

Zorgen over het wetsvoorstel Zorg en Dwang?

*Een onderzoek naar de gevolgen voor gedwongen opname en
vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen door invoering
van het wetsvoorstel Zorg en Dwang*

Bijlagen

Auteur
Studentnummer

Tessa Vestjens
2061080

Afstudeerorganisatie
Afstudeermentoren
Afstudeerperiode

De Zorgboog
dhr. drs. J.H. Beljaars & mw. mr. B.J.M. Meijers
februari 2016 tot en met mei 2016

Onderwijsinstelling
Opleiding
Locatie

Juridische hogeschool Avans-Fontys
HBO-Rechten
's-Hertogenbosch

Eerste afstudeerdocent
Tweede afstudeerdocent

mw. mr. M.M. Kok
mw. mr. M.E.R. van Remortel

Classificatie

Intern

Helmond, mei 2016

Inhoudsopgave

Bijlage I: Beleidsnotitie VBI	3
Bijlage II: Notitie wet Bopz	11
Bijlage III: Werkinstructie VBI.....	27
Bijlage IV: Procedure wet Bopz t.a.v. inspectie	30
Bijlage V: Overzicht vrijheidsbeperkende interventies binnen de Zorgboog	32
Bijlage VI: Conceptprocedure wetsvoorstel Zorg en Dwang.....	33

Bijlage I: Beleidsnotitie VBI

BELEIDSNOTITIE VRIJHEIDSBEPERKENDE INTERVENTIES (VBI) BINNEN DE ZORGBOOG.

INLEIDING

Mede door de start van het kleinschalig wonen in 2007, waar de term non-fixatiebeleid werd gehanteerd, is het beleid rondom middelen en maatregelen binnen De Zorgboog opnieuw onder de aandacht gekomen. Door middel van een beleidsvisie vrijheidsbeperkende interventies, een Zorgboogbrede scholing in 2009 en de geleidelijke toename van alternatieven, is het inzetten van vrijheidsbeperkende interventies ook flink teruggedrongen.

In 2012 werden per kwartaal nog 2-5 cliënten gefixeerd met een band in bed en 19-27 cliënten gefixeerd met een band in de stoel. Vanaf 1 oktober 2013 wordt geen zweedse banden meer gebruikt en de Zorgboog streeft naar het niet meer gebruiken van banden in rolstoelen vanaf 1 juli 2015.

Geïnspireerd door nieuw onderzoek en goede voorbeelden van andere zorginstellingen in Nederland, waarbij fixatie met banden geheel uitgebannen is, is het de ambitie van de BOPZ commissie en de raad van bestuur om gezamenlijk met alle medewerkers binnen De Zorgboog toe te werken tot het waarborgzegel Fixatievrije instelling met 3 sterren.

Dit waarborgzegel fixatievrije instelling wordt uitgegeven door de Stichting Innovatiekring Dementie (zie www.innovatiekringdementie.nl). Het waarborgzegel fixatievrije instelling kent drie sterren: bij elke ster is de instelling verder in het bieden van bewegingsvrijheid aan haar cliënten.

1 ster: Instellingen met een ster passen geen fixatie toe voor valpreventie. Zij werken volgens de professionele richtlijnen voor valpreventie die juist andere oplossingen aanraden.

2 sterren: Instellingen met twee sterren passen fixatie ook niet toe om 'probleemgedrag' te bestrijden en met antipsychotica zijn zij zo terughoudend mogelijk. Zij werken verder volgens de professionele richtlijnen voor het voorkomen, bestrijden en omgaan met 'probleemgedrag'.

3 sterren: De derde ster is voor stichtingen waarvan alle zorginstellingen al twee sterren hebben en die zich bovendien uitgesproken inzetten voor zo veel mogelijk bewegingsvrijheid van cliënten.

In deze beleidsvisie wordt het non-fixatie beleid in een breder perspectief getrokken. Een perspectief dat niet alleen zoekt naar de correcte toepassing van “non fixatie” of “middelen en maatregelen”, maar streeft naar een actueel en Zorgboog breed beleid omtrent *vrijheidsbeperkende interventies*. Een modern beleid over vrijheidsbeperkende interventies zal namelijk een positieve bijdrage leveren aan de autonomie van de cliënt, waarmee ook de kwaliteit van leven zal stijgen.

Verantwoord gebruik van vrijheidsbeperkende interventies start bij het vaststellen van een visie op het gebruik ervan. Een visie waarin de primaire aandacht uitgaat naar preventie van gebruik van vrijheidsbeperkende interventies en waarin is verwoord onder welke voorwaarden de interventies verantwoord zijn. Een visie waarin met het multidisciplinaire team en cliëntvertegenwoordigers gezamenlijk naar alternatieven wordt gezocht voor vrijheidsbeperkende interventies en waar zo nodig externe deskundige hulp wordt ingeroepen om vrijheidsbeperking nog verder terug te dringen.

In dit beleidskader wordt de visie van De Zorgboog omtrent vrijheidsbeperkende interventies verwoord.

Binnen De Zorgboog is deze visie nauw verwant met het project gastvrije zorg dat per 2013 is gestart.

Naast deze nota is het beleidsdocument Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen binnen de Zorgboog verschenen. Deze nota beschrijft het juridisch kader waar binnen vrijheidsbeperkende interventies worden toegepast binnen de verzorgings- en verpleeghuizen van De Zorgboog.

Wat zijn vrijheidsbeperkende interventies?

Vrijheidsbeperkende interventies vallen onder het wettelijk regime van de wet BOPZ (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) en de WGBO (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst), voor verdere uitleg van de wet BOPZ en WGBO wordt verwezen naar de beleidsdocumenten. De WGBO laat ruimte voor vrijheidsbeperkingen, niet voor vrijheidsbeneming. Vrijheidsbeneming wil zeggen: de onmogelijkheid om de afdeling/instelling te verlaten.

Is er sprake van vrijheidsbeneming dan kan alleen een maatregel op grond van de Wet BOPZ daarvoor een basis bieden. Deze wet geeft een kader voor dwangbehandeling gericht op de stoornis van de cliënt. Een somatische dwangbehandeling, zoals een gedwongen operatie, valt onder de WGBO.

Vrijheidsbeperking onder de WGBO is alleen toegestaan als deze:

- onvermijdelijk is om (lichamelijk) lijden te verhelpen of te voorkomen (bij onvermijdelijk gaat het om voorkomen van ernstig nadeel voor de gezondheidstoestand van de cliënt);
- wordt opgenomen en verantwoord in het dossier van de cliënt;
- in het geval van een wilsonbekwame cliënt plaatsvindt met instemming van zijn vertegenwoordiger; regelmatig wordt beoordeeld op de noodzaak tot continuering;
- zo kort mogelijk wordt toegepast;
- niet de facto leidt tot vrijheidsbeneming.

Vindt er een omslag plaats van vrijheidsbeperking naar vrijheidsbeneming, dan is een maatregel op grond van de Wet BOPZ vereist. Van vrijheidsbeperkende maatregelen kan dus sprake zijn binnen de psychogeriatrische verpleeghuizen (BOPZ en WGBO) en binnen de somatische verpleeghuizen en verzorgingshuizen (WGBO).

In de CBO richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden worden vrijheidsbeperkende interventies gedefinieerd als: **“alle interventies die beperkende gevolgen hebben voor de individuele vrijheid van cliënten”**. Deze omschrijving biedt daarmee veel ruimte voor interpretatie van het begrip “vrijheidsbeperkende interventies”.

Deze interventies worden binnen de Wet BOPZ aangemerkt als vrijheidsbeperkende interventie als er sprake is van een noodsituatie (de cliënt vormt een gevaar voor zichzelf of omgeving) of wanneer de cliënt geen toestemming heeft gegeven voor het uitvoeren van de interventie en deze dus onder dwang uitgevoerd wordt.

Uitgangspunten de Zorgboog ten aanzien van vrijheidsbeperkende interventies

De Zorgboog hecht grote waarde aan een zo groot mogelijke autonomie en vrije keuze van haar cliënten. Zoals in de missie van De Zorgboog beschreven staat, biedt de Zorgboog zorgvragers ruimte om te ontmoeten, om betrokken te zijn, mee te denken en mee te doen. Ze staat open voor verandering, niets staat voor altijd vast.

De Zorgboog biedt de cliënt een goede kwaliteit van wonen, welzijn, zorg en dienstverlening. Zij respecteert de cliënt in zijn of haar mogelijkheden en wensen: in wat de cliënt kan en in wat hij of zij belangrijk vindt. De cliënt moet zichzelf kunnen zijn en blijven en voert de eigen regie. Dit betekent

dat er ruimte is voor verschillen.

Ook bij cliënten met cognitieve problemen willen wij streven naar een zo groot mogelijke autonomie. Tegelijkertijd kunnen zich bij deze cliënten situaties voordoen die vanuit de visie goed hulpverlenerschap vragen om het bieden van bescherming. Binnen De Zorgboog streven wij naar een goede balans tussen het respecteren van de autonomie en vrijheid van cliënt enerzijds en bescherming voor gevaar anderzijds.

De Zorgboog ziet vrijheidsbeperkende interventies als een zwaar middel. De Zorgboog voert daarin een beleid van niet toepassen, tenzij. Dit houdt in dat bij risicovol gedrag van cliënten het beleid gericht is op het voorkomen van een vrijheidsbeperkende interventie. Pas als na een goede probleemanalyse en het falen van alternatieve, minder zware, oplossingen blijkt dat een vrijheidsbeperkende interventie bijdraagt aan vermindering van het probleem, dan wordt zo kort mogelijk de minst ingrijpende vorm van vrijheidsbeperking ingezet. Om deze visie waar te kunnen maken wordt in het beleid rondom vrijheidsbeperkende interventies uitgegaan van een methodische en multidisciplinaire aanpak en het betrekken van de wettelijke vertegenwoordiger van cliënt over de te kiezen aanpak om vrijheidsbeperking te voorkomen of indien voorkomen niet mogelijk is, in het uiterste geval in de minst belastende vorm toe te passen en de evaluatie ervan. Verantwoordelijkheden worden hierbij helder beschreven. Het besluitvormingsproces wordt transparant en toetsbaar vastgelegd in het zorgleefplan.

Besluitvormingscyclus

Binnen de verpleeghuissetting is de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) formeel verantwoordelijk ten aanzien van de beslissing voor de toepassing van VBI's. Uiteraard dient het besluit genomen te worden in nauw overleg met de cliënt/wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt, de verzorgenden en andere betrokken hulpverleners.

Een vrijheidsbeperkende interventie kan pas worden toegepast nadat de vijf stappen van de implementatiecyclus vrijheidsbeperkende interventie zijn doorlopen. Deze cyclus is aanbevolen door brancheorganisatie Actiz in de "Handreiking verantwoord gebruik van vrijheidsbeperkende interventies" (Bijlage: Implementatiecyclus vrijheidsbeperkende interventies). In deze handreiking wordt elke stap verder uitgewerkt, waardoor men gedwongen wordt het besluitvormingsproces helder in kaart te brengen en op elk onderdeel te evalueren.

De cyclus vrijheidsbeperkende interventies bestaat uit vijf stappen met elk enkele aanbevelingen voor een verantwoorde uitvoering van de betreffende stap.

Stap 1: *Constatering van een gevaar of risico.*

in de praktijk bestaan verschillende aanleidingen of motieven voor het toepassen van een vrijheidsbeperkende interventie, zoals bescherming tegen zichtbaar gevaar, bescherming tegen onverantwoord gedrag. Belangrijk bij het constateren van een gevaar of risico is:

- Dat in acht wordt genomen dat een interventie die iemands vrijheid beperkt alleen is toegestaan indien dit noodzakelijk is om een gevaar of risico af te wenden voor de cliënt of anderen.
- Dat het beschermen tegen onverantwoord gedrag alleen een acceptabel motief is als er gevaar of risico mee afgewend wordt.
- Dat er sprake moet zijn van een gevaar of risico vóórdat vrijheidsbeperkingen overwogen worden. Het handhaven van de dagstructuur en groepsafspraken zijn geen acceptabele motieven voor het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies.

Stap 2: *Komen tot een besluit.*

Indien geconstateerd is dat er sprake is van een serieus probleem of risico is stap 1 gepasseerd en moet er een besluit genomen worden omtrent de toe te passen vrijheidsbeperkende interventie. Het volgende is daarbij belangrijk:

- Er moet altijd gezocht worden naar de minst ingrijpende interventie. Omdat niet altijd meteen duidelijk is welke interventie het minst ingrijpend is, moet overlegd worden met collega's, wettelijk vertegenwoordiger en andere behandel disciplines zodat vanuit verschillende oogpunten naar de situatie gekeken wordt. Hierdoor kunnen er nieuwe ideeën ontstaan. De organisatie moet stimuleren dat zorgverleners flexibel en creatief zijn om alternatieve interventies toe te passen, ook al heeft de organisatie te maken met veel beperkingen.
- Het gevaar en de gevolgen van de interventie moeten goed tegen elkaar afgewogen worden.
- Er moet goed gecommuniceerd worden omtrent de toe te passen interventie. Zorgverleners moeten de tijd nemen voor structureel overleg over vrijheidsbeperkende interventies, de organisatie moet dit ondersteunen.

Stap 3: *Wilsbekwaamheid, toestemming en verzet.*

Als op basis van de tweede stap besloten is welke interventie het meest geschikt lijkt in een gegeven situatie, dient men ook toestemming te krijgen van de cliënt of diens vertegenwoordiger. Het volgende is daarbij belangrijk:

- De inschatting van bekwaamheid ten aanzien van een bepaalde beslissing of handeling van de cliënt moet tot stand komen op basis van overleg en informatie uitwisseling tussen zorgverleners de cliënt en diens familie. De overwegingen en conclusie moeten worden vastgelegd in de module M&M.
- De cliënt(vertegenwoordiger) dient in te stemmen met de VBI.
- Verzet dient breed opgevat te worden en serieus genomen te worden. In geval van twijfel moet de behandelaar overleggen met de zorgverleners en naasten van de cliënt om het gedragsrepertoire goed in beeld te krijgen en een zorgvuldige afgewogen beslissing te kunnen nemen over de vraag of er sprake is van "verzet". Voor meer informatie zie paragraaf verzet tegen toepassing VBI.

Stap 4: *Toepassing van de gekozen interventie.*

Nadat in stap 3 helderheid verkregen is over de vraag of de cliënt of zijn vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven en zich al dan niet verzet tegen de gekozen interventie, wordt in stap 4 de vrijheidsbeperkende interventie toegepast. Het volgende is daarbij belangrijk:

- Zorgverleners moeten de verantwoordelijkheid hebben om zelf te beslissen of ze zich voldoende bekwaam achten om in een gegeven situatie een interventie toe te passen. Wanneer ze hier tekortkomingen in constateren moeten zij daarnaar handelen: zorgen dat de interventie wordt uitgevoerd door een bekwaame collega en / of actie ondernemen om zich op dat terrein te bekwamen.
- De zorgaanbieder moet een bewakende en faciliterende rol ten aanzien van de bevoegdheid en bekwaamheid garanderen.
- Zorgverleners moeten ervoor zorgen dat het materiaal aanwezig is, wordt gecontroleerd op voldoende voorradigheid, deugdzzaamheid en veiligheid.
- De zorgverleners moeten elkaars verantwoordelijkheden en die van anderen kennen ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen. De organisatie dient dit te faciliteren.

