig gekeken of iemand zonder kan. Recent nog is er bij iemand het plukpak stopgezet.

5. Wanneer vindt er evaluatie plaats en wat wordt daarin besproken?

De mensen die in de dagelijkse zorg staan, blijven altijd naar de cliënten kijken. Het is een continue lopend proces, omdat je een cliënt niet van zijn vrijheid wil beroven, maar soms niet anders kan. Het is wel van de cliënt zelf afhankelijk wanneer er een daadwerkelijke evaluatie plaatsvindt. Evaluatie vindt dan ook vaak plaats op inzicht van de zorg op de afdeling. De arts houdt zelf ook in de gaten of een bepaalde cliënt weer besproken moet worden. Overleg met de arts vindt sowieso plaats tijdens de wekelijkse grote artsensite. Een MDO waar alles wordt besproken vindt ieder half jaar plaats.

Tijdens de evaluatie wordt besproken wat de oorzaak van de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel is. Deze oorzaak staat ook vermeld in het zorgleefplan. Als de oorzaak voor een probleem is verdwenen, kan vaak ook de vrijheidsbeperkende maatregel stopgezet worden. Er moet goed gekeken worden waarom iemand beperkt wordt en ook of het inmiddels anders kan door bijvoorbeeld een alternatief in de zetten. Verder mag de familie ook meedenken.

6. Heeft u nog aanbevelingen voor het beleid?

(Meer specifiek: merkt u dat er knelpunten zijn? Heeft u suggesties om ervoor te zorgen dat er zo min mogelijk dwang wordt toegepast?)

Tegenwoordig worden er vaker lage bedden ingezet in plaats van sensorbellen. Op deze afdeling is een laag bed volgens mevrouw H. veel meer beperkend dan een sensorbel. De cliënten die hier wonen hebben de kracht niet om van een laag bed op te staan. Met een laag bed voorkom je dat iemand uit bed valt, maar ook dat iemand zelfstandig uit bed kan komen. Met een sensorbel voorkom je dat iemand langere tijd op de grond ligt als hij gevallen is, maar geef je de cliënt wel meer vrijheid. Als de sensorbel afgaat, kan de nachtdienst bijvoorbeeld even gaan kijken bij de cliënt en als er niets aan de hand is dan kan de cliënt zich vrij blijven bewegen. In dit kader is de aanbeveling die mevrouw H. doet dat men beter moet kijken naar het doel van de vrijheidsbeperkende maatregel en naar de persoon waarbij je deze inzet. Er wordt te vaak naar de negatieve aspecten gekeken. Met een vrijheidsbeperkende maatregel wil je iemand juist beschermen en behoeden voor bijvoorbeeld het breken van een heup.

Mevrouw H. geeft tijdens het interview ook te kennen dat zij eigenlijk nog niets weet van de nieuwe wet. Het is dan ook aan te bevelen aan Archipel om de Wet Zorg en Dwang meer onder de aandacht te brengen bij de medewerkers.

Interview mevrouw B.

Het interview met mevrouw B. vond plaats op 29 april 2015 om 16.00 uur op locatie De Landrijt. Op De Landrijt wonen cliënten met psychogeriatrische of gerontopsychiatrische aandoeningen als Huntington, Korsakov en dementie op jonge leeftijd. Ook wonen er mensen met ernstige lichamelijke gezondheidproblemen zoals niet aangeboren hersenletsel, MS en Parkinson.

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in de praktijk in?

Mevrouw B. is specialist ouderengeneeskunde op locatie De Landrijt. Hiernaast is zij Bopz-arts binnen Archipel.

In de functie specialist ouderengeneeskunde is mevrouw B. verantwoordelijk voor het medische beleid rondom patiënten die zijn opgenomen op De Landrijt. Dit betekent ook dat zij verantwoordelijk is voor de keuzes rondom de inzet van middelen en maatregelen bij mensen die op grond van de Wet Bopz zijn opgenomen. Op het gebied van somatiek moet zij ook overwegingen maken. Dit valt onder de WGBO.