Stap 5: *Evalueren.*

Na het in gebruik nemen van de interventie is het van belang om met elkaar af te spreken wanneer en hoe wordt geëvalueerd of het besluit goed is geweest, en of de situatie nog steeds het zelfde is. Het volgende is daarbij belangrijk:

- Vastgesteld moet worden wanneer en op welke wijze de evaluatie van een betreffende vrijheidsbeperkende interventie plaatsvindt. VBI's dienen minimaal 1x per 3 maanden geëvalueerd te worden. Indien sprake is van ingrijpende VBI's dient evaluatie vaker plaats te vinden.
- Psychologen kunnen een belangrijke rol spelen bij de evaluatie. Zij kunnen helpen het gedrag te verklaren, betekenis te geven en zij kunnen samen met het begeleidende team zoeken naar alternatieven in de begeleiding van dit gedrag.
- Bij het evalueren van een vrijheidsbeperkende interventie moeten alle stappen van de besluitvorming opnieuw worden doorlopen op hun actualiteit en zorgvuldigheid.

Het is belangrijk dat er een continue vorm van rapportage plaatsvindt bij elke stap van de cyclus. Alleen indien er goed wordt gerapporteerd is een goede evaluatie mogelijk. Goede rapportage is niet alleen nodig om verantwoording af te leggen over de gekozen afspraken en interventies, maar ook om te voorkomen dat na verloop van tijd de motieven en doelen van de vrijheidsbeperkende interventie vervagen.

Registratie

Registratie van een vrijheidsbeperkende interventie vindt plaats in het elektronisch cliëntendossier. Afhankelijk van de soort vrijheidsbeperkende interventie zijn afspraken gemaakt over de registratie en wie verantwoordelijk hiervoor is. “werkinstructie vrijheidsbeperkende interventies”.

Alternatieven

In de literatuur wordt vaak gebruik gemaakt van het begrip “alternatieve interventies”. Op het moment dat vrijheidsbeperkende interventies worden overwogen als mogelijkheid om gevaarlijke of risicovolle situaties te hanteren, blijkt het gebruik van een alternatief echter vaak al een gepasseerd station. De cyclus *beschreven in de werkinstructie*, dient daarmee niet gezien te worden als “oplossing”, maar meer als basis voor een stevig beleid waarin de toepassing van vrijheidsbeperkende interventies zoveel mogelijk voorkomen wordt. In deze cyclus worden de alternatieven namelijk zorgvuldig afgewogen in het multidisciplinaire overleg, op basis van gesprekken met de cliënt of eerste vertegenwoordiger. Interventies om de toepassing van vrijheidsbeperkende interventies in verpleeghuizen te reduceren zijn, naast een goede uitvoering van de cyclus,

- Vroegtijdige signalering van risicogedrag
- Preventie van risicogedrag
- Escalatie van risicogedrag
- Acceptatie van risicogedrag en eventuele gevolgen
- Patiëntgericht werken
- Multidisciplinaire behandeling van risicogedrag.

Soorten Vrijheids Beperkende Interventies

Bij het beoordelen of een interventie een VBI is, gaat het om de **intentie** waarmee de interventie wordt toegepast.

Vrijwillige vrijheidsbeperkende interventie op verzoek van de cliënt

Indien een interventie wordt toegepast op verzoek van de cliënt (bijvoorbeeld een bedhek omhoog doen op verzoek van de cliënt) of om therapeutische redenen (bijvoorbeeld een tafelblad bij een CVA-cliënt), is er geen sprake van een VBI. In dit geval *mag er geen twijfel over bestaan dat het verzoek van de cliënt zelf komt*.

Indien er sprake is van het toepassen van een VBI en de cliënt niet kan overzien waarom dit gedaan moet worden, dan mag men dit niet zomaar doen. Pas na overleg met de 1e contactpersoon of de (wettelijk) vertegenwoordiger van de cliënt mogen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast worden.

In dit geval is er wel sprake van een VBI en wordt deze ook als VBI geregistreerd. Deze VBI hoeft niet gemeld te worden bij de inspectie.

Vrijheidsbeperkende interventie in een noodsituatie of bij verzet

Indien er sprake is van een noodsituatie mogen VBI's toegepast worden zonder toestemming van de cliënt of vertegenwoordiger. Er is sprake van een noodsituatie, indien de verpleegkundige/ verzorgende direct moet handelen om ernstig nadeel van de cliënt en/ of omgeving te voorkomen. Een noodsituatie houdt op te bestaan als er voldoende gelegenheid en tijd is voor overleg met arts, collega verzorgenden, de betrokken cliënt en de familie.

Bij verzet van de cliënt, is behandeling slechts toegestaan, indien dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de cliënt of voor anderen af te wenden.

Ook als er sprake is van een noodsituatie of verzet zal eerst bekeken moeten worden of alternatieven mogelijk zijn. In geval van een noodsituatie of verzet, dient de vertegenwoordiger (zodra mogelijk) op de hoogte gebracht te worden. De toepassing mag maximaal 7 achtereenvolgende dagen duren. Na deze periode kan een toepassing alleen worden voortgezet in overeenstemming met de cliënt. Er dient gezocht te worden naar een alternatief waar wel overeenstemming over te bereiken is. In het zorgleefplan wordt de 'behandeling' beschreven. Bij de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) dient melding gemaakt te worden, zie Werkinstructie contacten met en meldingsplicht aan de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ).

Verzet tegen toepassing van VBI

Hoe wordt verzet vastgesteld?

Verzet kan in algemene zin worden omschreven als het verbaal en/of non verbaal uiten van weerstand of tegenstand tegen handelingen die aan de cliënt worden verricht. Voorbeelden van gedrag dat in algemene termen kan worden opgevat als verzet zijn onder meer verbale uitingen zoals: 'neen', 'niet doen', 'ik wil niet', 'je doet me pijn', non-verbale uitingen zoals: uitingen van pijn, angst, verkramping, weglopen, expliciet afwerend gedrag als wegduwen, schoppen, de mond stijf gesloten houden, het hoofd wegdraaien, kreunen, jammeren, huilen.

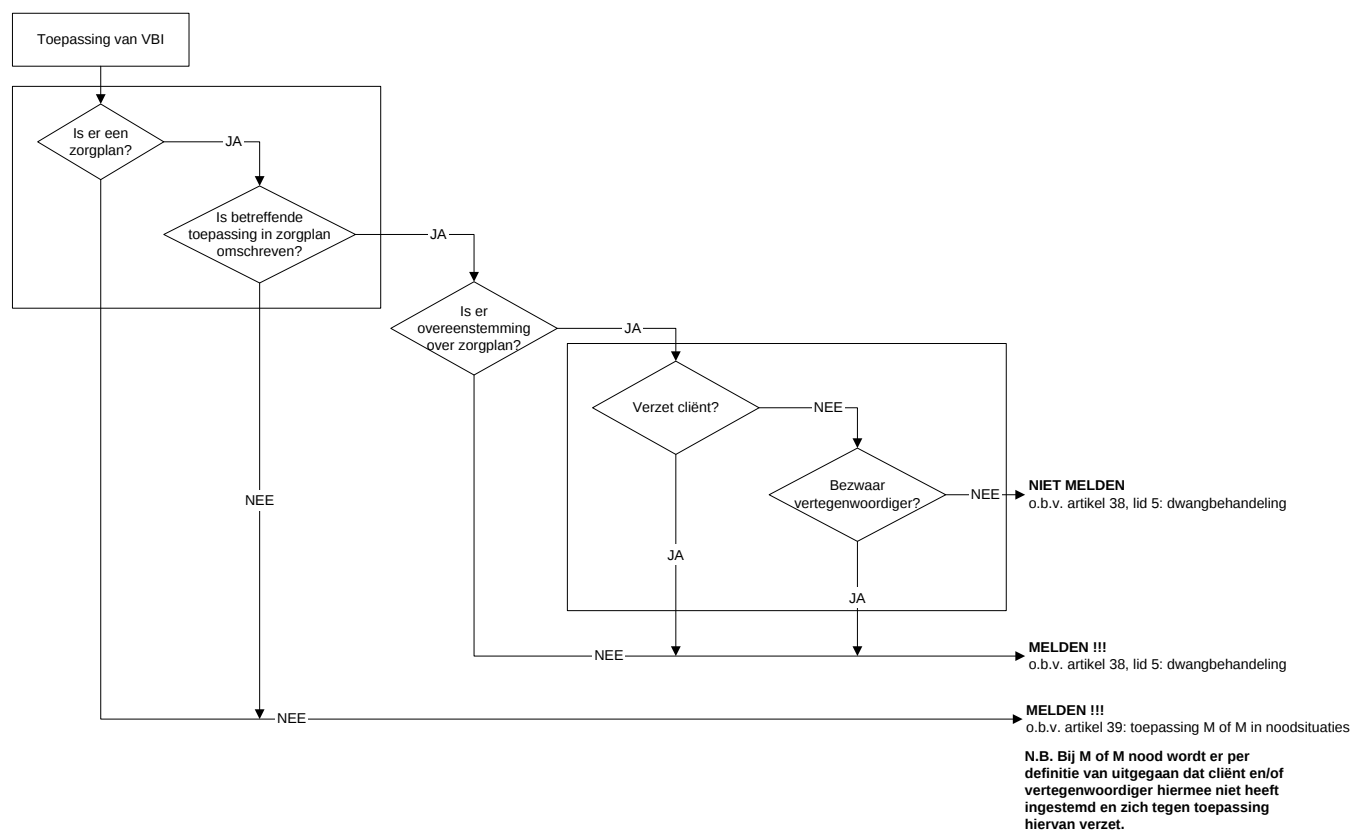
Dergelijk gedrag moet worden onderscheiden van een normaal te achten onzekerheid of terughoudendheid die veelal eigen is aan de betrokken wilsonbekwame cliënt, wanneer hij in een nieuwe voor hem bevreemdende situatie wordt geplaatst (bijvoorbeeld douchen, bloedafname). De vertegenwoordiger is actief betrokken bij beantwoording van de vraag of het actuele gedrag van de cliënt moet worden uitgelegd als verzet tegen de toepassing van de VBI. De beoordeling van het gedrag is in beginsel multidisciplinair: behandelend arts, vertegenwoordiger en zorgmedewerkers.

Er is met andere woorden pas sprake van verzet, indien het gedrag duidelijk afwijkt of zich nadrukkelijker manifesteert dan men van de cliënt gewend is in van de normale dagelijkse routine afwijkende situaties.

Hoe gaan we met verzet om?

Indien een onvrijwillig opgenomen psychogeriatrische cliënt zich verzet tegen de toepassing van een VBI, kan het toepassen hiervan uitsluitend indien er sprake is van een tijdelijke noodsituatie, dan wel dwangbehandeling noodzakelijk is om ernstig gevaar voor cliënt of anderen af te wenden. In het beleidsdocument BOPZ staat het juridische stroomdiagram weergegeven, welke van toepassing is op psychogeriatrische afdelingen van De Zorgboog.

Hieronder staat een stroomschema ten aanzien van de toepassing van VBI's. In de werkinstructie contacten met en meldingsplicht aan de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) wordt ingegaan hoe het melden in zijn werk gaat. Hiervoor zijn het Meldingsformulier toepassing Vrijheids Beperkende Interventies ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, BOPZ art. 39 en het Meldingsformulier dwangbehandeling BOPZ art. 38 lid 5 nodig. Beide bestaan uit een deel ten aanzien van de situatie bij aanvang en bij beëindiging.



Categorieën vrijheidsbeperkende interventies

Vrijheidsbeperkende interventies binnen verpleeg- en verzorgingshuizen kunnen onderverdeeld worden in de volgende categorieën:

- *Afzondering*: Het voor behandeling, verpleging en verzorging insluiten van een cliënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoonskamer.
- *Fixatie*: het op enigerlei wijze beperken van de cliënt in zijn bewegingsmogelijkheden.
- *Medicatie*: het toedienen van medicijnen.
- *Vocht en Voeding*: Het toedienen van vocht en voedsel tegen de wil van de cliënt in.

Vrijheidsbeperkende interventies binnen de Zorgboog zijn:

Fysiek beperkend:

1. Laag bed
2. Bewegingssensor/bedbelmatje/ stoelbelmatje
3. Valmat
4. Verzwarringsdeken
5. Dwaalknoop
6. Jumpsuit (=hansop)

- 7. Vlinderdoek
- 8. Handschoenen
- 9. Bedhekken
- 10. Beschermhoes bedhekken
- 11. Rem op rolstoel
- 12. Achteruitrijblokkering rolstoel
- 13. Poseyrol op toilet
- 14. Verlaagde stoel of gekantelde stoel
- 15. Voetenplank aan stoel
- 16. Tafelblad voor stoel
- 17. Band/gordel (3- en 4-puntsgordel) in stoel
- 18. Band om pols
- 19. Verpleegdeken
- 20. Fixatiehesje
- 21. Tentbed
- 27. Rol onder matras

Psychosociaal beperkend:

- 23. Verstopte medicatie
- 24. Vrijheid beperkende leefregels m.b.t. leefstijl, sociale omgeving.

Verlies van privacy

- 25. Bewegingssensor
- 26. Cameratoezicht

**NOTITIE WET
BOPZ
(Wet Bijzondere Opnemingen in
Psychiatrische
Ziekenhuizen
)**

**BINNEN DE
ZORGBOOG**

Datum:	10 september 2013
Documenteigenaar:	Directeur Behandeling en Begeleiding
Document:	Notitie wet BOPZ binnen De
Zorgboog Versie:	definitief 3.0
Auteurs:	Esmée Kant, SO Rini Eringfeld, BOPZ- arts Jeroen Beljaars, BOPZ-arts Ellen van den Einde, beleidsmedewerker



REFERENTIES EN DOCUMENTEN

Norm referenties: HKZ

Gerelateerde documenten: Notitie geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) (ZOR-6.13)
Beleidskader Vrijheidsbeperkende Interventies
Procedure Wet BOPZ t.a.v. de Inspectie (ZOR-9.1)
Procedure Vrijheids Beperkende Interventies (VBI) (ZOR-9.1)
Richtlijn verzet tegen toepassing VBI (ZOR-9.1)
Reglement VBI commissie (ZOR-9.1) Typen toepassingen van VBI (ZOR-9.1) Registratieformulier toepassen VBI (ZOR-9.1) Evaluatieformulier toepassen VBI (ZOR-9.1) Registratieformulier controle fixatiemiddelen (ZOR-9.1) Klachtenreglement cliënten (KWA- 7.1)
Stappenplan bij vermoeden dementie in somatiek (ZOR- 6.16)
Cliëntenbrochure klachtenregeling voor cliënten
Cliëntenbrochure Wonen in een verpleeghuis
Procedure aanvragen Inbewaringstelling (IBS) (ZOR-9.1)
Procedure aanvragen Machtiging voortzetting verblijf (MVV) (ZOR-9.1)
Procedure beoordeling wilsbekwaamheid (ZOR-9.1)
Procedure aanvragen Rechterlijke Machtiging (RM) (ZOR-9.1)

INLEIDING

In januari 1994 werd de Wet BOPZ (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) van kracht, ter vervanging van de oude Krankzinnigenwet.

De Wet BOPZ is van toepassing op psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en psychogeriatrische -afdelingen van- verpleeghuizen en sinds december 1999 ook voor 'BOPZ aangemerkte' afdelingen van verzorgingshuizen.

In deze notitie is de beleidsmatige uitwerking van de Wet BOPZ beschreven.

De wet BOPZ is gericht op de rechtspositionele bescherming van cliënten die met een onvrijwillige opname verzorgd en behandeld worden op een daartoe door de minister van VWS als BOPZ instelling erkende afdeling. Voor informatie over de wijze waarop een instelling erkend kan worden en een lijst met als BOPZ erkende afdelingen kan de volgende link gevolgd worden: <http://www.minvws.nl/dossiers/BOPZ/informatie-voor-professionals/bopz-instellingen/>

De notitie is zodanig opgesteld dat hij van toepassing is op zowel de psychogeriatrische afdelingen van De Zorgboogverpleeghuizen als de psychogeriatrische units in Zorgboogcentra van Stichting De Zorgboog.

Centrale begrippen hierbij zijn:

Onvrijwillige opname, vrijheidsbeperkingen, dwangbehandeling en het toepassen van middelen en maatregelen in noodsituaties.

Alle in deze notitie genoemde artikelnummers hebben betrekking op de Wet BOPZ, tenzij anders vermeld.

1. DE WET BOPZ EN DE WGBO

Zowel de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) als de Wet BOPZ hebben betrekking op de rechtspositie van cliënten van De Zorgboog.

De WGBO geldt als algemene wet voor alle cliënten opgenomen binnen De Zorgboog, voor zowel somatische als psychogeriatrische en zowel vrijwillig als onvrijwillig opgenomen cliënten. Het doel van deze wet is de rechtspositie van de cliënt te versterken. De WGBO bevat bepalingen over onderwerpen zoals informatie, toestemming, het dossier en wilsonbekwame cliënten. De bepalingen bieden daarmee het juridisch kader voor de ‘dagelijkse’ relatie hulpverlener-cliënt.

De Wet BOPZ behandelt zowel de interne als de externe rechtspositie van onvrijwillig opgenomen cliënten:

- procedures rondom de onvrijwillige opname (externe rechtspositie)
- rechten en plichten tijdens de onvrijwillige opname en het onvrijwillige verblijf (interne rechtspositie)

De Wet BOPZ geldt als speciale wet en beschermt de rechtspositie van cliënten die onvrijwillig worden opgenomen en die (onvrijwillig) op een psychogeriatrische afdelingen verblijven. Indien een cliënt onvrijwillig (categorie B&C, zie paragraaf 3.1) opgenomen is, zijn naast de regels van de WGBO ook de regels van de Wet BOPZ van toepassing als het gaat om verzorging en verpleging in relatie tot de psychogeriatrische aandoening. Wat betreft de psychogeriatrische aandoening heeft de Wet BOPZ voorrang boven de WGBO.

Het beleid van Stichting De Zorgboog rond de toepassing van vrijheidsbeperkingen in het kader van zowel de WGBO als de BOPZ is vastgelegd in Procedure Vrijheids Beperkende Interventies (VBI) (ZOR-9.1).

2. ENKELE BELANGRIJKE BEGRIPPEN UIT DE WET BOPZ

De begrippen die in de wet BOPZ voorkomen en ook regelmatig terugkeren in deze notitie worden hieronder, in alfabetische volgorde, kort uitgelegd:

Artikel 60 BOPZ-indicatie (geen bereidheid, geen verzet)

Cliënten die zich niet kan uiten over **bereidheid tot opname op een BOPZ-afdeling, maar ook geen verzet tegen opname tonen**: een wettelijk ingestelde BOPZ-commissie (art. 60), moet dan beoordelen of opname noodzakelijk is. De meeste psychogeriatrische cliënten zullen in deze categorie B vallen.

Bereidheid

Cliënten die blijf geven van **de nodige bereidheid tot opname**: dit zijn de vrijwillig opgenomen cliënten. Van belang is dat de cliënt weet waarmee hij instemt. Bereidheid of instemming vergt dus wilsbekwaamheid. Een wilsonbekwame cliënt kan onder de BOPZ nooit vrijwillig worden opgenomen (voor wat betreft toestemming tot opname), ook niet op grond van toestemming van de vertegenwoordiger van de cliënt.

Bezwaar (zie Verzet)

BOPZ indicatiecommissie

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is aangewezen als BOPZ indicatiecommissie. Het CIZ

indiceert over de noodzaak tot opname en of de cliënt bezwaar maakt tot opname. Aan de hand

van de rapportage BOPZ, opgesteld door indicatiesteller tijdens huisbezoek, stelt het CIZ vast of betrokkene geen bezwaar, geen bereidheid / geen verzet of bezwaar heeft tegen opname.

Het CIZ overweegt hierbij ook of de betrokkene wilsbekwaam is ten aanzien van het besluit tot opname op een BOPZ-afdeling, dat wil zeggen in staat geacht mag worden tot een redelijke waardering van zijn belangen. Hierbij dient te worden aangemerkt dat een persoon die wilsonbekwaam is, ook verzet kan tonen.

Behandelend arts

De arts die verantwoordelijk is voor de geneeskundige behandeling van en rond de cliënt en het aanspreekpunt voor overige specialisten, de cliënt en diens familie.

BOPZ-arts

In de wet is een aantal taken opgedragen aan de geneesheer-directeur. De geneesheer-directeur is volgens de wet ook de arts die, hoewel geen directeursfunctie bekledende, belast met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het verpleeghuis (art. 1, lid 3 Wet BOPZ). Binnen Stichting De Zorgboog is een specialist ouderengeneeskunde eindverantwoordelijk arts in de zin van de BOPZ en wordt BOPZ-arts genoemd. De BOPZ-arts heeft een functie als geneesheer-directeur in het kader van de BOPZ en is benoemd door de Raad van Bestuur, evenals zijn waarnemer. De BOPZ-arts is verantwoordelijk voor de kwaliteit van algemene geneeskundige zorg en met name ook voor de psychogeriatrische zorg op de BOPZ-afdelingen. (zie ook paragraaf 6.1).

Dwangbehandeling (art. 38)

Het tegen de wil, of onder verzet van de cliënt/vertegenwoordiger toepassen van allerlei vormen van behandeling ten aanzien van de psychogeriatrische aandoening die opgenomen zijn in het zorgleefplan. De specialist ouderengeneeskunde neemt hierover de beslissing.

Hieronder wordt verstaan het toepassing van onderdelen uit het BOPZ zorgleefplan waarover:

- Geen overeenstemming is bereikt met cliënt respectievelijk met de vertegenwoordiger, of
- Wel overeenstemming is bereikt met cliënt respectievelijk met de vertegenwoordiger, maar waar tegen de cliënt zich verzet.

Gevaarscriterium

In de wet BOPZ wordt verstaan onder gevaar (art. 1, f):

1. gevaar voor degene, die het veroorzaakt, hetgeen onder meer bestaat uit:
 - a. het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
 - b. het gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat;
 - c. het gevaar dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;

- d. het gevaar dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.
- 2. gevaar voor een of meer anderen, hetgeen onder meer bestaat uit:
 - a. het gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
 - b. het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
 - c. het gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.
- 3. gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen;

Informed consent

De cliënt moet geïnformeerd (informed) zijn voordat hij zijn toestemming (consent) kan geven.

Inbewaringstelling (IBS)

Spiedprocedure als een rechtelijke machtiging niet afgewacht kan worden. Toont de cliënt verzet

toepassing dan kan aan de burgemeester een Inbewaringstelling gevraagd worden. Met deze IBS moet de cliënt binnen 24 uur worden opgenomen.

Middelen en maatregelen (art. 39)

Spiedprocedure in situaties, die niet geregeld zijn in het zorgleefplan. In de Wet BOPZ is de term

'middelen en maatregelen' gereserveerd voor de toepassing van de volgende vrijheidsbeperkingen in het verpleeghuis:

- Afzondering; een alternatieve zorgomgeving
- Fixatie; het beperken van de cliënt in zijn bewegingsmogelijkheden
- Het onder dwang toedienen van medicatie
- Het onder dwang toedienen van vocht en voeding
- *Separatie (is niet toegestaan binnen het verpleeghuis)*

Onvrijwillige opname

Indien de cliënt geen bereidheid toont tot vrijwillige opname. Zie artikel 60 BOPZ-indicatie, RM en IBS.

Rechterlijke machtiging (RM)

Toont de cliënt verzet tegen (verder) verblijf, is er een geestesstoornis en dreigt er gevaar voor de veiligheid en gezondheid van de cliënt of overlast of gevaar voor de omgeving dan kan een Rechterlijke Machtiging worden aangevraagd bij de rechter. Betrokkene moet binnen twee weken na afgifte van de RM opgenomen worden op een BOPZ-afdeling. Er zijn ook nog andere rechterlijke machtigingen, bij voorbeeld om een eerste machtiging te verlengen.

Vertegenwoordiger (Zie notitie geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) ZOR 6.13) De WGBO verplicht tot overleg en besluitvorming met een vertegenwoordiger voor zover een cliënt niet meer in staat is zijn persoonlijke wensen en behoeften kenbaar te maken. De vertegenwoordiger zal namens hem als belangenbehartiger optreden. Personen

die volgens de Wet WBGO en de wet BOPZ als vertegenwoordiger kunnen optreden namens de wilsonbekwame cliënt zijn: de wettelijk vertegenwoordiger (ouders, voogd, bewindvoerder, curator, mentor), de door de cliënt zelf schriftelijk gemachtigde, de echtgenoot of partner, een ouder, kind, broer of zus. De zorgverlener zal alle verplichtingen die hij heeft ten aanzien van de cliënt nakomen jegens de vertegenwoordiger. Bijvoorbeeld informatie geven, inzage geven in het dossier, toestemming vragen voor een behandeling. Dit geldt alleen voor zover de cliënt dit zelf niet kan.

Verzet

Volgens de Wet BOPZ is iedere vorm van verbale of lichamelijke weerstand verzet. Verzet kan als volgt worden omschreven: 'Het op enigerlei wijze afwijzing kenbaar maken. Dit uit zich in feitelijk gedrag van betrokkene, waarbij zowel op verbale als non-verbale uitingen gelet moet worden'. Hier is met name het voortduren van het verzet van betekenis bij de interpretatie van het gedrag. In twijfelgevallen wordt ervan uitgegaan dat betrokkene zich verzet.

Wils(on)bekwaamheid

Voordat een behandeling start moet de cliënt toestemming geven (in WBGO 'informed consent'). De cliënt moet uitleg krijgen over wat er waarom moet gebeuren volgens de behandelaar, welke resultaten hij mag verwachten, welke risico's er aan de behandeling kleven en welke alternatieven er zijn. Als de behandelaar vindt dat een cliënt wilsonbekwaam is, dan is er vervangende toestemming nodig van de vertegenwoordiger. In de Wet BOPZ (en ook in de WBGO) komt de term wilsonbekwaamheid niet voor. Daar spreekt men over: 'dat de cliënt niet in staat kan worden

geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake van de voorgestelde behandeling'. In de dagelijkse praktijk wordt dit kortweg 'wilsonbekwaam terzake van de behandeling' genoemd.

De wet beschrijft niet hoe dit moet worden vastgesteld. Daarom moet de cliënt in ieder geval wilsbekwaam geacht worden totdat het tegendeel blijkt. Zie 'procedure beoordeling wilsbekwaamheid (ZOR-9.1)'. Informatie over de beslissing die aan de orde is moet zo goed mogelijk worden afgestemd op zijn bevattingsvermogen. Vervolgens moet worden onderzocht of hij in staat is deze informatie te begrijpen. Wilsonbekwaamheid terzake houdt in dat een cliënt bekwaam kan worden geacht voor de ene beslissing maar voor een andere (wellicht) meer ingewikkelde of meer ingrijpende niet. In het algemeen moet een vertegenwoordiger als 'goed vertegenwoordiger' handelen en moet de hulpverlener alle verplichtingen, die hij tegenover de cliënt had nu jegens de vertegenwoordiger nakomen. In de wet BOPZ wordt dit op sommige punten toegespitst. In art 38 BOPZ staat hoe de besluitvorming over het zorgleefplan moet verlopen als de cliënt hierover niet zelf kan besluiten.

Bewindvoerder

De door de rechter aangestelde persoon die namens de cliënt beslist over de financiën en de goederen die onder bewind zijn gesteld. De bewindvoerder beslist niet over de persoonlijke belangen van de cliënt. Jaarlijks moet de bewindvoerder bij de kantonrechter rekening en verantwoording afleggen.

Mentor

De door de rechter aangestelde persoon die de persoonlijke belangen voor de cliënt behartigt. Op die momenten dat de cliënt niet zelf kan beslissen, vertegenwoordigt de

mentor hem. Het gaat hier over beslissingen die genomen moeten worden op het gebied van verzorging, verpleging, behandeling of begeleiding.

Curator

De door de rechter benoemde vertegenwoordiger die voor de cliënt zowel de belangen op het terrein van verzorging, behandeling verpleging, als op het terrein van de financiën behartigt.

Wat betreft de persoonlijke belangen, deze vertegenwoordigt de curator alleen in situaties dat de cliënt het zelf niet kan.

Zorgleefplan

In de Wet BOPZ wordt gesproken over een behandelingsplan. Binnen De Zorgboog vindt zorgverlening plaats op basis van een zorgleefplan. Zo spoedig mogelijk na opname wordt, in overleg met de cliënt/vertegenwoordiger een zorgleefplan opgesteld door de zorgcoördinator in overleg met de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor de inhoud en samenhang van het behandeldeel van het zorgleefplan.

3. DE WET BOPZ VÓÓR OPNAME IN HET VERPLEEGHUIS

3.1 *vrijwillige of onvrijwillige opname*

Voor opname op een BOPZ afdeling in het verpleeghuis is een AWBZ-indicatie van het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) vereist. Dit geldt ook voor interne overplaatsing van een somatische afdeling naar een psychogeriatrische afdeling. Zie "stappenplan bij vermoeden dementie in somatiek" (ZOR 6.16). Indien het CIZ een indicatie voor psychogeriatrische zorg afgeeft, doet het CIZ (in de hoedanigheid van BOPZ commissie) de art. 60-indicatie: is er sprake van een vrijwillige c.q. onvrijwillige opname (bereidheidtoetsing) en een noodzaak tot opname.