Als Bopz-arts van Archipel is mevrouw B. overkoepelend verantwoordelijk voor het beleid over en de inzet van middelen en maatregelen. Zij moet dwangbehandeling melden bij de Inspectie. Binnen Archipel is het zo geregeld dat iedere specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk is voor zijn eigen locatie, mevrouw B. wordt wel op de hoogte gehouden en kan controleren, maar is niet altijd betrokken bij de uitvoering.

2. Welke vrijheidsbeperkende maatregelen worden er (op uw locatie) gebruikt en wat verstaat u hieronder?

Binnen Archipel wordt er gebruik gemaakt van een beperkt 'assortiment' van vrijheidsbeperkende maatregelen die ingezet kunnen worden. Deze zijn te vinden in het beleid. De vrijheidsbeperkende maatregelen worden ook geregistreerd.

Op dit moment worden er vrij veel sensoren ingezet. Ook bedhekken, blad op stoel en band in stoel worden ingezet. Bij uitzondering worden er nog banden in het bed gebruikt. Dit zijn geen Zweedse banden (dit mag niet meer). Heel af en toe wordt er ook een poseybed ingezet.

Het komt niet vaak voor dat een patiënt zich verzet tegen de toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel. Mevrouw B. geeft hier wel een voorbeeld van. Er was iemand die in een poseybed moest slapen. Deze patiënt ging hier wel in liggen, maar maakte verbaal kenbaar dit eigenlijk niet te willen. Dit moet dan gemeld worden bij de Inspectie. Inmiddels is het gebruik van dit poseybed wel gestopt.

Wat ook sporadisch voorkomt is verzet tegen de zorg. Het is soms toch nodig om iemand te verzorgen. Dan is er sprake van zorg onder dwang. Ook dit wordt gemeld bij de Inspectie. Meldingen bij de Inspectie worden overigens alleen gedaan als er frequent en met een vaste structuur gebruik wordt gemaakt van dwang. Een melding wordt in verband met de administratieve rompslomp goed afgewogen.

3. Welke maatregelen komen volgens u het meeste voor?

Dit weet mevrouw B. niet uit haar hoofd. Er vindt registratie plaats en deze kan uitgedraaid worden als dit nodig is. De beleidsmedewerkers maken ook regelmatig een analyse van de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen.

De specialisten ouderengeneeskunde moeten voor hun eigen locatie een registratie bijhouden. Als bopz-arts krijgt mevrouw B. hier ook meldingen van (bijvoorbeeld als een band in een rolstoel of bed wordt voorgeschreven). Zij kijkt dan of de analyse in het registratiesysteem (ITask) begrijpelijk is en toetst dit ook bij collega's. De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor de inzet op zijn locatie en mevrouw B. kijkt af en toe mee. Zij krijgt in ieder geval alle nieuwe meldingen te zien.

4. Hoe is de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen?

(Meer specifiek: wie zijn hierbij betrokken? Is er multidisciplinair overleg? Staat vbm in het zorgleefplan?)

Als specialist ouderengeneeskunde is mevrouw B. altijd betrokken bij de beslissing of een middel of maatregel wordt ingezet (of beëindigd). Dit gebeurt tijdens een MDO. Hierbij zijn ook de psycholoog en de verzorgende betrokken. Eventueel kunnen er meer disciplines worden ingeschakeld, zoals de ergotherapeut. Tijdens het MDO worden er ook alternatieven besproken.

Als Bopz-arts is mevrouw B. niet standaard betrokken bij de besluitvorming rond vrijheidsbeperkende maatregelen, maar zij kan wel altijd meedenken als hier behoefte aan is.

Een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ook altijd opgenomen in het zorgleefplan

8. Wanneer vindt er evaluatie plaats en wat wordt daarin besproken?

Bij een nieuwe vrijheidsbeperking wordt er al na twee weken geëvalueerd. Daarna wordt er elke drie maanden geëvalueerd. Dit gebeurt vaak tijdens de grote visite.

Tijdens een MDO is er vaak geen ruimte om de vrijheidsbeperkingen uitgebreid te bespreken. Tijdens het MDO wordt namelijk het hele zorgleefplan besproken. De vrijheidsbeperkingen worden dan voorafgaand aan het MDO besproken en kort meegenomen tijdens het MDO.