Op grond van de Wet BOPZ is een opname vrijwillig indien de betrokkene de 'nodige bereidheid tot opname' toont. Andersom is een opname onvrijwillig indien de betrokkene niet de nodige bereidheid tot opname toont. Op de BOPZ-erkende afdeling zal dit bijna altijd betekenen dat de opname onvrijwillig is. Zonder voorafgaande BOPZ-indicatie is meestal geen opname op een BOPZ erkende afdeling mogelijk. (De uitzonderingen is bijvoorbeeld een IBS opname met achteraf een BOPZ-indicatie toetsing).

Geconcludeerd wordt dat bereidheid tot opname aanwezig mag worden geacht indien;

- De cliënt voldoende geïnformeerd is
- De cliënt, op basis van deze informatie, toestemming geeft voor de opname
- De cliënt is staat is om zijn wil te bepalen

(wilsbekwaam is) In alle andere situaties is sprake van een onvrijwillige opname.

De conclusie van het CIZ kan zijn:

1. Bereidheid (= categorie A)

Indien het CIZ constateert dat de betrokkene bereid is tot opname, vervolgt het CIZ de procedure met het adviseren over de reguliere AWBZ-indicatie. De cliënt wordt **vrijwillig** opgenomen, de BOPZ is niet van toepassing. In geval van vrijwillige opname gelden de rechten en plichten zoals vastgelegd in de WBGO.

2. Geen bereidheid / geen verzet (=categorie B, art 60)

Indien het CIZ constateert dat er bij de betrokkene sprake is van geen bereidheid / geen verzet, vervolgt zij de procedure met het beoordelen van de noodzaak tot opname op grond van de BOPZ en het adviseren over een AWBZ-indicatie. Na het advies kan opname zonder rechterlijke tussenkomst plaatsvinden. De opname is **onvrijwillig** en de cliënt krijgt een artikel

60 BOPZ indicatie. Opname is noodzakelijk omdat de cliënt zich niet buiten de instelling kan handhaven.

3. Verzet (=categorie C, RM of IBS)

Ook indien het CIZ constateert dat de betrokkene zich verzet tegen de opname, vervolgt het

CIZ de procedure met het adviseren over een AWBZ-indicatie. In het rapport van het CIZ wordt de aantekening gemaakt dat er sprake is van verzet. Om tot opname over te kunnen gaan, is (naast de AWBZ-indicatie) een **rechterlijke machtiging** (RM) of **inbewaringstelling** (IBS) nodig.

3.2 *Procedures rond onvrijwillige opname*

Indien de betrokkene geen bereidheid toont tot opname op een psychogeriatrische afdeling en een

opname noodzakelijk is, dient een BOPZ-procedure te worden gevolgd. Er zijn drie BOPZ- procedures rondom onvrijwillige opname, te weten: artikel 60 BOPZ procedure, rechterlijke machtiging en inbewaringstelling. De toestemmingsverlenende instantie voor een RM is de rechter. De procedure voor de inbewaringstelling (IBS) verloopt via de burgemeester van de gemeente waar de betrokkene zich bevindt. Nadat de burgemeester een last tot IBS heeft afgegeven, beoordeelt de rechter of voortzetting van de IBS noodzakelijk is. De procedurebeschrijvingen zijn opgenomen in het kwaliteitshandboek (ZOR-9.1).

3.3 *Beoordeling wilsbekwaamheid*

De procedurebeschrijving beoordeling wilsbekwaamheid is opgenomen in het kwaliteitshandboek (ZOR-9.1).

4. DE WET BOPZ TIJDENS VERBLIJF IN HET VERPLEEGHUIS

4.1 *Wijziging juridische status tijdens het verblijf*

Het al dan niet vrijwillig verblijf van een cliënt op een psychogeriatrische BOPZ-afdeling dient de

juiste juridische status te hebben (vrijwillig, rechterlijke machtiging (RM), inbewaringstelling (IBS), art. 60 BOPZ indicatie). Voor het verkrijgen van een juridische status op grond van de wet BOPZ, dient één van de in paragraaf 3.2 genoemde BOPZ procedures te volgen.

Wijzigingen in de bereidheid om op een BOPZ erkende psychogeriatrische afdeling te verblijven, kunnen noodzaken tot het doen wijzigen van de juridische status van het verblijf. De volgende situaties kunnen aanleiding zijn tot het wijzigen van de juridische status van het verblijf van een cliënt op een BOPZ erkende verpleegafdeling.

- Indien, tijdens een vrijwillige opname, geen bereidheid meer bestaat om het verblijf voort te zetten dient een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling te worden aangevraagd;
- Indien, tijdens een vrijwillige opname of een art 60 BOPZ de cliënt verzet zich tegen een behandeling die gericht is op de psychogeriatrische aandoening die volstrekt noodzakelijk is om gevaar af te wenden, kan dit opgevat worden als verzet tegen het verblijf. Ook dan dient een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling te worden aangevraagd;
- Indien een vrijwillig verblijvende cliënt niet meer in staat is om toestemming tot verder verblijf te geven zal het aanvragen van BOPZ indicatie overwogen moeten worden.
- Indien een cliënt met een art. 60 BOPZ indicatie zich gaat verzetten tegen het verblijf dient een inbewaringstelling of een rechterlijke machtiging te worden aangevraagd;
- Indien een cliënt zich niet langer verzet tegen het verblijf, dient een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling te worden omgezet in een art. 60 BOPZ indicatie (of eventueel vrijwillig verblijf);

4.2 Aanwijzen van "een voor de behandeling verantwoordelijke persoon" (art. 36, lid 1)

Bij opname van een cliënt wijst het verpleeghuis een 'voor de behandeling verantwoordelijk persoon'

aan. Bij De Zorgboog is dit de afdelingsarts. Het verpleeghuis informeert de cliënt, zijn/haar echtgenoot, wettelijke vertegenwoordiger en naaste (familie)betrekkingen hierover bij opname middels de brochure 'wonen in een verpleeghuis'.

4.3 Huisregels (art. 37 lid 1)

Zo spoedig mogelijk na de opname ontvangen de cliënt, zijn partner, wettelijk vertegenwoordiger

en naaste (familie)betrekkingen een schriftelijk overzicht van de huisregels die gelden voor alle cliënten in het verpleeghuis. Binnen De Zorgboog is een algemene folder voor zowel psychogeriatrische cliënten als somatische cliënten ontwikkeld, de brochure 'wonen in een verpleeghuis'. Vóór opname wordt o.a. de algemene folder toegezonden. Hierin zijn onder andere de huisregels opgenomen die gelden voor alle cliënten in een verpleeghuisafdeling. Voor wat betreft informatie over de BOPZ wordt gebruik gemaakt van de brochure 'wet BOPZ voor cliënt en familie' die uitgegeven wordt door VWS. Deze folder wordt bij opname, tijdens het intakegesprek uitgereikt aan de cliënt, zijn wettelijk vertegenwoordiger of naaste familie. Daarnaast wordt o.a. de folder 'Niet tevreden? waar kunt u terecht met uw klacht?' tijdens het intakegesprek uitgereikt en mondeling informatie verstrekt. Zie 'Procedure informatie verstrekken bij aanmelding en oriëntatie' (INT 2.1).

4.4 De behandeling, verpleging en verzorging (art. 37 lid 1 en 4, 37a, 38, 43, 45 e.v. en Besluit

Cliëntendossier BOPZ)

Behandeling in het kader van de BOPZ is dat deel van de behandeling, dat gericht is op het opheffen of verbeteren van de geestesstoornis, zodat het gevaar op grond waarvan de cliënt is opgenomen, kan worden beperkt of opgeheven. Dit houdt in, dat voor psychogeriatrische cliënten

onder behandeling in de zin van de BOPZ dat gedeelte van de totale behandeling, verpleging en verzorging valt, dat met de psychogeriatrische stoornis in overwegende mate verband houdt. Voor behandeling van zuiver somatische aandoeningen bij deze cliënten zullen de rechten en plichten gelden, zoals omschreven in de wet de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WBGO). Voor vrijwillig opgenomen cliënten geldt de WBGO.

(afdelingsarts) in overleg met de cliënt een voorlopig behandelingsplan opgesteld. Binnen 8 weken na opname is er in overleg met de cliënt een definitief behandelingsplan opgesteld. Indien de cliënt niet in staat is zijn wil met betrekking tot de behandeling te bepalen, vindt overleg plaats met de echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger of één van de personen, die als vertegenwoordiger mogen optreden. De afdelingsarts beoordeelt of de cliënt al dan niet in staat is zijn wil met betrekking tot de behandeling te bepalen. Daarnaast pleegt de voor de afdelingsarts voor het opstellen van het behandelingsplan overleg met de instelling of de psychiater die de cliënt voorafgaande aan zijn opname behandelde of begeleidde, evenals met de huisarts van de cliënt. Behandeling kan alleen dan zonder toestemming, of bij verzet van de cliënt plaatsvinden indien dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de cliënt of anderen te voorkomen (zie dwangbehandeling). De afdelingsarts beslist hierover en uitvoering mag pas plaats vinden na fiattering door de BOPZ-arts.

Zorgleefplan

Gegevens van de cliënt worden opgenomen in een individueel zorgleefplan, dat op zorgvuldige wijze dient te worden opgebouwd en bewaard. Zie Richtlijnen betreffende het omgaan met medische gegevens link via www.knmg.nl

In het zorgleefplan moet opgenomen worden:

- het behandelingsplan;
- de voortgang per maand van de uitvoering van dit plan;
- de medewerking van de cliënt aan dit plan;
- als over het behandelingsplan geen overeenstemming is bereikt, moeten de redenen hiervan worden aangegeven. Tevens moet worden vermeld welke voorstellen zijn gedaan om alsnog tot overeenstemming te komen.
- wanneer behandeling zonder toestemming of bij verzet is toegepast dienen gegevens in het zorgleefplan te worden opgenomen over die behandeling en de redenen die hiertoe hebben geleid (melding inspectie, volgens procedure Wet BOPZ t.a.v. de Inspectie, ZOR-9.1).
- idem ten aanzien van noodvrijheidsbeperkende Interventies (melding inspectie, volgens procedure Wet BOPZ t.a.v. de Inspectie, ZOR-9.1).
- gegevens over beslissingen betreffende beperking van bewegingsvrijheid (art. 40).
- gegevens over beslissingen omtrent beperkingen in postaal verkeer, telefoonverkeer en bezoek in geval van RM / IBS;
- beslissingen omtrent overplaatsing;
- gegevens omtrent beslissingen betreffende ontslag uit onvrijwillig verblijf dat gebaseerd is op een RM of IBS;
- beslissingen omtrent het verlenen van tijdelijk verlof in geval van RM / IBS;
- de ontvangen afschriften van rechterlijke beslissingen en uittreksels daaruit en afschriften van beschikkingen van de burgemeester.

De afschriften en uittreksels moeten tenminste tot 5 jaar na dagtekening bewaard blijven, en ten hoogste tot na vijf jaren na het einde van het onvrijwillige verblijf van de

- betrokkene in het verpleeghuis; vervolgens worden zij vernietigd.
- ontvangen of afgegeven geneeskundige verklaringen (ook hiervoor geldt dat deze tenminste 5 jaar na dagtekening bewaard dienen te blijven);
 - de opname- en ontslaggegevens;
 - overige gegevens betreffende de gezondheid van de cliënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is.

Daarnaast draagt de BOPZ-arts er zorg voor dat voor een cliënt aantekening wordt gehouden van diens geestelijke en lichamelijke toestand, van de op hem toegepaste behandeling en de effecten ervan. De aantekening wordt op een zodanige manier en met zodanige regelmaat gehouden dat zij duidelijk inzicht geeft in het ziekteverloop (**art. 37a en 56**).

Bewaartermijn

Voor het BOPZ-onderdeel van het zorgleefplan geldt een kortere bewaartermijn (vijf jaar) dan de WBGO-onderdelen (15 jaar). Door de integrale wijze van zorgverlening en dossiervorming zijn BOPZ- en WBGO behandeling niet goed te scheiden. Om praktische redenen wordt daarom voor het gehele dossier de WBGO-termijn van 15 jaar aangehouden.

4.5 Behandeling zonder toestemming of bij verzet van de cliënt (art. 38, lid 5)

Indien geen overeenstemming met de cliënt of diens vertegenwoordiger bereikt wordt over (bepaalde onderdelen van) het behandelingsplan – of deze wordt later weer ingetrokken – dan kan in beginsel geen behandeling plaatsvinden. Ook indien wel overeenstemming is bereikt, maar de cliënt verzet zich tegen de uitvoering, kan de behandeling niet plaatsvinden. In dit geval dient gezocht te worden naar een alternatief (behandelingsplan) waar wel overeenstemming te bereiken valt. Behandeling zonder toestemming van de cliënt of bij verzet van de cliënt is slechts mogelijk als het behandelplan moet worden uitgevoerd om ernstig gevaar te voorkomen of af te wenden. Dit moet vooraf aan de inspectie voor de Gezondheidszorg worden gemeld. Zie 'Procedure Wet BOPZ t.a.v. de Inspectie (ZOR-9.1)' en 'richtlijn verzet tegen toepassing van VBI (ZOR-9.1)' .

4.6 Klachtenregeling in relatie tot de BOPZ

Het interne Klachtenreglement cliënten (KWA-7.1) van De Zorgboog is van toepassing op klachten in het kader van de BOPZ. Het betreft klachten over een besluit of gedrag met betrekking tot:

- a. de beslissing om een cliënt wilsonbekwaam te verklaren met betrekking tot de voorgestelde behandeling.
- b. de beslissing om het voorgestelde dan wel het overeengekomen zorgplan toe te passen ondanks dat de cliënt zich daartegen verzet.
- c. de beslissing om middelen en maatregelen toe te passen.
- d. de beslissing om het recht op bewegingsvrijheid in en rond de instelling te beperken, anders dan als middel of maatregel.
- e. het niet uitvoeren van het BOPZ-deel van het overeengekomen zorgplan.

4.7 Vrijheidsbeperkende interventies

De Zorgboog ziet vrijheidsbeperkende interventies als een zwaar middel. De Zorgboog voert daarin een beleid van niet toepassen, tenzij. Dit houdt in dat bij risicovol gedrag van cliënten het beleid gericht is op het voorkomen van een vrijheidsbeperkende interventie.

Pas als na een goede probleemanalyse en het falen van alternatieve, minder zware, oplossingen blijkt dat een vrijheidsbeperkende interventie bijdraagt aan vermindering van het probleem, dan wordt zo kort mogelijk de minst ingrijpende vorm van vrijheidsbeperking ingezet. Om deze visie waar te kunnen maken wordt in het beleid rondom vrijheidsbeperkende interventies uitgegaan van een methodische en multidisciplinaire aanpak en het betrekken van de wettelijke vertegenwoordiger van cliënt over de te kiezen aanpak en de evaluatie ervan. Verantwoordelijkheden worden hierbij helder beschreven. Het besluitvormingsproces wordt transparant en toetsbaar vastgelegd in het zorgleefplan. Voor meer achtergrondinformatie over het beleidskader, zie ['beleidskader vrijheidsbeperkende interventies'](#).

4.7.1 Procedure Vrijheids Beperkende Interventies

In de 'Procedure Vrijheidsbeperkende Interventies (ZOR-9.1)' uit het kwaliteitshandboek staat beschreven wat vrijheidsbeperkende interventies zijn, welke vrijheidsbeperkende interventies er zijn en hoe men met vrijheidsbeperkende interventies dient om te gaan in het kader van de Wet BOPZ en hoe deze dienen te worden gemeld aan de inspectie. Verantwoordelijkheden en taken in het toepassen van een vrijheidsbeperkende interventie zijn beschreven.

5. Verlof en Ontslag

De regels in de Wet BOPZ met betrekking tot verlof hebben betrekking op onvrijwillig verblijvende psychogeriatrische cliënten. De regels in de Wet BOPZ met betrekking tot ontslag gelden alleen voor psychogeriatrische cliënten die met een inbewaringstelling of met een rechterlijke machtiging zijn opgenomen. Een vrijwillig opgenomen psychogeriatrische cliënt kan in principe het verblijf beëindigen of met verlof gaan wanneer hij of zij dat wenst. Indien dat naar het oordeel van de behandelaar en ook (of) van de BOPZ-arts niet verantwoord is, omdat de cliënt voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen gevaar veroorzaakt en dit veroorzaakt wordt door een geestesstoornis, zal een inbewaringstelling of een rechterlijke machtiging noodzakelijk zijn voor voortzetting van verblijf. De BOPZ arts draagt er zorg voor dat in deze gevallen een IBS of RM wordt aangevraagd.

5.1 Verlof art 60, RM en IBS

De BOPZ-arts geeft een onvrijwillig verblijvende cliënt verlof voor zolang het verantwoord is hem buiten het verpleeghuis te laten verblijven (art. 46a). De BOPZ-arts zal bij de beslissing nagaan of degene bij wie de cliënt het verlof doorbrengt in staat is de cliënt de noodzakelijk zorg te bieden en in staat is toezicht op de cliënt te houden. In het zorgleefplan wordt opgenomen; als behandelaar, cliënt / vertegenwoordiger en andere betrokkenen hierover overeenstemming hebben, dan geeft de de BOPZ-arts 'automatisch' toestemming tot het verlof. Indien geen overeenstemming wordt bereikt, wordt de casus voorgelegd aan de BOPZ-arts, die de uiteindelijke beslissing zal nemen.

5.2 Ontslag bij RM en IBS

Als de gronden voor een gedwongen opname zijn vervallen, of de termijn van de RM of IBS afloopt, wordt de juridische status van de cliënt opnieuw bekeken. Indien noodzakelijk wordt verlenging van de RM of IBS aangevraagd door de BOPZ-arts. De BOPZ arts moet de echtgeno(o)te en/of de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt daarvan

tevooren op de hoogte stellen.

6. Taken en Verantwoordelijkheden in het kader van de BOPZ

Iedere instelling waar de wet BOPZ wordt toegepast is verplicht een medewerker te belasten met

de controle op de toepassing van de wet, in overeenstemming met de in de wetstekst genoemde geneesheer directeur. Aan de geneesheer directeur hoeft de wet geen bevoegdheden toe te kennen, want hij heeft, uit hoofde van zijn directeurschap, op medisch gebied het hoogste zeggenschap binnen de instelling. Dat geldt niet voor de BOPZ-arts wiens positie binnen de instelling adequaat moet zijn geregeld om hem in staat te stellen zijn taken goed uit te voeren.

Binnen Stichting De Zorgboog is een specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken [voor de BOPZ-afdelingen] en wordt BOPZ-arts genoemd. De BOPZ- arts heeft een functie als geneesheer-directeur in het kader van de BOPZ en is benoemd door de Raad van Bestuur, evenals zijn waarnemer. De BOPZ-arts is verantwoordelijk voor de kwaliteit van algemene geneeskundige gang van zaken en met name betreffende de psychogeriatrische zorg op de BOPZ-afdelingen.

Naast het zorgdragen voor de algemene gang van zaken op psychogeriatrisch en medisch gebied van de BOPZ afdelingen en de beleidsmatige voorwaarden van een goede toepassing van de bepalingen van de Wet BOPZ binnen de instelling zijn er nog specifieke taken en verantwoordelijkheden van de BOPZ-arts. Deze zijn achtereenvolgens:

6.1 Verantwoordelijkheden Bopz-arts

Algemeen

De BOPZ-arts is verantwoordelijk voor een correcte uitvoering van de wet BOPZ. BOPZ-arts heeft de medische eindverantwoordelijkheid. Hij signaleert eventuele onregelmatigheden naar de bestuurder. De Raad van Bestuur is operationeel eindverantwoordelijk.

Externe rechtspositie van de cliënt:

De BOPZ-arts is verantwoordelijk voor invoering, verlenging en beëindiging van de wettelijke maatregelen IBS en RM en het aanvragen van een BOPZ-oordeel in overeenstemming met art. 60. De BOPZ-arts draagt de medische beoordeling hiervoor over aan een psychiater van de GGZ.

Interne rechtspositie van de cliënt:

1. De BOPZ-arts draagt zorg voor het opstellen van een zorgplan in overleg met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger en het verkrijgen van toestemming voor de uitvoering daarvan (art. 38).
2. De BOPZ-arts draagt zorg voor de uitvoering van de dwangbehandeling en de melding daarvan aan de inspectie gezondheidszorg (art. 38).
3. De BOPZ-arts draagt zorg voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (art. 39, derde lid) en de melding daarvan aan de inspectie voor de gezondheidszorg.
4. De BOPZ-arts draagt er zorg voor dossiervorming ten aanzien van de geestelijke en lichamelijke toestand van de cliënt de toegepaste behandeling en de effecten van de behandeling. De dossiervorming is dusdanig dat het een duidelijk inzicht geeft in het ziekteverloop (art. 37a en art. 56).

5. De BOPZ-arts draagt zorg voor de uitvoering van de wettelijke bepalingen in het kader van de wet BOPZ en melding hiervan aan de Inspectie voor de GezondheidsZorg.
6. Zorgdragen voor een goede afwikkeling van de klachtenprocedure ten aanzien van BOPZ klachten. In de klachtencommissie die de BOPZ klachten behandelt heeft een onafhankelijk arts zitting.

6.2 Taken BOPZ-arts

Algemeen:

1. 1 x per maand naleving toetsen van de uitvoering van de regelingen met betrekking tot de BOPZ door de behandelende artsen.
2. BOPZ-arts heeft zitting in de BOPZ adviescommissie van De Zorgboog, die 1x per kwartaal samenkomt.

Externe rechtspositie van de cliënt

(Onderstaande 3 taken zijn door de BOPZ-arts gedelegeerd aan een onafhankelijk psychiater van de GGZ)

1. Het afgeven of ondertekenen van een geneeskundige verklaring ter verkrijging van een voorlopige machtiging en een voortgezette machtiging ten behoeve van een in de locatie verblijvende cliënt.
2. Het afgeven van een geneeskundige verklaring ter verkrijging van een IBS ten behoeve van een in de locatie verblijvende cliënt met in acht name van artikel 21.1 van de wet BOPZ.
3. Er voor zorgdragen dat de griffier en de Officier van Justitie in geval van bovengenoemde gedwongen opnames hiervan in kennis worden gesteld.

Interne rechtspositie van de cliënt:

1. De BOPZ-arts geeft (in overeenstemming met art. 58) eens per maand aan de Inspectie voor de GezondheidsZorg de namen van de cliënten door:
 - a. Die opgenomen zijn in het kader van een IBS, RM of andere wettelijke bepaling voor gedwongen opname;
 - b. Bij ontslag, overplaatsing of overlijden na opname met een IBS, RM of andere wettelijke bepaling voor gedwongen opname;
2. De BOPZ-arts zendt aan de inspecteur voor de gezondheidszorg, in overeenstemming met art.58, eens per maand een afschrift van het register (ingericht naar een door de Minister vast te stellen model) met toepassingen van vrijheidsbeperkende interventies ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties en dwangbehandeling bij cliënten die opgenomen zijn met IBS, RM of andere wettelijke bepaling voor gedwongen opname.
3. De BOPZ-arts meldt direct aan de inspecteur van volksgezondheid en officier van Justitie indien een cliënt welke is opgenomen met een RM wordt vermist, zonder dat hem verlof is verleend. Van de terugkeer van een cliënt zonder geoorloofd verlof wordt ook direct melding gemaakt.
4. De BOPZ-arts heeft zitting in de MIC advies commissie voor VVT van De Zorgboog, die 1x per kwartaal samenkomt.
5. De BOPZ-arts bespreekt de overplaatsingsaanvraag van cliënten met RM/IBS met de behandelend arts en deelt het besluit schriftelijk mede aan de

aanvrager.

6.3 Bevoegdheden BOPZ-arts

1. De BOPZ-arts heeft toegang tot de zorgleefplannen.
2. Dwangmaatregelen kunnen slechts uitgevoerd worden na accorderen door de BOPZ-arts.
Indien mogelijk dient dit voorafgaande aan het ingaan van de maatregel plaats te vinden.
3. De BOPZ-arts heeft toegang tot alle materiele en procedurele voorzieningen (zoals gebruikte middelen, ruimten en beleidstukken met betrekking op de BOPZ) die gebruikt worden in het kader van de Wet BOPZ.
4. De BOPZ-arts heeft ten behoeve van signalering en advisering een rechtstreekse lijn naar de directie van de instelling; er vindt 6 x per jaar overleg plaats met de RvB voor advisering en rapportage t.a.v. het BOPZ-beleid binnen de stichting.
5. De BOPZ-arts kan andere zorgverleners/medewerkers binnen de instelling aanwijzingen geven voor zover deze voortvloeien uit bovengenoemde taken en verantwoordelijkheden of de RvB hierom verzoeken.

6.4 Taken behandelend arts

Algemeen

- Behandelplan vaststellen in 1^e MDO binnen 6 weken na opname
- Legt de mate van wilsbekwaamheid vast in het ondersteuningsplan, indien hiervoor een concrete aanleiding is (zie KHB, 'procedurebeschrijving beoordeling wilsonbekwaamheid').

Vrijheidsbeperkende interventies

- Zo terughoudend mogelijk zijn in het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies.
- Alleen VBI toepassen na multidisciplinair overleg en indien er geen alternatief voorhanden is om het gevaar af te wenden. Bij een noodsituatie wordt zo spoedig mogelijk na het inzetten van de VBI in een multidisciplinair overleg deze inzet geëvalueerd.
- Indien een VBI met fixatie wordt overwogen altijd tevoren overleg met het VBI consultteam.
- VBI's: registratieformulier toepassen VBI invullen en bewaren in zorgleefplan.
- Evaluatie minimaal 1 maal per 3 maanden, evaluatieformulier VBI invullen.

RM/IBS/VM

- In MDO beoordelen of de juridische status van de cliënt moet worden gewijzigd: of RM/IBS/VM moet worden aangevraagd, c.q. verlengd, of vrijwillige opname moet worden omgezet in bv. art. 60.
- Overleg met BOPZ-arts indien IBS/RM aanvraag wordt overwogen, of indien verlenging wordt overwogen: 8 weken voor afloop.
- GGZ inschakelen om RM aan te vragen/te verlengen en dit melden aan familie/
- Afschrift van het ondersteuningsplan en stand van uitvoering verstrekken aan GGZ. Indien behandeling heeft plaatsgevonden zonder toestemming of bij verzet, dit ook melden. Kopieën in het ondersteuningsplan.
- GGZ stelt aanvraag verlenging op (formulier B).
 - Indien machtiging beëindigd kan worden, dan een nieuwe BOPZ indicatie

- aanvragen bij het CIZ.
- Indien IBS aangevraagd moet worden, GGZ inschakelen, telefonisch contact opnemen met de burgemeester en de BOPZ-arts inlichten. Ook de persoonlijk begeleider inlichten en beschikking bewaren in het ondersteuningsplan.
- Beëindiging RM, VM, IBS: beredeneerd verslag naar de BOPZ-arts. Kopie in het ondersteuningsplan.
- Overplaatsingsaanvraag extern cliënt met RM, VM of IBS: schriftelijk verzoek van vertegenwoordiger of cliënt naar behandelend arts, deze bespreekt de aanvraag met de BOPZ- arts.
- Bevestigt eventueel ongeoorloofde afwezigheid op formulier en geeft dit aan de persoonlijk begeleider.

6.5 BOPZ commissie

De BOPZ commissie houdt zich bezig met:

- het terugdringen van vrijheidsbeperkende interventies
- het borgen van procedures rondom vrijheidsbeperkende interventies
- het borgen van procedures rondom de externe rechtspositie in het kader van de wet BOPZ
- de communicatie naar de Inspectie voor de Volksgezondheid
- de klachtenprocedure BOPZ
- de dossiervorming t.a.v. het zorgbehandelplan betreffende de wet BOPZ

De BOPZ commissie heeft hierin een signalerende en adviserende rol naar de raad van bestuur.

7. Bronvermelding en verwijzingen

1. Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, De Zorgboog, Verpleeghuizen
Verzorgingshuizen, Notitie BOPZ, herzien december 2001.
2. BOPZ-beleidsnota, beleidsdocument Vivent De Herven, 's-Hertogenbosch, versie 17-02-2006.
3. BOPZ-beleidsnota, De wet BOPZ en MIMA-beleid binnen de Stichting Kalorama, Beek- Ubbergen (Nijmegen), juni 2005.
4. BOPZ-beleidsnota, SVVE De Archipel- Beleid en Ondersteuning, BOPZ KLAPPER, Eindhoven, 01-07-1997.
5. Handboek Vrijheidsbeperkende Interventies. Werkgroep Vrijheidsbeperkende Interventies, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond, mei 2004.
6. Notitie Wet BOPZ, Stichting Elisabeth, oktober 2008
7. Visiedocument Zorg en Dwang, Stichting Groenhuysen, oktober 2008
8. SVRZ beleid en uitvoering wet BOPZ, Stichting voor regionale zorgverlening, 2009

Bijlage III: Werkinstructie VBI

Werkinstructie Vrijheidsbeperkende Interventies (VBI's)

DOEL

Inzicht geven in de werkwijze rondom Vrijheids Beperkende Interventies.