9. Heeft u nog aanbevelingen voor het beleid?

Op dit moment wordt er op indicatie bepaald wie er betrokken wordt bij evaluaties. Het aantal disciplines dat aanwezig moet zijn bij de evaluatie is niet structureel ingebed in het beleid.

Het zou prettiger zijn als dat wel in het beleid wordt opgenomen. Een ergotherapeut wordt nu bijvoorbeeld niet standaard betrokken bij de evaluatie, maar dit is vaak wel wenselijk.

De evaluaties zouden op deze manier ook meer multidisciplinair worden.

Het zou tevens prettiger zijn als het minder moeite zou kosten om te plannen wanneer de vrijheidsbeperkende maatregelen worden besproken. Misschien kan hier een vast moment voor worden afgesproken. Nu is het te impliciet bepaald.

Rapport aantal vbm actueel 28-04-15

001 Aantal VBM's actueel

Type vrijheidsbeperkende maatregel	Afdeling (onderwerpen)										
	Dommelhof	Landrijt	Passaat	Eerdband	Kanidas	Akkers	Berkenstaete	Eikelhof	Fleurtrade		
Onrustband in stoel	5	6	5	1	0	0	1	0	0	0	0
Band in bed + volledige bedrücken	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Volledige bedrücken	27	24	11	11	0	2	2	0	4	8	0
Gedragbeïnvloedende medicatie (met als gevolg vrijheidsbeperking)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Verpleeggeleken/spannaken	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Onbedienbare ren op stoel/stoel op blad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fixerende grepen bij crisissituatie	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Plukgok/hansop	2	0	2	3	0	1	0	0	8	2	0
Tentbed	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alzondering	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
* Blad op stoel/diepe stoel/onvrijwillig kantelen	11	8	2	5	2	0	0	2	1	1	0
Poseybed	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gecamoufleerd aanbieden van psychofarmaca	0	6	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Gecamoufleerd aanbieden van overige medicatie	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Kamerdeur op slot bij aanwezigheid cliënt in de kamer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gedwongen toediening van voeding/vocht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sensor/belmatje	15	46	25	23	23	7	1	15	23	0	0
Uitluistermateriaal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Camera-toezicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gps systeem met vrijheidsbeperkende opvolging	2	14	3	0	0	0	0	0	0	0	1
Mobile telefoon i.c.m. individuele afspraak	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anders	5	20	5	7	3	2	1	4	1	1	1
Totaal	67	136	54	51	29	13	2	33	38		

Rapport gegenereerd op 28-04-2015 - 8:46

Beslisboom toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen



2.6 Via een brief aan de klachtencommissie

Routing:

- de klager stuurt een brief aan de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie (een BOPZ klacht mag ook mondeling worden ingediend);
- Eventueel helpt de cliëntvertrouwenspersoon of een andere medewerker bij het op papier zetten van de klacht. De klager ondertekent dit stuk;
- de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie stuurt in de regel binnen vijf werkdagen na ontvangst van de klacht een ontvangstbevestiging en informatie over het verdere verloop van de procedure;
- de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie informeert binnen vijf werkdagen na ontvangst van de klacht de aangeklaagde en de zorgaanbieder over de indiening van de klacht en het verdere verloop van de procedure (bij BOPZ-klacht binnen drie werkdagen);
- de klachtencommissie beslist over de ontvankelijkheid van de klacht;
- de klachtencommissie informeert zich over de klacht;
- de klachtencommissie oordeelt over de klacht binnen vier weken na ontvangst van de klacht (bij BOPZ-klacht binnen twee weken);
- de klachtencommissie informeert de betrokkenen schriftelijk over haar beslissing binnen twee maanden na ontvangst van de klacht (bij BOPZ-klacht binnen twee weken);
- de zorgaanbieder informeert schriftelijk binnen een maand na ontvangst van het oordeel van de klachtencommissie de klager, de aangeklaagde en de klachtencommissie of hij naar aanleiding van het oordeel maatregelen zal nemen en zo ja, welke;
- de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie registreert de klacht in iTask. Deze registratie beperkt zich, i.v.m. privacy redenen, van de klager binnen Archipel slechts tot het melden dat een klacht naar de onafhankelijke klachtencommissie is gegaan.