ACTIVITEITEN BIJ VRIJHEIDSBEPERKENDE INTERVENTIES

Het toepassen van VBI's is een cyclisch proces. Voordat wordt overgegaan tot toepassing dienen onderstaande stappen doorlopen te worden.

Stap 1: constatering van een gevaar of risico

- Het besluitvormingsproces start binnen de Zorgboog met het signaleren van een gevaarlijke situatie. Wanneer er door een medewerker van het zorg en behandelteam geconstateerd wordt dat er een gevaarlijke situatie bestaat, bijvoorbeeld omdat een cliënt telkens valt of zichzelf verwondt, wordt dit zo snel mogelijk doorgegeven aan de arts.

Stap 2: komen tot een besluit

- De arts bepaalt vervolgens, samen met het multidisciplinaire team in het kernteam (zie werkinstructie kernteam), het te voeren beleid rondom de situatie en beoordeelt of het toepassen van een vrijheidsbeperkende interventie werkelijk nodig is.
- Belangrijk bij het constateren van een gevaar of risico is, door af te vragen of de interventie noodzakelijk is om gevaar of risico af te wenden voor de cliënt of anderen. Het handhaven van dagstructuur of groepsafspraken zijn geen acceptabele motieven.
- Op de volgende manieren wordt binnen de Zorgboog gezocht naar alternatieven voor vrijheidsbeperking:
 - Creatieve ideeën vanuit multidisciplinair team
 - VBI consultteam raadplegen
 - Gebruik maken van alternatievenbundel:
<http://www.vilans.nl/docs/producten/Alternatievenbundel.pdf>
 - Andere websites raadplegen:
 - www.innovatiekringdementie.nl
 - <http://www.innovatiekringdementie.nl/Pagina/Hoe.aspx>
 - <http://www.cce.nl/hoofdmenu/expertise/expertisedossiers/ouderenzorg>
 - Hulpmiddelen (alternatieve bundel en overzicht), via uitleen Kersten: 0492-348293; er kunnen kosten aan verbonden zijn
 - Kaders AWBZ en welke middelen de Zorgboog kan vergoeden en welke niet: te vinden in het boekje AWBZ-verstrekingen en aanvullende dienstverlening De Zorgboog (op afdeling en transferbureau aanwezig).
- Er dient tijd genomen te worden voor structureel overleg over VBI's. Dit gebeurt tijdens de (papieren) visite en in het kernteamoverleg. Er moet goed gecommuniceerd worden omtrent de toe te passen interventie.

Stap 3: Wilsbekwaamheid, toestemming en verzet

De volgende stap is het verkrijgen van toestemming van de cliënt of vertegenwoordiger. Enkele punten zijn van belang:

- Wanneer de arts de toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie nodig acht, vraagt

deze eerst toestemming aan de eerste contactpersoon van de cliënt. Vervolgens vindt er overleg plaats tussen arts, cliënt/vertegenwoordiger van de cliënt, verzorgende en overige behandelaren over de aard van de interventie waarna zonodig de interventie wordt toegepast. De interventie is de minst ingrijpende die passend is.

- Bij het nemen van een beslissing is het van belang om te beoordelen of de cliënt bekwaam is om de juiste beslissing te nemen. *De overwegingen en conclusies moeten worden vastgelegd in de module M&M.*
- Verzet dient breed opgevat te worden en serieus genomen te worden, zie 'beleidskader VBI, paragraaf verzet'.

Zodra besluitvorming heeft plaatsgevonden, vindt registratie plaats

- Goede en duidelijke registratie en rapportage in Qic is essentieel bij het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies. Registratie en rapportage vindt plaats in het elektronisch cliëntendossier/Qic. Afhankelijk van de soort vrijheidsbeperkende interventie zijn afspraken gemaakt over de registratie hiervan en wie hiervoor verantwoordelijk is beleidskader VBI, soorten vrijheidsbeperkende interventies".

Registratie vrijwillige VBI

De module middelen en maatregelen hoeft in dit geval niet ingevuld te worden. In het zorgleefplan wordt wel beschreven dat de interventie wordt toegepast (op verzoek van de cliënt of om therapeutische redenen).

- De toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie wordt in Qic als **Actie** beschreven door de coördinator Zorg; de **Actie** (P-D-A) dient bij het juiste probleem beschreven te worden.

Registratie reguliere VBI

- De toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel wordt in geval van een reguliere VBI door de arts geregistreerd in de module middelen en maatregelen van Qic.
- Door aan te vinken in deze module dat er sprake is van verzet door de patiënt en/of de wettelijk vertegenwoordiger, wordt aangegeven dat er sprake is van een reguliere VBI, waarbij de cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger instemt. Deze VBI hoeft niet gemeld te worden bij de inspectie.
- Daarnaast wordt de toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie in Qic als **Actie** beschreven door de coördinator Zorg; de **Actie** (P-D-A) dient bij het juiste probleem beschreven te worden.

Registratie VBI dwang

- De toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel wordt in geval van een dwang VBI geregistreerd door de arts in de module middelen en maatregelen van Qic.
- Door aan te vinken in deze module dat er sprake is van verzet door de patiënt en/of de wettelijk vertegenwoordiger, wordt aangegeven dat er sprake is van een dwangbehandeling. Bij de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) dient melding gemaakt te worden, zie "Procedure Wet Bopz t.a.v. de Inspectie" (ZOR-9.1)
- Daarnaast wordt de toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie in Qic als **Actie** beschreven door de coördinator Zorg; de **Actie** (P-D-A) dient bij het juiste probleem beschreven te worden.

Registratie VBI nood

- De toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel wordt in geval van een nood VBI geregistreerd door de arts in de module middelen en maatregelen van Qic.

- In geval van een noodsituatie wordt de wettelijk vertegenwoordiger vaak achteraf op de hoogte gebracht. De toepassing mag maximaal 7 achtereenvolgende dagen duren. Bij de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) dient melding gemaakt te worden, zie “Procedure Wet Bopz t.a.v. de Inspectie” (ZOR-9.1)
- Daarnaast wordt de toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie in Qic als **Actie** beschreven door de coördinator Zorg; de **Actie (P-D-A)** dient bij het juiste probleem beschreven te worden.

Stap 4: Toepassing van de gekozen interventie

- Zorgverleners moeten de verantwoordelijkheid hebben om zelf te beslissen of ze zich voldoende bekwaam achten om in een gegeven situatie een interventie toe te passen. Wanneer ze hier tekortkomingen in constateren moeten zij daarnaar handelen: zorgen dat de interventie wordt uitgevoerd door een bekwame collega en/of actie ondernemen om zich op dat terrein te bekwamen.
- Dit kan via de leerboogmodule: wet BOPZ en vrijheidsbeperkende interventies.
- Bij het toepassen van afzondering moet in het multidisciplinaire team zijn afgesproken waar, wanneer en op welke tijdstippen de afzondering plaatsvindt. Tevens is afgesproken op welke manier de toezicht gedurende de afzondering is geregeld. Dit wordt ook duidelijk vastgelegd in Qic.
- Ten aanzien van fixatie, gedwongen toedienen van medicatie of voeding en vocht wordt ook duidelijk afgesproken wanneer, op welke tijdstippen en tijdsduur deze vrijheidsbeperkingen worden toegepast en vastgelegd in Qic

Stap 5: Evalueren

- Nadat besloten is om een VBI toe te passen, wordt afgesproken hoe en wanneer dit geëvalueerd wordt. VBI's dienen minimaal 1x per 3 maanden geëvalueerd te worden. Indien sprake is van ingrijpende VBI's dient evaluatie vaker plaats te vinden. De Specialist Ouderengeneeskunde bepaalt hoe vaak geëvalueerd wordt. De evaluatiedatum wordt vastgelegd in de module middelen en maatregelen van Qic door de specialist ouderengeneeskunde.
- Bij het evalueren van de VBI worden alle stappen opnieuw doorlopen.
- Vervolgens wordt opnieuw geregistreerd, de evaluatiedatum wordt aangepast.
- Evaluatie van een VBI vindt bij voorkeur plaats in het kernteamoverleg, indien dit niet mogelijk is dan wordt bij de (papieren) visite geëvalueerd. Afhankelijk van de zwaarte van de vrijheidsbeperkende interventie wordt een ergotherapeut en fysiotherapeut geconsulteerd bij de evaluatie.
- Daarnaast is het van belang dat in het zorgleefplan goed wordt gerapporteerd over de toepassing van de VBI en de reactie van de cliënt, zodat evaluatie kan plaatsvinden.

Bijlage IV: Procedure wet Bopz t.a.v. inspectie

Doel

Duidelijkheid verschaffen en inzicht geven in de aanpak ten aanzien van de meldingsplicht aan de inspectie in het kader van de Wet Bopz.

Gerelateerd aan proces

Notitie wet BOPZ

Coördinatie contacten inspectie IGZ

Beleidsnotitie vrijheidsbeperkende interventies (VBI) binnen de Zorgboog

Inhoudsdeskundigen

BOPZ arts

Activiteit

1 In geval van geen bereidheid/geen verzet tegen opname en verblijf, rechterlijke machtiging en inbewaringstelling (categorie B en C, zoals omschreven in de Wet Bopz)

Behandeling zonder toestemming of bij verzet (art. 38 lid 6):

De Bopz-arts meldt per geval uiterlijk aan het begin van de behandeling dat behandeling zonder toestemming/bij verzet wordt toegepast.

- Welke personen verantwoordelijk zijn voor de beslissing om over te gaan tot behandeling zonder toestemming of behandeling bij verzet.
- De redenen die aan de beslissing ten grondslag liggen.
- Of de cliënt in staat geacht kan worden gebruik te maken van het 'klachtenreglement cliënten'.

De Bopz-arts meldt per geval het beëindigen van de behandeling zonder toestemming of bij verzet.

Vrijheids Beperkende Interventies nood (art 39 lid 3 en artikel 58 lid 2):

De Bopz-arts meldt per geval het toepassen van Vrijheids Beperkende Interventies nood zo spoedig mogelijk na het begin van de toepassing. Maandelijks wordt bovendien door de Bopz-arts een afschrift gezonden van de Vrijheids Beperkende Interventies nood die in de afgelopen maand zijn toegevoegd.

Overplaatsing (art. 43 lid 3):

De Bopz-arts stuurt een afschrift van de beslissing wanneer niet aan een verzoek tot overplaatsing kan worden voldaan.

2 In geval van rechterlijke machtiging of inbewaringstelling (categorie C zoals beschreven in de Wet Bopz)

Overlijden (art. 58 lid 1):

Maandelijks worden de namen van de overleden cliënten met vermelding van de doodsoorzaak doorgegeven.

Opname:

Maandelijks worden de namen van de in de afgelopen maand opgenomen cliënten met een RM of IBS

doorgegeven.

Ongeoorloofde afwezigheid:

De Bopz-arts meldt onmiddellijk aan de inspecteur en de officier van Justitie afwezigheid zonder verlof of voorwaardelijk ontslag. Hetzelfde geldt na terugkeer bij ongeoorloofde afwezigheid. De Bopz-arts dient de beslissingen, betreffende een verzoek om ontslag van de cliënt, aan de inspecteur schriftelijk mee te delen.

Beëindiging IBS:

Maandelijks wordt door de Bopz-arts voor cliënten bij wie de IBS is beëindigd een kort verslag met bevindingen aan de inspecteur gezonden.

3 Bopz-gegevens die *wel* aan de inspectie moeten worden gemeld:

www.igz.nl/wetten/bopz/meldingsplicht-bopz

De gegevens per cliënt apart toezenden.

4 Bopz-gegevens die *niet* aan de inspectie moeten worden gemeld:

www.igz.nl/wetten/bopz/meldingsplicht-bopz

5 Hoe worden Vrijheids Beperkende Interventies gemeld aan inspectie?

Voor het melden van zowel VBI nood als dwangbehandeling aan de inspectie wordt gebruik gemaakt van aparte meldingsformulieren. Dit betekent dat naast registratie in de module Middelen en Maatregelen van Qic ook een meldingsformulier voor óf VBI nood, óf dwangbehandeling, afhankelijk van wat wordt toegepast, moeten worden ingevuld. Beide meldingsformulieren bestaan uit een formulier 'situatie bij aanvang' en een formulier 'situatie bij beëindiging'. Behalve het melden van VBI nood of dwangbehandeling bij aanvang van de toepassing, moet ook de beëindiging van VBI nood of dwangbehandeling gemeld worden (zie 7). Bij het invullen van een meldingsformulier voor de inspectie wordt vooralsnog afgezien van het invullen van een diagnosecode. Alle meldingsformulieren worden ondertekend door de Bopz-arts. Een kopie van het ondertekend meldingsformulier wordt, ten behoeve van het zorgleefplan in Qic, naar de afdelingsarts gestuurd en een kopie wordt, ten behoeve van de centrale registratie, naar het secretariaat Raad van Bestuur gestuurd.

6 Wie is verantwoordelijk voor melding en daarmee samenhangende activiteiten?

Het invullen van een meldingsformulier (situatie bij aanvang en situatie bij beëindiging), het laten tekenen hiervan door de Bopz-arts en het registreren in het zorgleefplan in Qic (kopie meldingsformulier) valt onder verantwoordelijkheid van de afdelingsarts. Het melden bij de inspectie en het sturen van een kopie naar afdelingsarts en het secretariaat Raad van Bestuur valt onder verantwoordelijkheid van de Bopz-arts. Het secretariaat Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de centrale registratie.

7 Formulieren voor het melden van gegevens aan de inspectie:

Meldingsformulier toepassing Vrijheids Beperkende Interventies ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, BOPZ art. 39:

- situatie bij aanvang,
- situatie bij beëindiging.

Meldingsformulier dwangbehandeling BOPZ art. 38 lid 5:

- situatie bij aanvang,
- situatie bij beëindiging

Bijlage V: Overzicht vrijheidsbeperkende interventies binnen de Zorgboog¹

*Deze mogelijke interventies zijn opgenomen uit bijlage ... (beleidsnotitie) en de alternatievenbundel

Vorm interventies binnen Zorgboog	Mogelijke interventies*	Ingezet in okt.-dec. 2015 binnen Zorgboog	Zwaarte van interventie**
Fysiek beperkend	Ballendeken/verzwarringsdeken	Ja	1
	Laag bed	Ja	1
	Rolkussen	Ja	3
	Tentbed	Nee	4
	Valmat	Ja	0
	Stoelbelmatje	Ja	1
	Handschoen	Nee	3
	Dwaalknop	Ja	-
	Jumpsuit	Ja	-
	Vlinderdoek	Nee	-
	Bedhekken	Ja	-
	Rem op rolstoel	Ja	-
	Achteruitrijblokkering rolstoel	Nee	-
	Poseyrol op toilet	Ja	-
	Verlaagde of gekantelde stoel	Ja	-
	Voetenplan aan stoel	Nee	-
	Tafelblad voor stoel	Ja	-
	Band/gordel in stoel	Ja	-
	Band om pols	Nee	-
	Verpleegdeken	Nee	-
	Fixatiehesje	Nee	-
	Bepolstering van bed	Nee	0
	Armspalk	Nee	3
	Bedbox	Nee	4
	Bedbeugel	Nee	0
	Bepolstering van slaapkamer	Nee	1
	Melder bij verlaten kamer	Nee	1
	Akoestische bewaking	Nee	2
	Ballenstoel	Nee	2
	Beschermhelm	Nee	4
	GPS systeem	Nee	2
Psychosociaal beperkend	Verdekte medicatie	Ja	-
	Vrijheidsbeperkende leefregels	Ja	-
Verlies van privacy	Cameratoezicht	Nee	3
	Bewegingssensor	Ja	1

vrijheidsbeperking van Vilans.

**De zwaarte van de maatregel is uitgedrukt in een cijfer van 0 tot 5. Hoe hoger het cijfer, hoe meer de vrijheid door de interventie wordt beperkt. Deze cijfers zijn overgenomen uit de alternatievenbundel vrijheidsbeperking van Vilans. Niet alle mogelijke interventies worden in de alternatievenbundel besproken.

¹ Opgesteld aan de hand van informatie uit bijlage II, het interne overzicht VBI's periode oktober 2015 - december 2015 en R. Hanning en A. van Vliet, 'Ruim 60 alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg: een praktisch hulp- en inspiratiemiddel bij het afbouwen van vrijheidsbeperking', Utrecht: Vilans 2012.

Bijlage VI: Conceptprocedure wetsvoorstel Zorg en Dwang

Conceptprocedure wetsvoorstel Zorg en Dwang

In deze beleidsnotitie wordt de werkwijze rond het wetsvoorstel Zorg en Dwang weergegeven. Allereerst worden belangrijke begrippen uitgelegd. Vervolgens wordt omschreven wat het wetsvoorstel voor de praktijkvoering binnen de organisatie betekent. Daarna wordt middels een stroomdiagram weergegeven welke stappen doorlopen moeten worden voordat onvrijwillige zorg in het kader van het wetsvoorstel Zorg en Dwang mag worden toegepast. Wanneer dit stroomdiagram nauwkeurig gevolgd wordt, wordt er voldaan aan alle eisen die het wetsvoorstel stelt. Vervolgens wordt weergegeven onder welke voorwaarden onvrijwillige zorg daadwerkelijk mag worden toegepast en tot slot welke vormen van onvrijwillige zorg er binnen de Zorgboog zijn.

Aandachtspunten

- Het wetsvoorstel Zorg en Dwang is van toepassing op alle mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking die zorg op basis van de Wlz (voorheen AWBZ) ontvangen. De psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking moet zijn vastgesteld middels een indicatiebesluit van het CIZ of een schriftelijke verklaring van een ter zake deskundige arts;
- Het wetsvoorstel geldt voor alle cliënten die aan bovenstaande eisen voldoen, dus zowel voor cliënten in intramurale als extramurale situaties. Dit betekent dat het wetsvoorstel ook in de thuiszorg van toepassing kan zijn;
- Het wetsvoorstel geldt ook voor mensen die lijden aan een bepaalde ziekte of aandoening. Deze ziekten of aandoeningen worden vastgesteld door de minister (in een nader op te stellen regeling).

Begrippen

Ernstig nadeel

Onder ernstig nadeel wordt in ieder geval verstaan dat betrokkene:

- Zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
- Zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
- Ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
- Met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- Een ander ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
- De psychische gezondheid van een ander bedreigt;
- De algemene veiligheid van personen of goederen bedreigt;
- Ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt.

Enkel het gevaar tot vallen kan niet leiden tot ernstig nadeel!

Geregistreeerde accommodatie

In een geregistreeerde accommodatie mag men cliënten niet-vrijwillig of onvrijwillig opnemen en onvrijwillige zorg verlenen. Alle instellingen met een Bopz-aanmerking vallen onder de geregistreeerde accommodaties. Dit betekent dat in alle instellingen en woongroepen die op basis van de wet Bopz een aanmerking als zodanig hebben gekregen, mensen onvrijwillig of niet-vrijwillig mogen worden opgenomen en die zorgaanbieder onvrijwillige zorg mag verlenen.

MDO overleg

Onder MDO overleg wordt een multidisciplinair overleg verstaan. Aan dit overleg neemt de zorgverantwoordelijke altijd deel. De zorgverantwoordelijke is tevens verantwoordelijk voor

het organiseren van een MDO. In deze beleidsnotitie wordt veel gesproken over een MDO, waarbij verschillende disciplines vertegenwoordigd moeten worden. In bijlage I is een overzicht opgenomen wie bij welk MDO aanwezig dient te zijn.

Onvrijwillige zorg

Onder onvrijwillige zorg wordt zorg verstaan waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich verzet en die zich richt op:

- Het toedienen van vocht, voeding of medicatie voor een somatische aandoening;
- Het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan;
- Maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt;
- Maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden;
- Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten;

Het toedienen van gedrags- en bewegingsbeïnvloedende medicatie of het inzetten van een maatregel die de bewegingsvrijheid beperkt wordt **altijd** gezien als onvrijwillige zorg, ook als de cliënt of de vertegenwoordiger er wel mee instemt of zich niet verzet. Deze twee vormen van onvrijwillige zorg zijn een grote inbreuk op de lichamelijke integriteit van de cliënt, zodat dit altijd als onvrijwillige zorg gezien moet worden en er extra eisen gesteld moeten worden om deze vormen toe te mogen passen.

Verzet

Verzet is niet altijd even duidelijk te constateren. Als uitgangspunt wordt genomen dat er sprake is van verzet **wanneer gedrag duidelijk afwijkt van het bekende gedragspatroon en het bij de stoornis passende gedrag**. Wanneer een cliënt consistent verzet toont, moet dit serieus genomen worden. Bij mensen met een psychogeriatrische handicap kan het wel eens voorkomen dat ze vanuit hun stoornis terughoudend of grillig zijn. Dit hoeft niet direct te wijzen op verzet, als dat gedrag maar typerend is voor die persoon. Voordat er gehandeld kan worden tegen het verzet, dient de zorgverlener te weten waartegen het verzet zich specifiek richt. Om dit verzet te kunnen constateren is het belangrijk dat de zorgverlener de cliënt kent. De Zorgboog acht een zorgverlener in staat om verzet te kunnen constateren wanneer hij of zij langer dan 2 weken werkzaam is bij/met de cliënt. Wanneer een zorgverlener korter dan de bovengenoemde tijd werkzaam is bij/met de cliënt, dient hij bij een vermoeden van verzet een zorgverlener die wel voldoet aan de gestelde termijn om advies te vragen.

Verantwoord toezicht

Het verantwoord toezicht dat moet worden gehouden bij het toepassen van onvrijwillige zorg wordt door de eerste verpleegkundige in gezamenlijkheid met de afdelingsarts uitgeoefend. In extramurale situaties wordt toezicht gehouden door de wijkverpleegkundige en de partner, familie of mantelzorger. Indien het toezicht niet door een van deze personen kan worden uitgeoefend, komt de huisarts hiervoor in de plaats. Er dienen in de individuele gevallen wel goede afspraken gemaakt te worden over het uitoefenen van het toezicht. Te denken valt aan de frequentie, de duur en de wijze waarop toezicht wordt gehouden. Wanneer de zorgverantwoordelijke constateert dat niet (meer) voldaan kan worden aan het verantwoord toezicht op de toepassing van onvrijwillige zorg, dienen er vervolgstappen genomen te worden. De cliënt zal dan een andere vorm van zorg moeten krijgen waarop wel verantwoord toezicht kan worden gehouden. In het uiterste geval betekent dit dat een cliënt moet worden opgenomen.

WZD-arts

De WZD-arts (wet zorg en dwang arts) is het aanspreekpunt over het wetsvoorstel Zorg en Dwang. De WZD-arts is ook het aanspreekpunt voor de inspectie en indien nodig voor het CIZ. De WZD-arts draagt dan ook de verantwoordelijkheid voor het bijhouden van een overzicht (register) van de onvrijwillige zorg binnen de organisatie en het melden van onvrijwillige zorg aan de inspectie.

Zorgaanbieder

Onder zorgaanbieder wordt in deze beleidsnotitie verstaan: de Zorgboog.

Zorgverantwoordelijke

De zorgverantwoordelijke is een door de Zorgboog aangewezen persoon die in naam van de Zorgboog als verantwoordelijke is aangewezen voor de zorg van diens cliënten. De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het opstellen, evalueren en bijwerken van het zorgplan en het aanspreekpunt voor de familie van de cliënt. Binnen de Zorgboog zijn de cozo's aangewezen als zorgverantwoordelijken. Iedere cozo is zorgverantwoordelijke voor de patiënten die onder zijn werkgebied/afdeling vallen.

Zorgverlener

Onder zorgverlener wordt de groep personen verstaan die namens de Zorgboog zijn aangewezen om (onvrijwillige) zorg op basis van het wetsvoorstel Zorg en Dwang te verlenen. Zorgverleners in de naam van deze wet zijn de medewerkers die de interne scholing rond het wetsvoorstel Zorg en Dwang hebben doorlopen en met succes hebben afgerond. In ieder geval dienen de medewerkers die onvrijwillige zorg in het kader van het wetsvoorstel aanbieden minimaal kwalificatieniveau 3 te hebben, maar bij het toepassen van bedekken of rolstoel op rem is kwalificatieniveau 2 afdoende. Voor het toepassen van vrijwillige zorg in het kader van het wetsvoorstel Zorg en Dwang is ook een zorgverlener met kwalificatieniveau 2 bevoegd.

Het uitgangspunt van de Zorgboog

De Zorgboog heeft als uitgangspunt géén onvrijwillige zorg toe te passen, tenzij na veelvuldig overleg blijkt dat er geen alternatieven meer zijn en onvrijwillige zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen. Pas in die gevallen kan onvrijwillige zorg overwogen worden. De Zorgboog streeft naar een zo groot mogelijke keuzevrijheid van haar cliënten. Binnen de Zorgboog geldt ten aanzien van onvrijwillige zorg het ultimum-remedium principe: in beginsel géén onvrijwillige zorg, tenzij het écht niet anders kan.

De procedure

In deze paragraaf wordt de procedure geschetst die doorlopen moet worden voordat onvrijwillige zorg verleend kan worden.

Toestemmingsvereiste

Het toestemmingsvereiste uit de WGBO is van toepassing op alle mensen die een medische behandeling ondergaan, dus ook op cliënten die op basis van het wetsvoorstel Zorg en Dwang zorg ontvangen. Het toestemmingsvereiste houdt in dat de cliënt toestemming moet geven voor de behandeling. Het kan echter gebeuren dat de cliënt niet meer in staat is om zijn toestemming te geven. In zo'n geval kan een cliënt wilsonbekwaam verklaard worden. Een ter zake deskundige arts is bevoegd een cliënt wilsonbekwaam te verklaren als: een patiënt niet meer in staat is om een beslissing omtrent de mogelijke behandeling te nemen, niet begrijpt wat de gevolgen zijn van zijn besluit omtrent de behandeling en de informatie van de behandeling niet meer kan begrijpen en afwegen. Wanneer een cliënt wilsonbekwaam wordt verklaard, is dit alleen voor de voorgestelde behandeling. De cliënt is dus niet voor alles wilsonbekwaam. In het geval van wilsonbekwaamheid moet vervangende toestemming aan de vertegenwoordiger worden gevraagd.

De opname

Wanneer er gesproken wordt over een opname, is het van belang om te weten over wat voor soort opname er wordt gesproken. Allereerst geldt dat de Zorgboog het CIZ vraagt om te onderzoeken of een opname wel of niet vrijwillig geschied. Bij een vrijwillige opname toont de cliënt bereidheid tot opname en verzet hij zich niet. Indien het CIZ van oordeel is dat er géén sprake is van een vrijwillige opname, moet bekeken worden welke van de onderstaande opnameprocedures van toepassing is.

-De niet-vrijwillige opname

Van de niet-vrijwillige opname is sprake wanneer een cliënt zich niet verzet maar zich ook niet bereid verklaart voor een opname in een geregistreerde accommodatie. Het CIZ is het bevoegde orgaan om een besluit tot opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging af te geven. Wanneer een cliënt al in een instelling van de Zorgboog verblijft, bijvoorbeeld op vrijwillige basis, maar dat hij na een tijd niet meer bereid is om in een instelling te verblijven (en zich ook niet verzet) maar dit vanwege zijn aandoening wel noodzakelijk is, kan de zorgaanbieder een aanvraag voor een besluit tot opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging indienen bij het CIZ. Het CIZ beslist dan binnen zes weken. Het CIZ beslist dan ook voor hoelang het besluit blijft gelden.

-De onvrijwillige opname

Van een onvrijwillige opname is sprake wanneer de cliënt zich verzet tegen een opname. Deze soort kent twee verschillende procedures.

De rechterlijke machtiging

De rechterlijke machtiging dient aangevraagd te worden wanneer een cliënt zich tegen een opname verzet. Het CIZ is het bevoegde orgaan om een aanvraag voor een rechterlijke machtiging in te dienen. Een verzoek tot een aanvraag voor een rechterlijke machtiging kan onder andere door een zorgaanbieder, die aan de cliënt feitelijke zorg verleent, ingediend worden bij het CIZ. In de machtiging beslist de rechter meteen wat de duur van deze machtiging is, met een maximum van zes maanden. Voor mensen met een psychogeriatrische aandoening kan een volgende machtiging voor maximaal vijf jaren worden afgegeven.

De inbewaringstelling

Wanneer een cliënt niet bereid is tot opname, zich verzet tegen een opname en er sprake is van een noodsituatie waardoor het (risico op) ernstig nadeel zo hoog is dat een rechterlijke machtiging niet afgewacht kan worden, kan door de burgemeester een last tot inbewaringstelling worden afgegeven. Deze last wordt voor ten hoogste drie dagen afgegeven, waarna eventueel onder voorwaarden nog wel een verzoek tot het verlenen van een machtiging tot verlenging van de inbewaringstelling kan worden ingediend.

Het zorgplan

De zorgverantwoordelijke stelt **binnen zes weken** na aanvang van de zorg een zorgplan op. In het zorgplan worden ten minste de afspraken tussen de cliënt of diens vertegenwoordiger en de zorgaanbieder opgenomen. De zorgverantwoordelijke doet zijn best om toestemming te verkrijgen voor de behandelingen die in het zorgplan worden opgenomen. De zorgverantwoordelijke neemt hiervoor een actieve houding aan.

De zorgverantwoordelijke zorgt ervoor dat het zorgplan **binnen vier weken** na de start van de zorg op basis van dit zorgplan wordt geëvalueerd bij een MDO. De zorgverantwoordelijke betreft desgewenst de cliënt of vertegenwoordiger bij deze evaluatie. De zorgverantwoordelijke beslist wie er aan dit MDO deelnemen.

Het kan echter gebeuren dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet meer instemt met het zorgplan of het zorgplan niet meer voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt. Dit kan zowel

door de vertegenwoordiger als door de zorgverleners vastgesteld worden. In dat geval zal het zorgplan en de te verlenen zorg aangepast moeten worden. De flowchart uit bijlage II dient dan doorlopen te worden.

Het toepassen van onvrijwillige zorg

Voordat de onvrijwillige zorg die in het zorgplan is opgenomen ook daadwerkelijk mag worden toegepast, dient er aan de volgende voorwaarden te worden voldaan:

- Geconstateerd moet worden dat het in het zorgplan omschreven ernstig nadeel zich daadwerkelijk voordoet;
- Onvrijwillige zorg moet noodzakelijk zijn om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;
- Onvrijwillige zorg moet geschikt zijn om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;
- De onvrijwillige zorg moet gelet op het beoogde doel evenredig zijn;
- Er moeten geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;
- Er moet op verantwoorde wijze worden voorzien in het toezicht tijdens de toepassing van de onvrijwillige zorg.

Welke vormen van onvrijwillige zorg zijn er?

Onderstaand wordt een overzicht getoond van de verschillende vormen van onvrijwillige zorg met daarbij specifiek de middelen of maatregelen die onder die vormen van zorg vallen. Voor de zorgverleners is het van belang een onderscheid te maken tussen de verschillende vormen van onvrijwillige zorg, omdat twee vormen altijd leiden tot onvrijwillige zorg, ongeacht of er ingestemd wordt met die zorg.

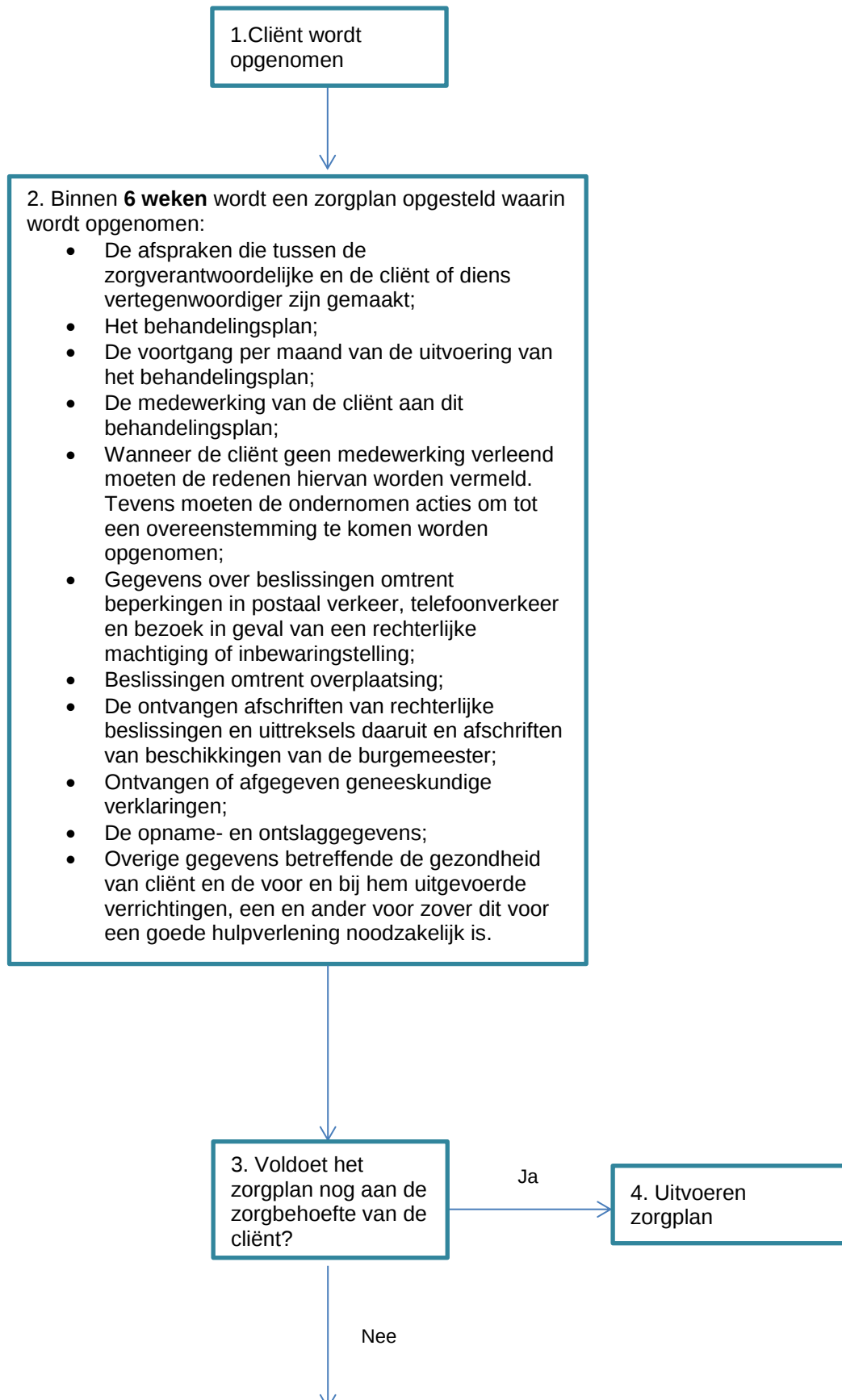
Onvrijwillige zorg	Middelen en maatregelen
Het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening.	Alle voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening waarmee de cliënt of diens vertegenwoordiger niet instemt of waartegen de cliënt zich verzet.
Het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, <u>ongeacht of de cliënt of diens vertegenwoordiger wel of niet heeft ingestemd of er wel of geen sprake is van verzet.</u>	Verdekte medicatie
Maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, <u>ongeacht of de cliënt of zijn vertegenwoordiger wel of niet heeft ingestemd of er wel of geen sprake is van verzet.</u>	Laag bed, valmat, handschoenen, bedhekken, beschermhoes bedhekken, rem op rolstoel, achteruitrijblokkering rolstoel, verlaagde stoel of gekantelde stoel, tafelblad voor stoel, band/gordel in stoel, band om pols, verpleegdeken, fixatiehesje, tentbed, rol onder matras
Maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden.	Belmat, bewegingssensor, stoelbelmat, cameratoezicht
Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten.	Individuele afspraken (bijv. alcoholverbod, rookverbod)

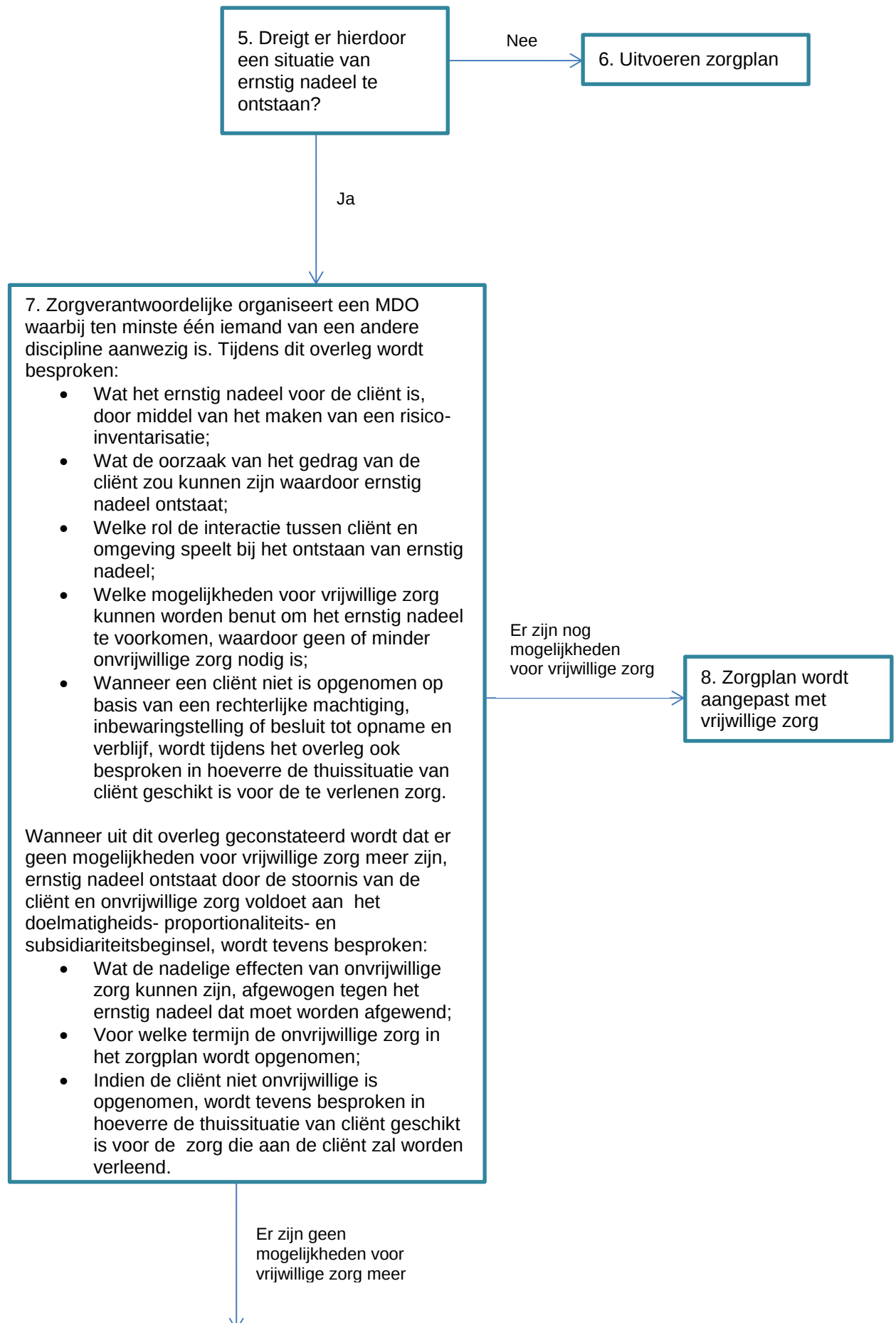
Tabel 1: Overzicht onvrijwillige zorg met bijbehorende middelen en maatregelen

Bijlage I: overzicht deelnemers MDO's

Welk MDO?	Deelnemers	Wat te bespreken?
Ter evaluatie zorgplan	- Zorgverantwoordelijke -Deskundige van een andere discipline	- Wat het ernstig nadeel voor de cliënt is, dmv het maken van een risico-inventarisatie - Wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn waardoor ernstig nadeel ontstaat -Welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving zou kunnen zijn waardoor ernstig nadeel ontstaat -Welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg kunnen worden benut om het ernstig nadeel te voorkomen, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is -Wanneer een cliënt niet is opgenomen op basis van de in deze notitie beschreven opnamevormen, wordt ook besproken in hoeverre de thuissituatie van cliënt geschikt is voor de te verlenen zorg.
Ter overweging van opname onvrijwillige zorg in zorgplan (binnen de Zorgboog wordt dit MDO samengepakt met het MDO ter evaluatie zorgplan)	-Zorgverantwoordelijke -Deskundige van een andere discipline -Instemming van een bij de zorg betrokken arts OF -Instemming van een door de minister aangewezen deskundige	Zie hierboven, én: -Wat de nadelige effecten van onvrijwillige zorg kunnen zijn, afgewogen tegen het ernstig nadeel dat moet worden afgewend -Voor welke termijn de onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen, waarbij die termijn zo kort mogelijk is, passend bij de aard van de zorg en ingrijpendheid voor de cliënt, waarbij die termijn op maximaal drie maanden wordt gesteld.
Ter verlenging van onvrijwillige zorg	-Zorgverantwoordelijke -Deskundige van een andere discipline -Instemming van een bij de zorg betrokken arts of instemming van een door de minister aangewezen deskundige -Niet bij de zorg betrokken deskundige	Al het bovenstaande
Als cliënt of vertegenwoordiger na bovenstaande niet instemt met onvrijwillige zorg in zorgplan/ niet instemt met nieuwe afspraken of onvrijwillige zorg niet afgebouwd kan worden in vastgestelde termijn	-Zorgverantwoordelijke -Externe deskundige (CCE)	CCE geeft advies over de toepassing van onvrijwillige zorg in de specifieke casus.

Bijlage II: Flowchart





9. Onvrijwillige zorg, bestaande uit:

- Het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening;
- Het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan;
- Maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt; **mag worden toegepast als er instemming van een bij de zorg betrokken arts is verkregen.**

- Maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden;
- Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten **mag worden toegepast als er instemming van een door de minister aangewezen deskundige wordt verkregen.**

Onvrijwillige zorg mag vervolgens voor maximaal 3 maanden worden verleend

10. De zorgverantwoordelijke past het zorgplan aan en neemt ten minste op:

- Het ernstig nadeel ter zake waarvan de onvrijwillige zorg kan worden toegepast;
- Welke vorm van onvrijwillige zorg kan worden toegepast;
- Welke zorgverlener of categorie van zorgverleners bevoegd is tot het toepassen van onvrijwillige zorg;
- De duur of de frequentie van onvrijwillige zorg;
- De vastgestelde termijn voor toepassing van onvrijwillige zorg;
- De wijze waarop de zorg binnen de vastgestelde termijn wordt afgebouwd;
- Aanvullende zorgvuldigheidseisen (indien van toepassing);
- De continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop deze wordt gewaarborgd.

12. Onvrijwillige zorg afbouwen / vrijwillige zorg verlenen

Ja

11. Blijkt na maximaal 3 maanden dat de onvrijwillige zorg binnen de vastgestelde termijn afgebouwd kan worden?

Nee

13. Er vindt opnieuw een MDO plaats volgens stap 8, 10 en 11. Ook moet **een niet bij de zorg betrokken deskundige deelnemen aan het MDO.** Als blijkt dat onvrijwillige zorg noodzakelijk blijft, **mag onvrijwillige zorg met maximaal 3 maanden worden verlengd.**

Nee, onvrijwillige zorg niet nodig en wel instemming

15. Er dient advies van het CCE (externe deskundige) ingewonnen te worden. Aan de hand van dit advies wordt het zorgplan aangepast, waarbij opgenomen wordt op welke wijze toepassing gegeven wordt aan het advies van het CCE. Blijft onvrijwillige zorg noodzakelijk?

Zo nee, dan afbouwen.

Zo ja: **maximaal voor 6 maanden verlengen en vervolgens evalueren tijdens halfjaarlijks MDO over zorgplan.**

Ja, wel onvrijwillige zorg nodig en géén instemming

14. Blijkt na de verlenging van stap 14 dat onvrijwillige zorg nog steeds nodig blijft of stemt de cliënt of vertegenwoordiger nog steeds niet in met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan?