



Bijlagen:

Van de Wet Bopz naar Wet Zorg en Dwang

Veranderingen voor Avoord Zorg en Wonen met
betrekking tot dwangbehandeling bij psychogeriatrische
cliënten

Etten-Leur, 11 januari 2015

Auteur:

Manon Leppens 2046115 (student)

Naam stageorganisatie:

Avoord Zorg en Wonen

Naam Opleiding:

Juridische Hogeschool Avans-Fontys

Stageperiode:

8 september 2014 – 11 januari 2015

INHOUD

Bijlage I: Wet Bopz en Wet Zorg en Dwang naast elkaar

Bijlage II: Handboek Avoord Zorg en Wonen

Opmerking: In de bijlagen is ervoor gekozen om iedere bijlage apart te nummeren en de nummering van het originele document te hanteren.

BIJLAGE I: WET BOPZ EN WET ZORG EN DWANG NAAST ELKAAR

In de hoofdstukken twee en drie zijn de Wet Bopz en Wet Zorg en Dwang beschreven. Maar wat zijn nu precies te verschillen? Onderstaand een is schematisch overzicht opgenomen waarin de twee wetten naast elkaar gezet worden. Dit schema zal verduidelijking bieden aan Avoord Zorg en Wonen.

	Wet Bopz	Wet Zorg en Dwang
Begrippen	<i>Dwangbehandeling</i>: gehele of gedeeltelijke toepassing van het zorgplan maar waarover geen overeenstemming met cliënt of diens vertegenwoordiger is bereikt. De middelen en maatregelen zoals bedoeld in art. 2 van het Besluit middelen en maatregelen Bopz kunnen in het zorgplan worden opgenomen. Dit betreft; • afzondering in een speciaal daarvoor bestemde éénpersoonskamer; • separatie, in een speciaal daarvoor bestemde en door de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur separeerverblijf goedgekeurde afzonderlijke ruimte; • fixatie, op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden; • medicatie, het aan cliënt toedienen van geneesmiddelen; • toediening aan een cliënt van vocht of voeding.	<i>Onvrijwillige zorg</i>: zorg waar cliënt of diens vertegenwoordiger niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich verzet en die zich richt op (art. 2 lid 1 WZD): • toedienen van voeding, vocht of medicatie voor somatische aandoening; • toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of bewegingsvrijheid van cliënt; • 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. Met onvrijwillige zorg wordt gelijk gesteld: het toedienen van medicatie wat invloed heeft op het gedrag of bewegingsvrijheid van de cliënt ook al heeft deze geen verzet getoond tegen behandelingen en heeft de vertegenwoordiger of cliënt hiermee ingestemd. Een maatregel die de bewegingsvrijheid van de cliënt beperkt ook al heeft deze geen verzet getoond tegen behandelingen en heeft de vertegenwoordiger of cliënt hiermee ingestemd.
	<i>Gevaarscriterium</i> om dwang toe te passen. Hieronder wordt verstaan (art. 1 lid 1 sub f Wet Bopz); • het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen; • het gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat. • het gevaar dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen; • het gevaar dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie bij anderen zal oproepen; • gevaar dat betrokkene een andere van het leven zal beroven of ernstig lichamelijk letsel toebrengt; • het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander; • gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen. • gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.	<i>Ernstig nadeel criterium</i> om onvrijwillige zorg toe te passen. Hieronder wordt verstaan (art. 1 lid 2 WZD); • zich maatschappelijk te gronde richt of dreiging daartoe; • zich in ernstige mate verwaarlozen of dreiging daartoe; • ernstig lichamelijk letsel oplopen of toebrengen of dreigen daartoe; • door hinderlijk gedrag agressie bij anderen oproepen; • bedreiging van psychische gezondheid van een ander; • bedreiging van de algemene veiligheid van personen of goederen; • ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreiging daartoe of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt.

	<i>Geneesheer-directeur:</i> In de Wet Bopz worden vele taken aan de geneesheer-directeur overgelaten. In de verpleegtehuizen is hiervoor ter vervanging van de geneesheer-directeur de Bopz-arts voor aangesteld.	<i>Zorgverantwoordelijke:</i> In het wetsvoorstel is gekozen om de term "zorgverantwoordelijke" te gebruiken. Deze term kan door de zorgaanbieders zelf ingevuld worden en er kan gekeken worden welk niveau zorgverlener het meest geschikt is voor de gegeven taak.
	<i>Patiëntenvertrouwenspersoon:</i> Het bestuur van de verpleeginrichting hoeft <u>geen</u> zorg te dragen voor dat een cliënt kan worden bijgestaan door een patiëntenvertrouwenspersoon. De Wet Bopz geeft deze mogelijkheden alleen cliënten die zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een zwakzinnigeninrichting, verpleeginrichting of justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden.	<i>Clëntenvertrouwenspersoon:</i> De zorgaanbieder draagt ervoor zorg dat iedere cliënt of diens vertegenwoordiger beroep kan doen op een cliëntenvertrouwenspersoon. Deze persoon heeft tot taak advies en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg aan de cliënt of met zijn opname en verblijf in een accommodatie.
Dwangopname	Voor toepassing van dwangbehandeling is opname verplicht.	Voor toepassing van onvrijwillige zorg is opname niet verplicht tenzij de thuissituatie van de cliënt niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoet.
❖ Procedure en vereisten	Art. 60 Bopz-toets (art. 60 Wet Bopz) • Stoornis van de geestvermogens • Stoornis van betrokkene gevaar doet veroorzaken; • Het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrische ziekenhuis kan worden afgewend • Geen blijk geeft van de nodige bereidheid ter zake (verzetscriterium) • Betrokkene kan zich ten gevolge van de stoornis niet buiten de inrichting handhaven <i>Het <u>CIZ</u> beoordeeld over de noodzaak om de cliënt op te nemen in een verpleeginrichting. Een aanvraag kan worden ingediend door;</i> - de persoon op wie die aanvraag betrekking heeft; - door een derde die daartoe door de zorgvrager gemachtigd of; - door de wettelijk vertegenwoordiger.	Niet- vrijwillige opname (art. 21 WZD) • Geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname en verblijf of voortzetting van verblijf, maar zich er ook niet tegen verzet; (bereidheidscriterium) • Gedrag van cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel; • Opname en het verblijf of voortzetting hiervan noodzakelijk is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden; • Opname en het verblijf of voortzetting daarvan geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden; • Er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden. <i>Het <u>CIZ</u> beoordeeld over de aanvraag van een niet-vrijwillige opname. Een aanvraag kan ingediend worden door :</i> • de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel; • de vertegenwoordiger; • elke meerderjarige bloedverwant in rechte lijn of de zijlijn tot en met de tweede graad en elke meerderjarige aanverwant tot en met de tweede graad, of; • de zorgaanbieder die de cliënt zorg verleent.
	Voorlopige machtiging (art. 2 Wet Bopz) • Stoornis van de geestvermogens • Stoornis van betrokkene gevaar doet veroorzaken; • Het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrische ziekenhuis kan worden afgewend	Onvrijwillige opname (art. 24 WZD) (rechterlijke machtiging(RM)) • Cliënt verzet zich tegen opname en het verblijf of voortzetting daarvan, indien vertegenwoordiger van oordeel is dat verblijf niet moet plaatsvinden. • Gedrag van cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg

	• Geen blijk van de nodige bereidheid (bereidheidscriterium) <i>De voorlopige machtiging wordt verleend door de <u>rechter</u> op verzoek van de <u>officier van justitie</u>.</i> - Machtiging tot voortgezet verblijf, art. 15 Wet Bopz • Al een voorlopige machtiging verkregen • Stoornis van de geestvermogens • Stoornis van betrokkene gevaar doet veroorzaken; • Het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrische ziekenhuis kan worden afgewend <i>De machtiging tot voortgezet verblijf wordt verleend door de <u>rechter</u> op verzoek van de <u>officier van justitie</u>.</i>	van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel; • Opname en het verblijf of voortzetting hiervan noodzakelijk is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden; • Opname en het verblijf of voortzetting daarvan geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden; • Er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden. <i>De rechterlijke machtiging wordt verleend door de <u>rechter</u> op verzoek van het <u>CIZ</u>.</i> <i>De personen die het CIZ kunnen verzoeken een rechterlijke machtiging in te dienen zijn:</i> - de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel; - de vertegenwoordiger; - elke meerderjarige bloedverwant in rechte lijn of de zijlijn tot en met de tweede graad en elke meerderjarige aanverwant tot en met de tweede graad, of; - de zorgaanbieder die de cliënt zorg verleent.
	Inbewaringstelling (art. 20 Wet Bopz) • Betrokkene veroorzaakt gevaar; • Ernstige vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene het gevaar doet veroorzaken; • Gevaar is zo onmiddellijk dreigend dat een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht. Het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen kan worden afgewend <i>De <u>burgemeester</u> gelast een inbewaringstelling na een schriftelijke verklaring van een <u>niet-behandelend psychiater</u> of een <u>arts</u> (niet zijnde een psychiater) die voorafgaand aan het opmaken van de verklaring overleg heeft gepleegd met de psychiater van de cliënt indien hij daarbij onder behandeling is anders voldoet overleg met zijn huisarts.</i>	Onvrijwillige opname (art. 29 WZD) (inbewaringstelling (IBS)) • Er is sprake van ernstig nadeel; • Dit ernstige nadeel is zo onmiddellijk dreigend dat een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht; • Ernstig vermoeden dat het ernstig nadeel wordt veroorzaakt door het gedrag van de persoon als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, dan wel gepaard gaande met een psychische stoornis of een combinatie daarvan; • De IBS noodzakelijk is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden; • De IBS geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden; • Er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstig nadeel af te wenden. <i>De <u>burgemeester</u> gelast een inbewaringstelling pas nadat een ter zake <u>deskundig arts</u> een verklaring heeft versterkt, waaruit blijkt dat aan bovenstaande eisen is voldaan. Indien de cliënt al in een accommodatie verblijft, kan de verklaring niet worden verstrekt door de arts die verbonden is aan de zorgaanbieder. De arts pleegt tevoren overleg met de zorgaanbieder die betrokkene zorg verleent of, indien deze ontbreekt, met de huisarts van de cliënt.</i>
Zorgplan en multidisciplinair overleg	Zodra een cliënt is opgenomen, draagt de <u>Bopz-arts</u> er zorg voor dat er zo spoedig mogelijk een zorgplan wordt opgesteld. Voor het opstellen van het zorgplan dient de voor de behandeling verantwoordelijke van de cliënt overleg te plegen met een eerdere instelling of psychiater waar de cliënt is	De <u>zorgaanbieder</u> stelt na overleg met cliënt of diens vertegenwoordiger zo spoedig mogelijk, maar binnen zes weken, een zorgplan vast. Afhankelijk van de zorgbehoefte van cliënt kunnen deskundigen worden ingeroepen om het zorgplan mee op te stellen.

	opgenomen of zijn huisarts. Daarnaast overleggen met naasten van de cliënt, bij voorkeur de schriftelijk gemachtigde. <i>Overleg zorgplan: Het behandelingsplan wordt zodanig opgesteld dat een regelmatige toetsing van de middelen die erin zijn opgenomen aan de bereikte resultaten mogelijk is.</i>	De zorgaanbieder moet voldoende mogelijkheden bieden om zorg op vrijwillige basis op te lossen. Voldoet het plan niet aan zorgbehoefte van cliënt dan overleg tussen zorgverantwoordelijke en ten minste één deskundige van een andere discipline. Daarbij komt ter sprake: • wat het ernstige nadeel voor de cliënt is. Dit wordt door middel van een risico-inventarisatie bekeken; • wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn, waardoor ernstig nadeel ontstaat; • welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel; • welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg kunnen worden benut om het ernstige nadeel te voorkomen, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is. (art. 9 lid 3 WZD) Het zorgplan wordt aangepast op basis van de conclusies van het overleg. Mocht de conclusie zijn dat er geen ander alternatief dan onvrijwillige zorg is, kan overwogen worden om onvrijwillige zorg in het plan op te nemen. Het multidisciplinair overleg omtrent de keuze om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen, is uitgebreider dan het eerste overleg. Hierbij komt ter sprake: • wat het ernstig nadeel voor de cliënt is. Dit wordt door middel van een risico-inventarisatie bekeken; • wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn, waardoor ernstig nadeel ontstaat; • welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel; • welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg nog benut kunnen worden, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is; • wat de nadelige effecten van onvrijwillige zorg kunnen zijn, afgewogen tegen het ernstige nadeel dat moet worden afgewend; • voor welke termijn de onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen. Die termijn dient zo kort mogelijk te zijn, passend bij de aard van de zorg en ingrijpendheid voor de cliënt, waarbij die termijn op maximaal drie maanden wordt gesteld. (art. 10 lid 4 WZD) Indien nodig wordt besproken of de thuissituatie van de cliënt geschikt is om onvrijwillige zorg toe te passen. Naar aanleiding van het overleg wordt het zorgplan aangepast. De zorgverantwoordelijke vraagt een externe deskundige om advies over het zorgplan als de cliënt of vertegenwoordiger niet instemt met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan of
--	--	--

		als het niet lukt om binnen het gestelde termijn de onvrijwillige zorg af te bouwen. <i>Overleg zorgplan: binnen vier weken en vervolgens in ieder geval iedere zes maanden.</i>
Dwangbehandeling	<i>Dwangbehandeling</i> (art. 38 Wet Bopz). Is er geen overeenstemming met cliënt of zijn vertegenwoordiger omtrent het zorgplan dan geen behandeling tenzij; - dit noodzakelijk is om gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden; - is voldaan aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid (Hoge Raad). Voor cliënten die zijn opgenomen door een artikel 60 Bopz-toets en wanneer niet wordt voldaan aan art. 38b sub b en c Wet Bopz kan behandeling plaatsvinden voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen, of voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene binnen de inrichting doet veroorzaken, af te wenden. Bopz-arts maakt melding bij de inspectie van toepassing van dwang. Na behandeling dient door de inspectie een onderzoek plaats te vinden over de zorgvuldigheid van de toepassing van dwang.	<i>Onvrijwillige zorg</i> (art. 13 WZD): Onvrijwillige zorg kan uitsluitend verleend worden indien; - het ernstig nadeel zoals omschreven in het zorgplan zich daadwerkelijk voordoet; - de onvrijwillige zorg geschikt is om dit ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden; - er is voldaan aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid; - op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing ervan. Voordat onvrijwillige zorg voor de eerste keer wordt toegepast informeert de <i>zorgverlener</i> de vertegenwoordiger en cliënt, tenzij dit kennelijke urgente bezwaren voor de cliënt zou opleveren. Daarnaast overleg met <i>zorgverantwoordelijke</i> en, indien van toepassing, de arts met wie het overleg om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen is gevoerd. Indien de situatie dermate urgent is dat overleg niet kan worden afgewacht, overlegt de zorgverantwoordelijke zo spoedig mogelijk na toepassing van onvrijwillige zorg. Naast de documenten die in het zorgdossier van de cliënt worden opgenomen (art. 16 WZD), houdt de zorgaanbieder ook een register bij van de toegepaste onvrijwillige zorg (art. 17 WZD). Dit register is ten behoeve van het toezicht door de door Minister van Welzijn, Sport en Volksgezondheid benoemde ambtenaren. Het overzicht dient ten minste eens per zes maanden aan de ambtenaren verstrekt te worden.
Noodsituaties	<i>Middelen en maatregelen</i> (art. 39 Wet Bopz): In beginsel ter overbrugging van noodsituaties. De Bopz-arts geeft zo spoedig mogelijk na het begin van toepassing van het middel of maatregel kennis aan naaste familie/wettelijk vertegenwoordiger. Daarnaast wordt de inspecteur van toepassing en beëindiging van het middel of maatregel op de hoogte gesteld. Hierbij dient hij gebruik te maken van de daarvoor door de Minister voorgeschreven formulieren (art. 19 lid 3 Wet Bopz). <i>Termijn: de middelen en maatregelen zoals gecodificeerd in art. 2 van het Besluit middelen maatregelen Bopz kunnen ten hoogste zeven opeenvolgende dagen worden toegepast.</i>	<i>Zorg in onvoorziene situaties</i> (art. 15 WZD): Een situatie waarin het zorgplan niet heeft kunnen voorzien of in een noodsituatie die zich voordoet in de periode dat er nog geen zorgplan is vastgesteld. Onvrijwillige zorg kan verleend worden indien: • het gedrag van cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel; • de onvrijwillige zorg geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden; • voldaan is aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid; • op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing ervan.

		Onvrijwillige zorg vindt plaats krachtens een schriftelijke beslissing van de <u>zorgverantwoordelijke</u>. De zorgverlener informeert, zo mogelijk vooraf, de vertegenwoordiger en cliënt, tenzij dit kennelijk ernstig nadeel voor de cliënt oplevert. <i>Termijn: niet langer dan noodzakelijk, in ieder geval niet langer dan twee weken.</i>
--	--	---

Opvallend is dat het proces voordat onvrijwillige zorg volgens het wetsvoorstel toegepast mag worden, veel langer is. Er vindt diverse malen een (uitgebreid) multidisciplinair overleg plaats alvorens toepassing van onvrijwillige zorg. Daarnaast moet ook periodiek overleg over het zorgplan plaatsvinden, de Bopz gaf hiervoor geen specifiek termijn.

Daarnaast heeft de nieuwe wet ook de keuzes tussen het aantal procedures vereenvoudigd. In de Wet Bopz waren er diverse rechterlijke machtigen wat voor de zorg niet verhelderend werkte.

De criteria voor opname en het toepassen van onvrijwillige zorg zijn in de Wet Zorg en Dwang meer gespecificeerd. Uiteraard is het grootste verschil dat in het wetsvoorstel onvrijwillige zorg ook buiten de instelling mag plaatsvinden indien de thuissituatie hiervoor geschikt is.



Beleid en werkwijze wet BOPZ

Avoord Zorg en Wonen

Inleiding algemeen

1.0 Inleiding Wet BOPZ

- 1.1 Bescherming van cliëntenrechten
- 1.2 Uitwerking van de Wet
- 1.3 Plaats van de Wet BOPZ in relatie tot de WGBO
- 1.4 Handboek Wet BOPZ

2.0 Algemene begrippen

- 2.1 Behandeling
- 2.2 Behandeling zonder toestemming of bij verzet
- 2.3 Behandelingsplan of zorgleefplan
- 2.4 Bereidheid
- 2.5 Bewindvoerder
- 2.6 Bezwaar of verzet
- 2.7 Geen bereidheid, geen bezwaar
- 2.8 BOPZ-indicatiecommissie
- 2.9 Cliëntendossier of zorgdossier
- 2.10 Curator
- 2.11 Geneesheer-directeur
- 2.12 Gevaar
- 2.13 Inbewaringstelling
- 2.14 Mentor
- 2.15 Rechterlijke machtiging
- 2.16 Vertegenwoordiging
- 2.17 Verzet
- 2.18 Vrijheidsbeperking en Middelen en Maatregelen
- 2.19 Wils(on)bekwaam

3.0 Van aanmelding tot opname

- 3.1 Indicatiecommissie
- 3.2 Wettelijke status bij opname
- 3.3 Aanvragen rechterlijk machtiging (RM)
- 3.4 Aanvragen inbewaringstelling
- 3.5 Wachtijd
- 3.6 Spoedopname
- 3.7 Tijdelijke opname
- 3.8 Interne overplaatsing
- 3.9 Toewijzen van een “voor de behandeling verantwoordelijke persoon”
- 3.10 Melden aan Inspectie voor de Gezondheidszorg

4.0 De Wet BOPZ tijdens verblijf

- 4.1 Opstellen van het zorgleefplan
- 4.2 Vrijheidsbeperking en het toepassen van Middelen en Maatregelen (M en M)
- 4.3 Verdere rechten tijdens het verblijf
- 4.4 Aanvragen RM tijdens verblijf
- 4.5 Verlenging RM
- 4.6 Aanvragen IBS tijdens verblijf
- 4.7 Klachtenregeling
- 4.8 Registreren en melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg

5.0 Verlof, ontslag en overplaatsing

- 5.1 Verlof
- 5.2 Voorwaardelijk ontslag
- 5.3 Intrekken van verlof of voorwaardelijk ontslag
- 5.4 Ontslag
- 5.5 Overplaatsing naar andere instelling
- 5.6 Registreren en melden aan Inspectie voor de Gezondheid
- 5.7 Handelswijze bij opname met IBS of RM

6.0 Verantwoordelijkheden en taken

- 6.1 BOPZ-arts
- 6.2 Behandelend specialist ouderengeneeskunde
- 6.3 Zorgcoördinator van de woongroep
- 6.4 Verplegend en verzorgend personeel (niveau 3,4,en 5)
- 6.5 BOPZ-commissie
- 6.6 Scholing

Voorwoord

Sinds 17 januari 1994 is de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) van kracht.

De Wet BOPZ is in een groot aantal gevallen van toepassing op cliënten met psychogeriatrische (PG) klachten die in een woonzorgcentrum verblijven.

De bestuurder van Avoord draagt er zorg voor dat er binnen de wettelijke kaders en in de geest van deze nota gehandeld wordt. Onze cliënten zijn er immers mee gediend en dat is het belangrijkste!

Een bijkomend voordeel is dat transparante procedures en protocollen, die op basis van dit handboek tot stand komen, zich prima lenen voor kwalitatieve toetsing. Ook in het kader van de Wet BOPZ is dit winst met het oog op ons streven naar meer cliëntgerichte zorg.

In november 2005 is de eerste versie van dit handboek beschreven.

In augustus 2007 is het herbeoordeeld. Dat heeft toen niet geleid tot aanpassingen.

Op basis van opmerkingen tijdens bezoeken van de inspecteur Volksgezondheid in 2008 diende er een aanpassing gemaakt te worden. In 2013 is de uitgave herzien.

In dit handboek:

- wordt de patiënt aangeduid als cliënt
- kan waar “hij” staat ook “zij” gelezen worden

Inleiding algemeen

Avoord: grondslag van het beleid

Missie en zorgvisie

Avoord wil een centrum zijn voor wonen, zorg, behandeling en welzijn. De verpleging, verzorging, behandeling en begeleiding dienen afgestemd te zijn op de zorgbehoefte van de cliënten.

Avoord gaat uit van de volgende mensvisie:

De individuele mens wordt gezien als een autonoom, zichzelf bepalend wezen dat functioneert binnen een eigen netwerk en vanuit een eigen culturele achtergrond. Elk mens is een uniek persoon en wordt in staat gesteld om volgens zijn eigen levenshouding te leven en te handelen; vrijheid wordt gezien als het hoogste recht en dient zo veel mogelijk gerespecteerd te worden; dit binnen de wettelijke kaders en financiële mogelijkheden die Avoord worden geboden.

Op deze mensvisie is ook de zorgvisie gebaseerd die, kort samengevat, in onze missie naar voren komt, namelijk:

Onze missie, visie en kernwaarden:

Avoord is een organisatie die welzijn, zorg en wonen arrangeert voor vooral ouderen en chronisch zieken. Door ons fijnmazig netwerk van voorzieningen en deskundigheid in de leefomgeving van mensen die in en rond Etten-Leur, Rijsbergen en Zundert wonen, kunnen wij goed inspelen op de behoeften en vragen van cliënten. Hierdoor zijn wij in staat om mensen met (chronische) gezondheidsproblemen passende arrangementen te bieden.

Missie:

Wij doen dit vanuit onze missie. De missie is het ultieme doel van een organisatie en zal niet veranderen in de loop der jaren. Onze missie is:

Het behouden en verhogen van zelfrespect

Hoe meer zelfrespect, hoe beter iemand zich voelt. De mate van zelfrespect wordt bepaald door de ontmoeting met de ander. In de **ontmoeting** met de ander ontstaat een gevoel van zelfrespect. De ander kan door zijn gedrag het gevoel van zelfrespect van een persoon positief of negatief beïnvloeden. Wij willen het gevoel van zelfrespect van onze cliënten positief beïnvloeden.

Visie:

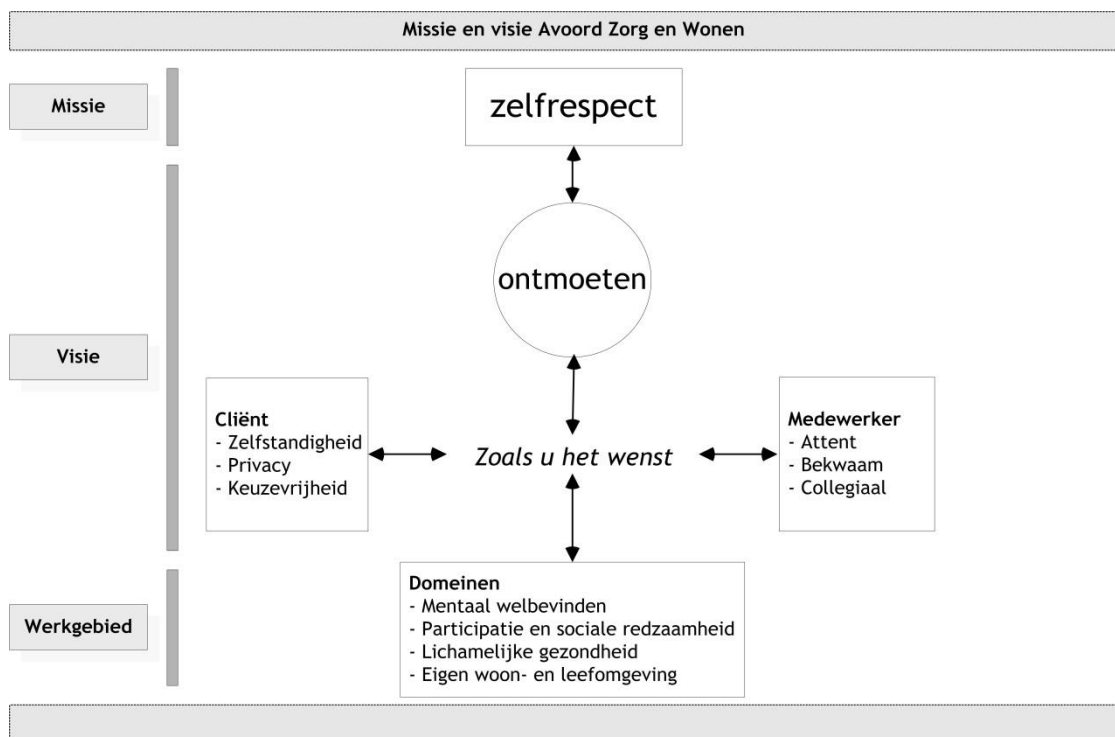
De visie gaat over de manier waarop een organisatie haar missie wil bereiken. Dat kan in de tijd sterk verschillen en hangt af van de omstandigheden waarin men verkeert.

Wij denken onze missie, het behouden of verhogen van zelfrespect, te bereiken door het bieden van zoveel mogelijk autonomie, keuzevrijheid en privacy aan onze cliënt.

Het behouden of verhogen van het zelfrespect kan op heel veel werkgebieden van het leven. Avoord zal zich in dat opzicht beperken tot de doelgroep van voornamelijk ouderen en chronisch zieken en activiteiten ontplooiën op het gebied van mentaal welbevinden,

participatie en sociale redzaamheid, lichamelijke gezondheid en de eigen woon- en leefomgeving.

In figuur 2.1 wordt de missie, visie en de werkgebieden van Avoord Zorg en Wonen weergegeven waarin tot uiting komt hoe deze zich verhouden tot de kernwaarden van Avoord.



Figuur 2.1 - Missie en visie Avoord Zorg en Wonen

Binnen Avoord hebben we een aantal kernwaarden gedefinieerd. Waarden zijn idealen en motieven die in een samenleving of groep als nastrevenswaardig worden beschouwd. Waarden zijn opvattingen over wat wenselijk is¹. De gedefinieerde waarden binnen Avoord zijn aanvullend of specifiekere dan de waarden die al in onze samenleving gemeengoed zijn.

De kernwaarden die de Avoord medewerker voor haar cliënten hanteert zijn Autonomie, Keuzevrijheid en Privacy. Voor de medewerker kennen we het ABC, ofwel Attent, Bekwaam en Collegiaal.

De cliënt

We richten ons op het stimuleren van de **autonomie** van de cliënt en wij vinden het belangrijk dat de **privacy** van onze cliënten is gewaarborgd. Verder hechten wij er aan dat onze cliënten kunnen kiezen en dat in vrijheid kunnen doen. Daarom is **keuzevrijheid** een belangrijk aspect van onze zorg- en dienstverlening.

De doelgroep van Avoord wordt gevormd door personen die door meerdere functiestoornissen niet meer goed zelfstandig kunnen functioneren. De problematiek kan van somatische of psychogeriatrische aard zijn, of een combinatie van deze. De zorg heeft vaak een complex karakter en vergt intensieve inzet van hulpverleners, waarbij de diverse disciplines zo optimaal mogelijk samenwerken.

¹ Bron: Wikipedia

Indien mogelijk wordt de mantelzorg bij de zorgverlening betrokken. Ook deze neemt in Avoord namelijk een belangrijke plaats in.

De pijlers van de zorgvisie van Avoord zijn:

- Het aanbieden van een warm, huiselijk milieu dat in de plaats komt van thuis wonen, waarbij we ernaar streven dat al onze cliënten een optimale privacy genieten.
- Erkennen van het belang van handhaving van de relatie tussen cliënt en diens verwanten, alsmede het bieden van mogelijkheden om een nieuw sociaal netwerk op te bouwen.
- Het bieden van de mogelijkheid tot een zinvol bestaan, alsmede een goede daginvulling die zoveel mogelijk aansluit op wat de cliënt altijd al deed.
- Het bieden van een hoogwaardige, transparante en toetsbare (gezondheid)zorg, waarbij deze reëel moet zijn in de relatie tot de te verwachten levenskwaliteit, uitgaande van het perspectief van de betrokken cliënt.
- Alertheid op de levensbeschouwelijke behoeften van onze cliënten
- Het zo min mogelijk beperken van de bewegingsvrijheid van onze cliënten.

Organisatie van de zorgverlening

De visie op de (inhoud van de) zorg zal in praktijk gebracht worden door de multidisciplinaire zorgverlening op alle niveaus binnen de instelling zo cliëntgericht mogelijk te organiseren. De relatie tussen een cliënt en de organisatie ontstaat op het moment dat de zorgverlening start en ligt vast in de zorgovereenkomst. Onderdeel van deze overeenkomst is het zorgleefplan. Dit plan is een wederzijdse inspanningsverbintenis: de wensen, problemen en verwachtingen van de cliënt en/of diens vertegenwoordiger (bij wilsonbekwame cliënten), worden afgestemd op de (on)mogelijkheden van (zorgverleners van) Avoord. Dit betekent dat zowel de zorgverleners als ook de cliënten/vertegenwoordigers rechten en plichten hebben.

De zorg voor de relaties van de cliënt

Avoord onderkent de waarde van de betrokkenheid van familie en/of vrienden voor de cliënt. Vanaf het begin worden zij bij de zorgverlening betrokken. De zorg van verwanten voor de cliënt en de aandacht van de professionele zorgverleners voor de verwanten moeten leiden tot een waardevolle aanvulling.

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ)

De Wet BOPZ geeft rechtsbescherming aan de psychogeriatrische cliënt die is opgenomen in een zogenaamde BOPZ-instelling zoals de psychogeriatrische woongroep van een woonzorgcentrum of een als zodanig aangemerkte afdeling in een verzorgingshuis. De Wet BOPZ kent regels ten aanzien van de behandeling en verzorging van een psychogeriatrische cliënt, gericht op diens ziektebeeld.

Dit handboek gaat specifiek in op diverse aspecten van deze Wet BOPZ en moet de basis vormen voor nadere interne protocollering op dit gebied.

1.0 Inleiding wet BOPZ

1.1 Bescherming van cliëntenrechten

De Wet BOPZ is op 17 januari 1994 van kracht geworden.

De extra kwetsbare positie van specifieke groepen mensen vraagt om een eigen regelgeving. In dit kader moet de Wet BOPZ worden gezien. Het gaat hier om mensen die niet vrijwillig in instellingen worden opgenomen of niet zelf over hun opname kunnen beslissen. Doel van de Wet BOPZ is om voor deze mensen het recht op zelfbeschikking zoveel mogelijk te waarborgen. Waar dit niet mogelijk is, biedt de wet regelingen voor extra bescherming en plaatsvervangend beslissen.

1.2 Uitwerking van de wet

De Wet BOPZ regelt in essentie twee zaken:

1. Procedures rondom gedwongen opname van cliënten met een geestesstoornis (externe rechtspositie).
2. Rechten van de cliënt tijdens de opname en het verblijf in de instelling (interne rechtspositie).

De wet is uitgewerkt in een aantal regels die in de wet zelf staan. Daarnaast is een “Algemene Maatregel van Bestuur” van kracht waarin verdere uitwerking van de wet vorm krijgt. Het gaat in die AMvB vooral om de benoeming van vrijheidsbeperkende maatregelen en de procedures die gelden wanneer dergelijke maatregelen toegepast moeten worden.

1.3 Plaats van de Wet BOPZ in relatie tot de WGBO

Naast de bijzondere opnames kennen we ook de gewone of vrijwillige opname. Op vrijwillig opgenomen personen is sinds april 1995 de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing.

De WGBO is een algemene wet. De Wet BOPZ is een bijzondere wet. Dat betekent dat voor mensen die onder de Wet BOPZ vallen de WGBO op een aantal punten vervangen wordt door de Wet BOPZ. De toepassing van beide wetten vraagt niet alleen inzicht in de precieze structuur en de werkingssfeer ervan, maar vraagt ook inzicht in de beoordelingsbekwaamheid van de cliënt.

beoordelingsbekwaamheid van de cliënt.

1.4 Handboek Wet BOPZ

De Wet BOPZ is een ingewikkelde wet die tal van gevolgen heeft voor de gang van zaken op de psychogeriatrische woongroepen. Om de wet in de praktijk te kunnen toepassen is een vertaalslag nodig. Een vertaalslag waarin de regels van de wet worden omgezet in procedures, richtlijnen, taken en verantwoordelijkheden die “op de werkvloer” hanteerbaar zijn.

Deze vertaalslag is vastgelegd in dit handboek. Dankbaar is gebruik gemaakt van ervaringen van andere instellingen. Ook zijn de procedures verwerkt van de oorspronkelijke Commissie Psychogeriatric van het Stadsgewest Breda (nu geheten Platform geriatric).

De opzet van dit handboek is als volgt.

In hoofdstuk 2 worden een aantal belangrijke begrippen uit de wet omschreven. Wat is gevaar? Wat is inbewaringstelling? Enzovoort.

Hoofdstuk 3 beschrijft de gang van zaken in de fase van aanmelding tot opname van de cliënt.

Hoofdstuk 4 beschrijft de gang van zaken tijdens het verblijf op de psychogeriatric woongroep.

In hoofdstuk 5 komen het verlof en ontslag aan de orde.

In hoofdstuk 6 wordt samengevat wie in het kader van de Wet BOPZ welke taken en verantwoordelijkheden heeft. Bij dit handboek is ook een aantal bijlagen gevoegd.

In de Wet BOPZ is een procedure vastgelegd voor de behandeling van klachten. In dit handboek wordt daarop (behoudens bijlage 12) niet ingegaan. Voor het klachtrecht ex. Artikel 41 Wet BOPZ wordt verwezen naar het desbetreffende reglement in bijlage 12.

Avoord is aangesloten bij de regionale klachtencommissie ten behoeve van de Wet BOPZ te Breda.

Dit handboek is besproken in het managementteam en vastgesteld door de bestuurder. Hopelijk biedt het een duidelijke handreiking voor alle medewerkers die met de Wet BOPZ te maken hebben. Het werk dat de Wet BOPZ met zich meebrengt, zal door deze en gene ongetwijfeld als een extra belasting worden ervaren. Bij het werken met de Wet BOPZ is het echter belangrijk ons het doel van de wet voor ogen te houden, namelijk het beschermen van de rechten van een zeer kwetsbare groep cliënten. En dat heeft alles te maken met de kwaliteit van de zorg die wij aan mensen verlenen.

2.0 Algemene begrippen

In dit hoofdstuk omschrijven we een aantal belangrijke begrippen uit de Wet BOPZ. We gaan daarbij zo veel mogelijk uit van de officiële definities. Waar nodig zullen we daarnaast onze eigen “vertaling” geven. Ten behoeve van de overzichtelijkheid hebben we de begrippen alfabetisch gerangschikt.

2.1 Behandeling

In de Wet BOPZ wordt onder behandeling verstaan: dat gedeelte van de totale behandeling, verpleging en verzorging dat in overwegende mate verband houdt met de psychogeriatrische stoornis van de cliënt. Dit betekent dat de BOPZ niet van kracht is bij de behandeling van zuiver somatische aandoeningen bij psychogeriatrische cliënten. Voor dat gedeelte van de behandeling geldt de WGBO. De WGBO is de algemene regeling, de Wet BOPZ is een bijzondere regeling. Als beide wetten van elkaar afwijken, gaat de Wet BOPZ voor.

2.2 Behandeling zonder toestemming of bij verzet

De cliënt mag niet behandeld worden zonder zijn toestemming. Als de cliënt wilsonbekwaam is, is de instemming van de vertegenwoordiger van de cliënt nodig. Als de vereiste toestemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger voor het behandelingsplan of onderdelen daarvan ontbreekt of is ingetrokken, is in principe behandeling op die onderdelen niet mogelijk. In overleg met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger moet dan gezocht worden naar alternatieven. Als geen overeenstemming met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger wordt bereikt, kan de arts besluiten dat behandeling toch noodzakelijk is. In dat geval is er sprake van behandeling zonder toestemming of kortweg dwangbehandeling. Dwangbehandeling moet als zodanig geregistreerd worden en gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg door de verantwoordelijke BOPZ-arts.

2.3 Behandelingsplan of zorgleefplan

In de wet wordt gesproken van een behandelingsplan. Op de woongroepen spreekt men meestal over het zorgleefplan. Het zorgleefplan omvat alle zorgverleningactiviteiten rond de cliënt. In het kader van de Wet BOPZ is dat deel van het zorgleefplan van belang, dat zich richt op de psychogeriatrische stoornis. De Wet BOPZ vereist dat zo spoedig mogelijk (uiterlijk 1 week na opname) een zorgleefplan wordt opgesteld. Daarbij is overleg met de wettelijk vertegenwoordiger noodzakelijk. Het zorgleefplan moet de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger hebben. Afdelingsarts en contactverzorgende zijn samen verantwoordelijk voor het tot stand komen van het voorlopig zorgleefplan.

Na 6 weken dient een voorlopig zorgleefplan over te gaan in een definitief zorgleefplan.

2.4 Bereidheid

Als de cliënt over “de nodige bereidheid” tot opname beschikt, kan hij op vrijwillige basis worden opgenomen. Bereidheid wil zeggen dat de cliënt op enigerlei wijze kenbaar maakt dat hij met opname en verblijf in het woonzorgcentrum instemt. Van belang is dat de cliënt weet waar hij mee instemt. Hij moet dus goed geïnformeerd zijn. Bereidheid of instemming vergt dus een bepaalde mate van wilsbekwaamheid. Een wilsonbekwame cliënt kan onder de Wet BOPZ nooit vrijwillig worden opgenomen, ook niet op grond van toestemming van de vertegenwoordiger van de cliënt.

2.5 Bewindvoerder

Onderbewindstelling heeft betrekking op het beheer van iemands bezittingen. Het is een maatregel bedoeld voor mensen die door hun lichamelijke of geestelijke toestand tijdelijk of blijvend niet in staat zijn om hun zakelijke of financiële belangen te behartigen. Een bewindvoerder wordt door de kantonrechter aangesteld.

2.6 Bezwaar of verzet

Bezwaar - de wet spreekt eigenlijk van verzet - kan worden omschreven als: op enigerlei wijze kenbaar maken dat opname en verblijf worden afgewezen. De cliënt kan dit duidelijk maken door middel van verbaal én/of non-verbaal gedrag. Van belang is dat het bezwaar (verzet) nadrukkelijk wordt aangegeven, dat de cliënt volhardt in zijn bezwaar en dat het bezwaar een reële betekenis heeft. Als bijvoorbeeld een cliënt 's middags altijd zegt dat zij naar huis moet om te zorgen voor haar kinderen die uit school komen, terwijl haar kinderen al lang en breed het huis uit zijn, dan is het geen reëel bezwaar. Cliënten die bezwaar maken tegen opname of verblijf op een psychogeriatrische woongroep/afdeling kunnen alleen met een rechterlijke machtiging (RM) of in noodgevallen met een inbewaringstelling (IBS) worden opgenomen.

2.7 Geen bereidheid, geen bezwaar

In het geval de cliënt geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname, maar ook geen bewaar maakt, kan hij toch worden opgenomen en wel op grond van het oordeel van de BOPZ-indicatiecommissie. Deze mogelijkheid is voor het woonzorgcentrum van bijzonder belang, omdat de categorie “geen bereidheid, geen bezwaar” in de praktijk veruit de grootste groep is. In een dergelijk geval wordt de cliënt met een “BOPZ-indicatie artikel 60” opgenomen.

2.8 BOPZ-indicatiecommissie

Het CIZ (Centraal Indicatieorgaan Zorg) is aangewezen als BOPZ-indicatiecommissie. De indicatiecommissie beoordeelt of de noodzaak tot opname aanwezig is en of de cliënt bezwaar maakt tegen opname. De noodzaak tot opname is aanwezig als de cliënt zich als gevolg van zijn geestesstoornis niet buiten de instelling kan handhaven. Bij het beoordelen of iemand bezwaar maakt, kijkt de commissie ook of de betrokkene wilsbekwaam is.

2.9 Cliëntendossier of zorgdossier

De wet spreekt van het cliëntendossier, terwijl men binnen Avoord spreekt van het zorgdossier. In dit dossier worden het zorgleefplan en andere gegevens vastgelegd die voor de behandeling en verzorging van de cliënt van belang zijn. Avoord heeft een elektronisch zorgdossier. Het zorgleefplan is hierin opgenomen.

2.10 Curator

Ondercuratelestelling is bedoeld voor mensen die zowel hun zakelijke (financiële) als hun persoonlijke belangen niet meer kunnen behartigen. Iemand die onder curatele is gesteld verliest zijn handelingsbekwaamheid en mag dus niet meer zonder goedkeuring van de curator zelfstandig rechtshandelingen verrichten. De rechter beslist over ondercuratelestelling

2.11 Geneesheer-directeur

De wet spreekt van de “geneesheer-directeur”. Hiermee wordt bedoeld de arts die belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het woonzorgcentrum. Gemakshalve wordt ook wel van BOPZ-arts gesproken. In Avoord is dit de eindverantwoordelijk specialist ouderengeneeskunde. Als plaatsvervangend BOPZ-arts treedt op een der geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde. De bestuurder mandateert hierbij de geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde om bij afwezigheid van de eindverantwoordelijk specialist ouderengeneeskunde namens hem op te treden.

2.12 Gevaar

In de Wet BOPZ speelt het gevaarcriterium een belangrijke rol. Nergens in de wet wordt echter precies omschreven wat we onder gevaar moeten verstaan. We kunnen een onderscheid maken tussen extern en intern gevaar. Bij extern gevaar gaat het om gevaar buiten de instelling (dus vóór opname of na ontslag van de cliënt). Extern gevaar vormt een belangrijk criterium om iemand onvrijwillig op te nemen. Intern gevaar betreft gevaar binnen de instelling. Dit is een belangrijk criterium voor de eventuele toepassing van dwangbehandeling en van noodmiddelen en -maatregelen.

Daarnaast kunnen we onderscheiden:

- gevaar voor zichzelf, bijvoorbeeld: suïcidaliteit, automutilatie, ernstige zelfverwaarlozing;
- gevaar voor anderen, bijvoorbeeld: agressief gedrag, ernstige belasting voor de (fysieke en/of geestelijke) gezondheid van anderen (bijvoorbeeld mantelzorg), gevaar voor de algemene veiligheid (door bijvoorbeeld absenties) of gevaar voor goederen (bijvoorbeeld brandgevaar).

Het gevaarcriterium komt in de BOPZ op verschillende plaatsen voor:

- bij de inbewaringstelling is gevaar vereist dat zo onmiddellijk dreigend is, dat een door een rechter af te geven voorlopige machtiging niet kan worden afgewacht;
- bij de voorlopige machtiging kan minder acuut gevaar dan bij de inbewaringstelling volstaan;
- bij de verlenging van een machtiging bevindt de cliënt zich al in het woonzorgcentrum en zal de ernst van de stoornis maatgevend zijn voor het gevaar;
- bij (voorwaardelijk) verlof of ontslag moet het gevaar zodanig zijn verminderd, dat het verantwoord is cliënt (tijdelijk) in de maatschappij te laten terugkeren.

De bom hoeft niet al gebarsten te zijn om van gevaar te kunnen spreken. De BOPZ-regels zijn niet bedoeld om pas op te kunnen treden als het te laat is, maar om zoveel mogelijk preventief te kunnen handelen. We spreken al van gevaar als we met de mogelijkheid van een gevaarlijke situatie ernstig rekening moeten houden.

2.13 Inbewaringstelling

In gevallen waarin er sprake is van een dergelijk onmiddellijk dreigend gevaar dat een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht, kan de burgemeester iemand doen opnemen. We spreken dan van een inbewaringstelling of IBS. Uiterlijk drie dagen na opname bepaalt de rechter of de cliënt in de instelling moet blijven. Zo ja, dan verlengt hij de IBS met drie weken. Als daarna verder verblijf noodzakelijk is, moet een rechterlijke machtiging worden aangevraagd. In geval van IBS kan een woonzorgcentrum verplicht worden iemand (tijdelijk) op te nemen.

2.14 Mentor

Mentorschap heeft sinds 1 januari 1995 een wettelijke basis. Mentorschap is bedoeld voor mensen die hun persoonlijke belangen - belangen dus die niet over geld of goederen gaan - niet meer kunnen behartigen. Het gaat daarbij vooral om beslissingen over verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. De mentor adviseert de cliënt en neemt zoveel mogelijk samen met hem beslissingen. Indien cliënt niet meer wilsbekwaam is, fungeert de mentor als aanspreekpunt voor behandelaars. Net als bij onderbewindstelling en ondercuratelestelling beslist de rechter over het mentorschap.

2.15 Rechterlijke machtiging

Een rechterlijke machtiging (RM) is een beslissing van de kantonrechter dat een cliënt opgenomen moet worden of dat het verblijf moet worden voortgezet. De rechter geeft altijd

eerst een voorlopige machtiging af. Deze is maximaal zes maanden geldig. Als daarna opname nog steeds noodzakelijk is, moet een machtiging tot voortgezet verblijf worden aangevraagd. Deze laatste heeft een geldigheidsduur van maximaal vijf jaar.

2.16 Vertegenwoordiging

Als de cliënt wilsonbekwaam is aangaande ingrijpende zaken, moet het overleg over het zorgleefplan plaatsvinden met de vertegenwoordiger van de cliënt. De toestemming van de vertegenwoordiger geldt dan als geldige toestemming. Volgens de WGBO kunnen de volgende personen in onderstaande volgorde als vertegenwoordiger optreden:

- de wettelijke vertegenwoordiger: curator, mentor of bewindvoerder;
- de door de cliënt persoonlijk (schriftelijk) gemachtigde;
- de echtgenoot of levenspartner van de cliënt;
- één van de ouders;
- één van de meerderjarige kinderen;
- een meerderjarige broer of zus.

Indien tijdens een opname het noodzakelijk is voor een cliënt om een curator, mentor of bewindvoerder toegewezen te krijgen, dienen de benodigde papieren door de vertegenwoordiger te worden opgevraagd bij Postbus 51 en dient een onafhankelijke externe arts een medische verklaring op te stellen. Artsen van Avoord mogen geen medische verklaringen afgeven over de onder hun hoede vallende cliënten.

2.17 Verzet

Van verzet (en/of bezwaar, zie 2.6) is sprake als de cliënt met verbale en/of non-verbale uitgingen aangeeft dat hij een bepaalde behandeling niet wenst. Het is hier niet van belang of de cliënt wilsbekwaam is of niet. Ook “onbekwaam” verzet geldt als verzet. Als de cliënt zich tegen behandeling verzet, mag in principe geen behandeling plaatsvinden tenzij de behandelend specialist ouderengeneeskunde behandeling volstrekt noodzakelijk acht om ernstig gevaar voor de cliënt of anderen te voorkomen.

In de [gedragscode](#) is opgenomen zoals vastgesteld door onder andere Verenso (voorheen NVVA) voor wat betreft de beoordeling van verzet bij wilsonbekwame cliënten in het kader van de WMO (Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek). Deze is ook goed bruikbaar ter beoordeling van verzet in het kader van de Wet BOPZ.

2.18 Vrijheidsbeperking en Middelen en Maatregelen

Onder Middelen en Maatregelen (M en M) wordt in het kader van de BOPZ het volgende verstaan:

- afzondering: het insluiten van de cliënt in een speciaal daarvoor bestemde kamer;
- fixatie: het beperken van de cliënt in zijn bewegingsmogelijkheden;
- het toedienen van sederende medicijnen;
- het toedienen van “verborgen” medicatie, bijvoorbeeld in vla of koffie;
- het onder dwang toedienen van vocht of voeding;
- het inzetten van domotica (bewegingsmelder, dwaaldetectie).

Al naar gelang de situatie waarin M en M worden toegepast, worden drie soorten M en M onderscheiden:

- M en M-akkoord: middelen of maatregelen die onderdeel zijn van het zorgleefplan;
- M en M-nood: middelen of maatregelen in noodsituaties;
- M en M-dwang: middelen of maatregelen in het kader van dwangbehandeling.

Alle middelen en maatregelen worden op de zorgkaart en (door de behandelend specialist ouderengeneeskunde) in het zorgleefplan geregistreerd. De toepassing van M en M-nood en M

en M-dwang moet door de BOPZ-arts gemeld worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

2.19 Wils(on)bekwaam

Wils(on)bekwaamheid is een lastig begrip. Het gaat meestal om de vraag of de cliënt (nog) zelf kan beslissen of een bepaald onderzoek of een bepaalde behandeling wel of niet moet plaatsvinden. Uitgangspunt in de Wet BOPZ is dat ook voor psychogeriatrische cliënten het recht op zelfbeschikking geldt. Dus ook in het geval dat de cliënt onder dwang wordt opgenomen, wordt hij in eerste aanleg wilsbekwaam geacht. Alleen als hij niet meer in staat is tot beslissen of wanneer hij een beslissing wil nemen die hem ernstige schade zal berokkenen, mag het zelfbeschikkingsrecht door een ander worden overgenomen.

Medewerkers in het woonzorgcentrum kunnen in de meeste gevallen tijdens de verzorging en behandeling van cliënten wel beoordelen in hoeverre de cliënt wilsbekwaam is.

De feitelijke vaststelling dient door een arts te worden verricht. Een aparte beoordeling van de wilsbekwaamheid vindt plaats als daarvoor een concrete aanleiding is. Bijvoorbeeld als de toestemming van de cliënt nodig is voor een ingrijpend onderzoek of een ingrijpende behandeling, of als de cliënt een onderzoek of behandeling weigert en die weigering ingrijpende gevolgen kan hebben.

Bij het beoordelen of iemand wilsonbekwaam is, zijn de volgende vragen belangrijk:

- is de cliënt in staat blijk te geven van de nodige bereidheid?
- is de cliënt in staat bezwaar te maken?
- heeft de cliënt inzicht in de eigen situatie?

- is de cliënt in staat zijn wil met betrekking tot voorgenomen onderzoek of behandeling te bepalen?
- is de cliënt in staat gebruik te maken van de klachtenregeling?

[In bijlage 7](#) is een voorbeeld van een “stappenplan ter beoordeling van wilsonbekwaamheid door de arts” opgenomen.

Wilsonbekwaamheid ook belangrijk in relatie tot beoordelen verzet (bezwaar)

Beoordeling van de wilsonbekwaamheid is ook vaak van belang om “getoond verzet/bezwaar” van de cliënt op zijn waarde te kunnen schatten.

De behandelend specialist ouderengeneeskunde beoordeelt of een cliënt wilsonbekwaam is, eventueel na overleg met andere hulpverleners. Als de cliënt onder curatele staat, moet ook de curator een oordeel geven over de wilsbekwaamheid van de cliënt. Datzelfde geldt voor de mentor. Dit neemt niet weg dat de arts in dezen een eigen verantwoordelijkheid heeft.

Het spreekt voor zich dat de beoordeling van de wilsbekwaamheid van de cliënt heel zorgvuldig moet plaatsvinden. Een dergelijke beslissing kan immers ingrijpende gevolgen voor de cliënt hebben. Daarom kan het vragen van een “tweede mening” van iemand die niet bij de behandeling is betrokken, nodig zijn. De arts moet in het dossier van de cliënt vastleggen op welke wijze de beoordeling van de wilsbekwaamheid heeft plaatsgevonden. De cliënt, of anderen namens hem, kan een klacht indienen tegen een wilsonbekwaamheidsverklaring. Zo’n klacht moet altijd worden voorgelegd aan de BOPZ-klachtencommissie. Daarnaast kan de beslissing over wilsonbekwaamheid ook door het Medisch Tuchtcollege of de gewone rechter worden getoetst. Degene die over de wilsbekwaamheid heeft geoordeeld, zal dan over die beslissing verantwoording moeten afleggen.

Als een cliënt wilsonbekwaam is verklaard, wordt over de behandeling verder overlegd met de vertegenwoordiger van de cliënt. Echter, ook in een dergelijk geval mag de cliënt niet zonder meer gepasseerd worden. Ook al is de cliënt wilsonbekwaam verklaard, dan nog moet de behandeling zo veel mogelijk in overleg met hem plaatsvinden. Wilsbekwaamheid kan immers

wisselen van het ene moment op het andere; bovendien kan een persoon soms over bepaalde aangelegenheden heel goed wilsbekwaam beslissen, maar over andere niet (bijvoorbeeld door het ontbreken van ziekte-inzicht).

Binnen Avoord geldt de afspraak dat elke cliënt gedurende zijn hele leven wilsbekwaam blijft aangaande de volgende beslissingen:

- in/uit bed gaan
- wassen/aankleden
- eten/drinken
- inname medicatie
- deelname aan verenigingen

3.0 Van aanmelding tot opname

3.1 Indicatiecommissie

Om een cliënt op een psychogeriatrische woongroep te kunnen opnemen is een advies van de BOPZ-indicatiecommissie nodig. Deze commissie beoordeelt of de noodzaak tot opname aanwezig is en of de cliënt bezwaar maakt. Het huidige CIZ is aangewezen als BOPZ-indicatiecommissie.

Het CIZ moet nagaan of er:

- a. bereidheid tot of verzet (bezwaar) tegen opname is;
- b. een opnamenoodzaak aanwezig is;
- c. een gevaarscriterium is.

Als er verzet (bezwaar) is, moet het:

- nadrukkelijk zijn;
- aanhoudend zijn;
- een reële betekenis hebben. Hiermee wordt bedoeld op de achtergrond van het verzet.

Onder verantwoordelijkheid van het CIZ wordt beoordeeld of iemand wilsbekwaam is, dat wil zeggen in staat mag worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen.

Het CIZ laat het aanvraagformulier door de cliënt tekenen. Mondeling bezwaar wordt aangetekend. Indien het formulier niet wordt ondertekend, wordt het bezwaar genoteerd en in de beoordeling meegewogen. Bij wilsonbekwaamheid is de handtekening van de cliënt van geen waarde, maar mag de vertegenwoordiger er voor tekenen.

3.2 Wettelijke status bij opname

Zoals gezegd, stelt de BOPZ-indicatiecommissie onder meer vast of de cliënt verzet toont tegen opname. Cliënten kunnen bij opname de volgende wettelijke status hebben:

- a. cliënten die blijk geven van de nodige bereidheid tot opname: deze cliënten worden vrijwillig opgenomen;
- b. cliënten die geen blijk geven van de nodige bereidheid, maar ook geen verzet tegen opname hebben (geen bereidheid, geen verzet);
- c. cliënten die blijk geven van verzet tegen opname.

In geval a. is de Wet BOPZ verder niet van toepassing. Deze cliënten worden immers vrijwillig opgenomen. Voor deze cliënten geldt alleen de WGBO. In de praktijk zal dit op de psychogeriatrische afdelingen een zeer kleine groep zijn.

Op de cliënten onder b. en c. is de Wet BOPZ wel van toepassing.

In geval b. heet het dat de cliënt wordt opgenomen met een “BOPZ-indicatie artikel 60”. Dit zal op de psychogeriatrische woongroepen veruit de grootste groep zijn.

Bij categorie c. moet de rechter bepalen of opname noodzakelijk is. Is dit het geval, dan wordt de cliënt met een rechterlijke machtiging (RM) opgenomen. In acute noodsituaties kunnen cliënten met behulp van een inbewaringstelling (IBS) worden opgenomen. Deze procedure loopt via de burgemeester van de plaats waar de cliënt op dat moment verblijft.

Ten slotte kan het ook voorkomen dat cliënten die vrijwillig zijn opgenomen pas tijdens hun verblijf hiertegen verzet tonen. Voor hen moet dan alsnog de procedure via het CIZ gevolgd worden.

3.3 Aanvragen rechterlijke machtiging (RM)

Opname vanuit de eerste lijn of het ziekenhuis op een psychogeriatrische woongroep via de wachtlijst gaat zelden vergezeld van een rechterlijke machtiging. Als de cliënt (zeer) kort voor opname verzet toont, moet beoordeeld worden of dit verzet reëel is, nadrukkelijk en persistent. Zo ja, dan zal een rechterlijke machtiging door de familie aangevraagd moeten worden. Het CIZ en de GGZ begeleiden deze aanvraag. Een RM vereist opname binnen twee weken na afgifte ervan, daar anders de machtiging verloopt tenzij de kantonrechter uitdrukkelijk anders aangeeft. In de praktijk zal de rechter meestal kiezen voor opname aansluitend aan de afgifte en zal de GGZ de opname vooraf bespreken met Avoord.

Een RM moet dus worden aangevraagd als:

- de cliënt verzet toont tegen opname;
- de cliënt onder curatele is gesteld en de curator vindt dat opname niet moet plaatsvinden;
- de cliënt al in het woonzorgcentrum is opgenomen en verzet toont tegen verder verblijf in het woonzorgcentrum.

In deze gevallen is opname c.q. voortgezet verblijf alleen mogelijk op basis van een beslissing van de rechter.

Hoe gaat het aanvragen van een RM in zijn werk? We beschrijven hier de procedure in het kort. In bijlage 1 is de procedure weergegeven inclusief de extra subregionale afspraken in het kader van de RM.

De volgende personen kunnen voor de cliënt een verzoek indienen voor een RM:

- de echtgenoot of partner;
- de ouders;
- meerderjarige kinderen, kleinkinderen, broers en zussen;
- de curator van de cliënt;
- de officier van justitie op instigatie van de zorginstelling

Het verzoek moet worden ingediend bij de officier van justitie, werkzaam bij het kantongerecht te Breda. Bij het verzoek moet altijd een geneeskundige verklaring zitten waarin wordt aangegeven dat er sprake is van een geestelijke stoornis waardoor de betrokkene gevaar veroorzaakt dat niet anders kan worden afgewend dan door opname in een woonzorgcentrum. Deze geneeskundige verklaring wordt afgegeven door een psychiater of - als de cliënt al in het woonzorgcentrum verblijft - door de “geneesheer-directeur” van het woonzorgcentrum. De officier van justitie stelt een vordering in bij de rechtbank tot het verlenen van een voorlopige machtiging.

Formeel kan een zorginstelling niet zelf een verzoek tot rechterlijke machtiging indienen. De instelling kan echter wel een signaal afgeven aan de officier van justitie. Deze kan dan op eigen initiatief een verzoek tot voorlopige machtiging bij de rechter indienen.

De rechter hoort de cliënt en beslist zo spoedig mogelijk. Als het gaat om een cliënt die al is opgenomen, doet de rechter binnen drie weken na het instellen van de vordering uitspraak. Als de rechter het verzoek toewijst, geeft hij in eerste instantie altijd een voorlopige machtiging af. Deze heeft een geldigheidsduur van maximaal zes maanden (dit is inclusief de tijd dat de cliënt eventueel via een IBS is opgenomen geweest, zie verder paragraaf 4.7). Als na zes maanden de voorlopige machtiging is verlopen en verder verblijf

in het woonzorgcentrum noodzakelijk is, kan een machtiging tot voortgezet verblijf worden aangevraagd (zie verder paragraaf 4.7).

De volgende personen krijgen een afschrift van de uitspraak van de rechter:

- de cliënt;
- de raadsman;
- de curator;
- de echtgenoot, partner of degene die de cliënt verzorgt;
- de indiener van het verzoek;
- de officier van justitie.

Tegen de beslissing van de rechter staat geen hoger beroep open.

De voorlopige machtiging moet binnen twee weken na afgifte ten uitvoer worden gebracht; dat wil zeggen dat de cliënt binnen die tijd moet worden opgenomen, anders verliest zij haar geldigheid.

3.4 Aanvragen inbewaringstelling

Er kunnen zich situaties voordoen waarbij het gevaar dat de cliënt vormt voor zichzelf of zijn omgeving zo acuut optreedt, dat een RM niet kan worden afgewacht. In een dergelijk geval kan een inbewaringstelling (IBS) worden aangevraagd.

Plaatsing via een IBS wordt beoordeeld door de crisisdienst van de GGZ. Plaatsingen worden, afhankelijk van de mate van storend gedrag, op de Geriatrische Afdeling Psychiatrisch Ziekenhuis (GAPZ) of op een crisisbed in het woonzorgcentrum gedaan.

De procedure loopt verder via de burgemeester van de gemeente waar de cliënt zich bevindt. Iedereen in de omgeving van de cliënt kan een verzoek tot IBS indienen. De burgemeester kan “lastgeven tot inbewaringstelling” als naar zijn mening:

- de cliënt gevaar veroorzaakt;
- het ernstige vermoeden bestaat dat dit gevaar veroorzaakt wordt door een geestelijke stoornis;
- het gevaar alleen door een opname kan worden afgewend;
- het gevaar zo onmiddellijk dreigend is dat een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht.

De burgemeester baseert zich hierbij op een geneeskundige verklaring van een psychiater of andere arts.

De last tot inbewaringstelling wordt gegeven in de vorm van een schriftelijke beschikking. Voor de uitvoering van deze beschikking wijst de burgemeester één of twee deskundige personen aan. Als binnen 24 uur nadat de beschikking is afgegeven nog geen opname heeft plaatsgevonden, kan de burgemeester na overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg één van de daarvoor in aanmerking komende verpleeghuizen bevel geven de cliënt op te nemen. Bij de opname wordt een afschrift van de beschikking en van de geneeskundige verklaring aan het woonzorgcentrum overlegd.

Nadat de burgemeester een last tot inbewaringstelling heeft afgegeven stelt hij de echtgenoot of partner/vertegenwoordiger van de cliënt zo spoedig mogelijk op de hoogte. Ook informeert hij de officier van justitie.

De officier van justitie kan bij de kantonrechter een verzoek indienen tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling. De officier deelt deze beslissing schriftelijk mee aan de “geneesheer-directeur” van het woonzorgcentrum. De machtiging

tot voortzetting van de inbewaringstelling heeft een geldigheidsduur van maximaal drie weken. Als na die tijd voortzetting van het verblijf noodzakelijk is, moet een rechterlijke machtiging worden aangevraagd (zie paragraaf 3.3).

De hele procedure voor het verkrijgen van IBS en vervolgens het omzetten in een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling is vrij ingewikkeld en zal in de woonzorgcentrumsituatie niet vaak voorkomen. In bijlage 4 van dit handboek hebben we de gang van zaken met betrekking tot de inbewaringstelling stapsgewijs beschreven.

3.5 Wachttijd

Als de BOPZ-indicatiecommissie heeft vastgesteld dat een cliënt verzet toont tegen opname, is het niet verstandig om direct een rechterlijke machtiging aan te vragen. Er kan immers flink wat tijd verstrijken voordat een plaats in het woonzorgcentrum vrijkomt en de betrokkene kan worden opgenomen. Als een rechterlijke machtiging is afgegeven, moet deze binnen twee weken ten uitvoer worden gebracht. Met het aanvragen van een RM kan dus het best worden gewacht totdat de cliënt bovenaan de wachtlijst staat.

Stel nu dat een cliënt die vrijwillig of met een BOPZ-indicatie artikel 60 zou worden opgenomen op het allerlaatste moment laat blijken toch bezwaar te maken. In zo'n geval moet alsnog voor de cliënt een RM worden aangevraagd. Dit kan betekenen dat opname enige tijd wordt uitgesteld. Als dit laatste in het kader van een verantwoorde zorgverlening niet mogelijk is, kan een IBS-procedure worden overwogen.

3.6 Spoedopname

Een IBS kan alleen worden aangevraagd als er sprake is van acuut gevaar. De Wet BOPZ voorziet verder niet in de mogelijkheid van spoedopname. Volgens de Interpretatiecommissie BOPZ van Actiz) kan deze leemte in de wet worden verholpen door artikel 12 van het Besluit Indicatieadvisering. Dit artikel staat toe dat cliënten zonder indicatieadvies in spoedgevallen worden opgenomen in een woonzorgcentrum. In een dergelijk geval moet het woonzorgcentrum direct de BOPZ-indicatiecommissie van het CIZ op de hoogte stellen en de commissie om een indicatieadvies vragen. De indicatiecommissie moet dit advies zo spoedig mogelijk en in ieder geval binnen twee weken afgeven. In onze regio is de afspraak dat de BOPZ-beoordeling binnen 48 uur plaats vindt.

3.7 Tijdelijke opname

Een cliënt kan ook op tijdelijke basis op een psychogeriatrische woongroep worden opgenomen, bijvoorbeeld om het thuismilieu tijdelijk te ontlasten, om de cliënt in te stellen op medicatie of vanwege een proefopname. Ook tijdelijke opnamen vallen onder de Wet BOPZ. Dit betekent dat altijd een advies van de BOPZ-indicatiecommissie nodig is en dat, indien nodig, een rechterlijke machtiging moet worden aangevraagd.

Bij herhaling van een tijdelijke opname hoeft het indicatieadvies niet telkens opnieuw te worden aangevraagd. Een eenmalige indicatiestelling is voldoende. In een dergelijk situatie moet er echter scherp op worden gelet of de cliënt in de loop van de tijd verzet gaat tonen tegen opname.

Het kan zijn dat een cliënt, die op vrijwillige basis of met een BOPZ-indicatie tijdelijk is opgenomen, tijdens het verblijf in het woonzorgcentrum bezwaar gaat maken. Het is belangrijk bij tijdelijke opnames deze mogelijkheid altijd van tevoren met de familie te bespreken en bijvoorbeeld de afspraak te maken dat in voorkomend geval de cliënt direct weer naar huis kan. Als dit laatste niet mogelijk is moet een IBS-procedure worden overwogen.

3.8 Interne overplaatsing

Als een cliënt intern wordt overgeplaatst van een somatische naar een psychogeriatrische woongroep moeten altijd de opnamevoorschriften van de Wet BOPZ worden gevolgd. Dit betekent dat een advies van de BOPZ-indicatiecommissie noodzakelijk is en dat in het geval van verzet of bezwaar een rechterlijke machtiging of eventueel een inbewaringstelling moeten worden aangevraagd. Indien er een indicatie noch/noch (artikel 60) wordt afgegeven is overplaatsing **uitsluitend** mogelijk als de vrijheid van cliënt beperkt dient te worden middels afsluiting van een woongroep/woonetage. Toestemming tot overplaatsing intern wordt uitsluitend verstrekt door de BOPZ-arts.

3.9 Toewijzen van een “voor de behandeling verantwoordelijke persoon”

Op de dag van opname moet de cliënt een “voor de behandeling verantwoordelijke persoon” krijgen toegewezen. Dit is de specialist ouderengeneeskunde die vast is verbonden aan de betreffende woongroep.

3.10 Melden aan Inspectie voor de Gezondheidszorg

In het kader van de Wet BOPZ moeten maandelijks alle opnamen met een rechterlijke machtiging en een inbewaringstelling aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden gemeld. Dit is de verantwoordelijkheid van de BOPZ-arts. De artsen van de woongroepen PG geven bij opname de betreffende gegevens door aan de BOPZ-arts. Bij beëindiging van een IBS of RM meldt de BOPZ-arts dit wederom aan de inspectie en vermeldt tevens de nieuwe BOPZ-status.

4.0 De wet BOPZ tijdens het verblijf

4.1 Opstellen van het zorgleefplan

Vóór opname - of anders uiterlijk op de dag van opname - wordt de informatie gegeven zoals die hoort bij de zorgverleningsovereenkomst, zoals huisregels, bezoektijden, vertegenwoordiging, wijze van zorgverlening, klachtenregeling, enz.

Op de dag van opname vindt altijd een intakegesprek plaats door de verzorging. In dit gesprek worden de afdelingsregels en -afspraken besproken. Ook wordt een brief overhandigd aan de vertegenwoordiger waarin een aantal zorgaspecten staan beschreven.

Een week na opname wordt de vertegenwoordiger uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek met de behandelend specialist ouderengeneeskunde, waarin ook een aantal zorgafspraken worden vastgelegd op het zorgregistratieformulier, hetgeen deel uitmaakt van het zorgleefplan.

De Wet BOPZ bepaalt dat zo spoedig mogelijk na opname onder de verantwoordelijkheid van de behandelend specialist ouderengeneeskunde een zorgleefplan wordt opgesteld. Dit moet gebeuren in overleg met de cliënt. De behandelend specialist ouderengeneeskunde beoordeelt in dit verband of de cliënt wilsbekwaam is. Voor de beoordeling van wilsbekwaamheid is ter ondersteuning bijlage 7 opgenomen. Het is belangrijk dat deze beoordeling kwalitatief zo uniform mogelijk geschiedt en dat er goed verslaglegging van gedaan wordt.

In geval de cliënt wilsonbekwaam is, vindt het overleg over het zorgleefplan plaats met de vertegenwoordiger van de cliënt. Dit kan zijn: de wettelijke vertegenwoordiger (curator, mentor), de persoonlijk gemachtigde, de echtgenoot of partner, één van de ouders, een meerderjarig kind, broer of zus van de cliënt. Ook als de cliënt wilsonbekwaam is, wordt hij toch zoveel mogelijk bij de behandeling betrokken.

Het zorgleefplan moet de instemming hebben van de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Zonder instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger is behandeling niet mogelijk, tenzij de behandelend arts van mening is dat er gronden voor dwangbehandeling aanwezig zijn. Indien geen overeenstemming met de cliënt of zijn vertegenwoordiger kan worden bereikt, moet in onderling overleg gezocht worden naar alternatieven.

Ten aanzien van de totstandkoming van het zorgleefplan gelden op de woongroepen de volgende regels:

- binnen 1 week na opname wordt een voorlopig zorgleefplan opgesteld;
- na 1 week wordt dit besproken met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger;
- het zorgregistratieformulier wordt ingevuld en getekend;
- de contactverzorgende draagt er zorg voor dat de cliënt/vertegenwoordiger een kopie krijgt van het zorgregistratieformulier.
- het origineel gaat in het medisch dossier en een kopie wordt bewaard op de woongroep;
- behandelend arts draagt zorg voor registratie in het ECD.

4.2 Vrijheidsbeperking en het toepassen van Middelen en Maatregelen (M en M)

Het is een misverstand om aan te nemen dat een cliënt met een BOPZ-indicatie noch/noch perse op een gesloten afdeling moet worden opgenomen. De behandelend specialist ouderengeneeskunde dient altijd te beoordelen en vast te leggen of er een dermate onveilige situatie ontstaat als cliënt het recht heeft om vrij de woongroep/het woonzorgcentrum te verlaten dat vrijheidsbeperking gerechtvaardigd is. Dit betekent voor Avoord dat alleen als in zorgleefplan is opgenomen dat vrijheidsbeperking noodzakelijk is een cliënt verhinderd kan

worden de woonomgeving te verlaten. Bij verzet van cliënt tegen deze beperking dient er een rechterlijke machtiging te worden aangevraagd via de psychiater van de GGZ. De besluitvorming rond dit beleid zal door Vertegenwoordiger en behandelend specialist ouderengeneeskunde, eventueel na consultatie van de BOPZ-arts genomen worden. Indien er geen consensus bereikt kan worden, wordt vertegenwoordiger geadviseerd een oordeel van de BOPZ-klachtencommissie te vragen.

De laatste jaren wordt er door de Inspectie voor de Gezondheidszorg geadviseerd vrijheidsbeperkende maatregelen zo weinig mogelijk toe te passen. De meeste redenen om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen zijn slechte of geen mobiliteit, hoge mate van afhankelijkheid en een verminderd cognitief functioneren. Uit onderzoek van de universiteit Maastricht (Prof. J.P.H. Hamers en zijn team), blijkt dat voor de meerderheid van cliënten met dementie inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen leidt tot vermindering van de kwaliteit van leven. Bijvoorbeeld leidt het toepassen van bedhekken, fixatiebanden of fixatiebladen vaak tot onrust en niet tot minder vallen met letsel. Avoord voert mede daarom als regel een zeer terughoudend beleid aangaande de inzet van M en M onder het motto:

Vrijheidsbeperking: nee, nee, nee, tenzij....

Dit betekent concreet dat er veel strengere beoordeling aangaande inzet zal plaats vinden, zowel voor reeds geaccordeerde als voor nieuw in te zetten maatregelen. Eerst zullen alle alternatieve maatregelen uitgetoetst moeten worden. De BOPZ-arts zal middels de maandelijkse registratielijsten en interne audits controle op inzet beoordelen.

Het is ons streven om fixatiebanden en verpleegdekens niet te gebruiken gezien het hoge risico dat cliënten letsel oplopen. Toepassing van Zweedse banden is gelukkig niet meer mogelijk binnen Avoord. Toepassing van 4-puntsgordels in stoelen kan uitsluitend na het uitproberen van alternatieven en dient door de behandelend arts na toestemming van de BOPZ-arts te worden vastgelegd in zorgleefplan en rapportage. Ook het toepassen van omhoogstaande bedhekken en rolstoelbladen zal pas na het uitproberen van alternatieven worden beoordeeld.

Op basis van het [beleid probleemgedrag](#) zijn er afspraken gemaakt over gebruik van sederende medicijnen. Het geven van medicatie bij verzet (bijv. door achterdocht) zal alleen als dwangmaatregel mogelijk zijn. De BOPZ-arts dient dit maandelijks te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Aangezien de toepassing van plukpakken vooral geschiedt uit hygiënische overwegingen en gezondheidsaspecten, zullen deze conform het gebruik van de laatste jaren worden ingezet.

Omdat de toepassing van domotica, zoals dwaaldetectie en sensoren, in de wet vallen onder vrijheidsbeperkende maatregelen, geldt hiervoor de zelfde restrictie als voor fixerende maatregelen.

Het is de bedoeling dat de middelen of maatregelen die bij de cliënt nodig zijn, zo veel mogelijk zijn opgenomen in het zorgleefplan. We spreken dan van M en M-akkoord, omdat zij de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger hebben. Daarnaast kunnen zich altijd onvoorziene noodsituaties voordoen die om middelen of maatregelen vragen. In dat geval spreken we van M en M-nood. Ten slotte kunnen M en M nodig zijn in het kader van de gedwongen behandeling van de cliënt. In dit laatste geval spreken we van M en M-dwang.

Op één aspect moeten we hier kort ingaan. Psychogeriatrische cliënten die niet onder de Wet BOPZ zijn opgenomen en somatische cliënten zijn in principe vrijwillig opgenomen (zie paragraaf 2.4 en 3.2). Voor hen geldt dus niet de rechtsbescherming die de Wet BOPZ biedt.

Op deze cliënten mogen niet zonder meer M en M worden toegepast. Hier gelden de volgende regels:

- M en M worden opgenomen in het zorgleefplan;
- dit betekent dat zij de instemming van de cliënt hebben;
- indien de cliënt, ondanks de gegeven toestemming, zich verzet tegen de toepassing van middelen of maatregelen, moet óf de vrijheidsbeperking worden opgeheven óf bij de BOPZ-indicatiecommissie van CIZ een BOPZ-beoordeling aangevraagd worden.

4.3 Verdere rechten tijdens het verblijf

De huisregels bevatten enkele algemene regels over beperkingen van de bewegingsvrijheid in en rond het woonzorgcentrum. Deze regels gelden voor alle cliënten.

De Wet BOPZ biedt de mogelijkheid om in de volgende situaties de bewegingsvrijheid voor individuele cliënten te beperken:

- bij dreigende verstoring van de orde of ter voorkoming van strafbare feiten;
- als naar het oordeel van de behandelend specialist ouderengeneeskunde onbeperkte bewegingsvrijheid ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de cliënt kan hebben.

Alleen na toestemming van de BOPZ-arts kan conform artikel 46a van de Wet BOPZ een aparte, individueel aangepaste bezoek-/verlofregeling in het zorgleefplan worden opgenomen.

Correspondentie met de cliënt kan onbelemmerd plaatsvinden.

4.4 Aanvragen RM tijdens verblijf

Als blijkt dat een cliënt die zonder RM is opgenomen “echt” bezwaar maakt tegen verder verblijf op de afdeling, moet een rechterlijke machtiging worden aangevraagd. De procedure hiervoor is dezelfde als bij het aanvragen van een RM vóór opname.

4.5 Verlenging RM

Een rechterlijke machtiging moet op gezette tijden worden verlengd. De rechter geeft altijd eerst een voorlopige machtiging af. Deze heeft een geldigheidsduur van maximaal zes maanden. Als na deze periode opname nog steeds noodzakelijk is en de cliënt nog steeds bezwaar maakt, moet een machtiging tot voortgezet verblijf worden aangevraagd.

Indien een cliënt met een rechterlijke machtiging is opgenomen, zal volgens volgende richtlijnen gewerkt worden:

1. Wanneer de cliënt niet langer verzet toont tegen opname is geen rechterlijke machtiging meer nodig, maar kan het verblijf worden voortgezet op grond van een BOPZ-indicatie of als vrijwillige cliënt.
2. Indien na het verlopen van de voorlopige machtiging of rechterlijke machtiging (dat is zes maanden na opname met een RM of IBS) opname nog steeds noodzakelijk is en de cliënt hiertegen nog steeds verzet toont, moet door de instellingsverantwoordelijke BOPZ-arts zes weken voor het beëindigen van de voorlopige of rechterlijke machtiging een machtiging tot voortgezet verblijf bij de officier van justitie worden aangevraagd.
3. De datum waarop de machtiging tot voortgezet verblijf moet worden aangevraagd, wordt in het zorgleefplan genoteerd door de behandelend specialist ouderengeneeskunde.
4. De behandelend specialist ouderengeneeskunde organiseert een zorgleefplanbespreking ten minste één week voor de datum waarop de machtiging tot voortgezet verblijf moet worden aangevraagd, zodat een recent zorgleefplan aanwezig is.

5. Na de bespreking kan de machtiging worden aangevraagd door de BOPZ-arts. Daarbij dient deze tevens een afschrift van het zorgleefplan aan de officier van justitie voor te leggen.
6. Indien behandeling zonder toestemming of bij verzet van de cliënt heeft plaatsgevonden, moet hiervan door de behandelend specialist ouderengeneeskunde een mededeling worden gedaan aan de officier van justitie.
7. De officier van justitie stelt bij de rechter de vordering in tot (het verlengen van) een machtiging tot voortgezet verblijf, uiterlijk vijf weken vóór het einde van de geldigheidsduur van de lopende machtiging
8. De rechter beslist binnen vier weken nadat de vordering is ingesteld en geeft hiervan kennis aan de BOPZ-arts.
9. De machtiging tot voortgezet verblijf zal meestal voor een periode van vijf jaar verleend worden. Daarna dient opnieuw de bovenstaande procedure voor aanvraag van machtiging tot voortgezet verblijf te worden doorlopen.

Na vijf jaar kan de rechter opnieuw een machtiging tot voortgezet verblijf verlenen. Voorwaarde is wel dat opname nog steeds noodzakelijk is en dat de cliënt nog steeds verzet toont. Als dit laatste niet het geval is, is een RM niet meer nodig. Het verblijf kan dan worden voortgezet op basis van een BOPZ-indicatie of als vrijwillig cliënt.

In het geval een cliënt oorspronkelijk met een IBS werd opgenomen, moet bij het aanvragen voor een machtiging tot verlengd verblijf extra scherp op de termijnen worden gelet. De Hoge Raad heeft namelijk onlangs bepaald dat de geldigheidsduur van de voorlopige machtiging niet aanvangt op de dag dat de cliënt krachtens de voorlopige machtiging is opgenomen, maar ingaat op de dag van de inbewaringstelling. In een dergelijk geval is de geldigheidsduur van de voorlopige machtiging niet maximaal zes maanden, maar zes maanden minus de periode van de (voortgezette) IBS. Door deze uitspraak eindigt de verleende 1^e machtiging eerder dan normaliter het geval is. De aanvraag voor verlenging moet daarom eerder worden gedaan.

4.6 Aanvragen IBS tijdens verblijf

Het kan soms nodig zijn om tijdens het verblijf van de cliënt een inbewaringstelling aan te vragen. Dit is denkbaar in een van de volgende situaties:

- een cliënt die vrijwillig werd opgenomen, geeft aan het verblijf in het woonzorgcentrum te willen stoppen; de cliënt wil niet in een ander woonzorgcentrum worden opgenomen; ontslag van de cliënt zou leiden tot een situatie van onmiddellijk gevaar;
- een cliënt is tijdelijk opgenomen (vrijwillig of met een BOPZ-indicatie) en wil plotseling terug naar huis; de familie is onbereikbaar, bijvoorbeeld vanwege vakantie in het buitenland; de cliënt laten gaan zou onverantwoord zijn.

In zulke gevallen kan de BOPZ-arts een IBS via de psychiater van de GGZ Breeburg aanvragen bij de burgemeester van de gemeente waar de cliënt op dat moment verblijft (zie verder paragraaf 3.4 en bijlage 4).

4.7 Klachtenregeling

In de Wet BOPZ is een klachtenregeling opgenomen. In augustus 1995 is de Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen van kracht geworden. Deze laatste wet is grotendeels in de plaats gekomen van de klachtenregeling die in de Wet BOPZ is opgenomen. Op basis van de Wet Klachtrecht is de bestaande klachtenregeling van Avoord bijgesteld. In het kader van de Wet BOPZ kan de klager een klacht voorleggen aan een onafhankelijke regionale klachtencommissie die een uitspraak doet over de gegrondheid van de klacht.

Voor verdere bijzonderheden verwijzen we naar de [klachtenregeling](#).

Eén ding moeten we hier echter nog noemen. In de nieuwe klachtenregeling is een aparte plaats ingeruimd voor zogeheten art. 41-klachten. Het gaat hier om klachten op basis van artikel 41 uit de Wet BOPZ, die betrekking hebben op:

- een wilsonbekwaamheidsverklaring;
- de toepassing van noodmiddelen en -maatregelen;
- een beperking van rechten zoals post, bezoek en telefoonverkeer;
- het niet uitvoeren van een overeengekomen zorgleefplan of het toepassen van dwangbehandeling.

Alleen cliënten die onder de Wet BOPZ zijn opgenomen, kunnen een art. 41-klacht indienen. Art. 41-klachten worden voorgelegd aan de regionale klachtencommissie, welke binnen twee weken uitspraak moet doen over de gegrondheid van de klacht.

4.8 Registreren en melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Wet BOPZ bepaalt welke gegevens moeten worden vastgelegd en bewaard van cliënten die onder de Wet BOPZ zijn opgenomen. In het zorgdossier moeten de volgende gegevens aanwezig zijn:

- de opname- en ontslaggegevens;
- het zorgleefplan;
- de 2-maandelijksse rapportage over de voortgang van de uitvoering van dit plan;
- informatie over de medewerking van de cliënt aan dit plan;
- overige gegevens over de gezondheid van de cliënt en over diens behandeling;
- de redenen waarom er eventueel geen overeenstemming is met de cliënt of zijn vertegenwoordiger over het zorgleefplan;
- in geval van dwangbehandeling: de redenen voor en de gegevens over de behandeling;
- in geval van noodmiddelen en -maatregelen: vermelden van de toegepaste middelen en maatregelen en de redenen;
- in geval van vrijheidsbeperkende maatregelen: vermelden van de toegepaste maatregelen en de redenen;
- aantekening en afschrift van: rechterlijke machtiging, inbewaringstelling en verdere beschikkingen in dit kader;
- ontvangen en afgegeven medische verklaringen in dit kader.

Gezien de meest recente bepalingen hieromtrent dienen alle documenten 15 jaar bewaard te worden.

In het kader van de Wet BOPZ moet het woonzorgcentrum bepaalde zaken melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het gaat hier om de volgende situaties:

- behandeling zonder toestemming of bij verzet;
- toepassing van noodmiddelen en -maatregelen.

De behandelend specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor het verstrekken van deze gegevens aan de inspectie. Een en ander verloopt via de BOPZ-arts.

5.0 Verlof, ontslag en overplaatsing

De regels die de Wet BOPZ stelt voor verlof, ontslag en overplaatsing zijn **alleen** van toepassing op cliënten die zijn opgenomen met een RM of een IBS. Zij zijn dus niet van toepassing op cliënten die met een BOPZ-indicatie noch/noch zijn opgenomen. Dit betekent dat deze laatste groep, net als vrijwillig opgenomen cliënten, vrij is om het woonzorgcentrum te verlaten. Als de BOPZ-arts (in overleg met de behandelend specialist ouderengeneeskunde) bij beëindiging van het verblijf van mening is dat het verblijf moet worden voortgezet, dan is een rechterlijke machtiging vereist. Indien er een beoordeling is, gemaakt door het behandelteam onder eindverantwoordelijkheid van de behandelend arts of door de BOPZ-arts, dat verlof of ontslag niet verantwoord is kan de BOPZ-arts dit verbieden.

5.1 Verlof

De BOPZ-arts kan een cliënt toestemming geven om het woonzorgcentrum tijdelijk, voor een duidelijk afgebakende periode dus, te verlaten. Hij dient daarbij getoetst te hebben of het verlof verantwoord is, ook ten aanzien van de opvang buiten de instelling. Van de toestemming tot verlof wordt een schriftelijke verklaring opgesteld die de cliënt mee krijgt en waarvan een kopie wordt bewaard in het zorgleefplan.

Verlof van meer dan 60 aaneengesloten uren kan, na overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, hoogstens twee maal per jaar worden gegeven. Het verlof mag steeds niet langer dan twee weken duren. Aan het verlof kunnen voorwaarden worden verbonden met betrekking tot het gedrag van de cliënt. Een voorwaarde kan zijn dat de cliënt onder toezicht staat van een persoon of instelling die hem steunt en begeleidt (bijvoorbeeld de GGZ).

5.2 Voorwaardelijk ontslag

Als het verantwoord is de cliënt naar huis te laten terugkeren, kan de BOPZ-arts de cliënt voorwaardelijk ontslag verlenen. Een voorwaarde kan ook hier zijn dat de cliënt onder toezicht staat van een persoon of instelling die hem steunt en begeleidt. De cliënt krijgt over het voorwaardelijk ontslag een schriftelijke verklaring. Vooraf stelt men de partner/vertegenwoordiger op de hoogte van het voorwaardelijk ontslag.

5.3 Intrekken van verlof of voorwaardelijk ontslag

De BOPZ-arts kan - na overleg met de toezichthoudende persoon of instelling - het verlof of het voorwaardelijk ontslag intrekken indien:

- het gevaar dat voortvloeit uit de geestesstoornis dit noodzakelijk maakt en niet op een andere manier kan worden afgewend;
- de cliënt zich niet aan gestelde voorwaarden houdt;
- de cliënt hier zelf om verzoekt.

De cliënt wordt hiervan binnen vier dagen schriftelijk op de hoogte gesteld onder opgave van redenen.

Tegen dit besluit kan verzet worden aangetekend bij de rechter. Dit kan door één van de volgende personen gebeuren:

- de cliënt zelf;
- de echtgenoot of partner;
- de meerderjarige (klein)kinderen, broers of zussen;
- de curator of mentor (de wettelijke vertegenwoordiger).

Het verzet moet schriftelijk worden ingediend bij de officier van justitie.

5.4 Ontslag

De BOPZ-arts verleent de cliënt ontslag op één van de volgende gronden:

- de cliënt is niet langer in zijn geestelijke vermogens gestoord of gevaarlijk;
- het gevaar kan op een andere manier dan door verblijf in het woonzorgcentrum worden afgewend;
- de geldigheid van de rechterlijke machtiging of inbewaringstelling is verstreken en er is geen vordering voor een machtiging tot voortgezet verblijf ingesteld;
- de geldigheidsduur van de RM of IBS is verstreken en er is wel een vordering ingesteld voor een machtiging tot voortgezet verblijf, maar:
 - op de vordering is afwijzend beslist;
 - de termijn voor het nemen van een beslissing is verstreken.
- de rechter beveelt ontslag.

Bij ontslag stelt de BOPZ-arts van tevoren de partner/vertegenwoordiger hiervan op de hoogte. De cliënt ontvangt een schriftelijke verklaring van de ontslagbeslissing.

Bij de BOPZ-arts kan ook een verzoek tot ontslag worden ingediend. De volgende personen kunnen een dergelijk verzoek doen:

- de cliënt zelf;
- de echtgenoot of partner;
- meerderjarige (klein)kinderen, broers of zussen;
- de wettelijke vertegenwoordiger (curator of mentor);
- de inspecteur;
- de officier van justitie.

De BOPZ-arts beslist zo spoedig mogelijk en stelt de verzoeker en de Inspectie voor de Gezondheidszorg hiervan op de hoogte. Als het verzoek tot ontslag wordt afgewezen, wordt dit met redenen omkleed. Bij een afwijzende beslissing en wanneer de BOPZ-arts niet binnen twee weken beslist, kan de verzoeker de officier van justitie vragen om een beslissing van de rechter te vorderen.

5.5 Overplaatsing naar andere instelling

Als de cliënt of zijn vertegenwoordiger overplaatsing wenst naar een ander woonzorgcentrum, zijn er twee mogelijkheden:

- de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) regelt zelf de overplaatsing;
- de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) verzoekt de BOPZ-arts de overplaatsing te bewerkstelligen.

Deze laatste kan afwijzend op het verzoek reageren. In dat geval krijgt de cliënt hiervan schriftelijk en met redenen omkleed bericht. Een afschrift hiervan gaat naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Inspectie kan besluiten - na zelf de cliënt gehoord te hebben - een overplaatsing te regelen. Het woonzorgcentrum is in dat geval verplicht te zorgen voor het overbrengen van de cliënt. Deze regels met betrekking tot overplaatsing gelden niet alleen voor cliënten met een RM of IBS, maar ook voor cliënten met een BOPZ-indicatie.

5.6 Registreren en melden aan Inspectie voor de Gezondheidszorg

In het kader van verlof, ontslag en overplaatsing moet een aantal gegevens geregistreerd en gemeld worden aan de inspectie.

- Maandelijks moet voor alle cliënten met een RM of IBS aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden opgegeven:
 - aan wie en onder welke voorwaarden een verlof van meer dan 60 uur is verleend;

- aan wie en onder welke voorwaarden voorwaardelijk ontslag is verleend;
- van wie het verlof of het voorwaardelijk ontslag is ingetrokken;
- aan wie ontslag is verleend.
- Afwezigheid zonder verlof of (voorwaardelijk) ontslag worden onmiddellijk gemeld. Dit geldt ook voor terugkeer na ongeoorloofde afwezigheid.
- Maandelijks worden de namen van alle overleden cliënten met een RM of IBS met vermelding van de doodsoorzaak doorgegeven.
- Van cliënten voor wie die maand de IBS is geëindigd, wordt maandelijks een kort verslag met bevindingen van de behandelend specialist ouderengeneeskunde aan de Inspectie toegestuurd.
- De BOPZ-arts deelt beslissingen inzake een verzoek van de cliënt om ontslag schriftelijk aan de Inspectie mee.
- Als de BOPZ-arts meent niet te kunnen voldoen aan een verzoek tot overplaatsing van een cliënt, zendt hij een afschrift van zijn met redenen omklede beslissing aan de Inspectie. (Deze regel geldt zowel voor cliënten met een RM of IBS, als met een BOPZ-indicatie.)

5.7 Handelswijze bij opname met IBS of RM

Indien een cliënt wordt opgenomen met een IBS of RM, of deze krijgt toegewezen tijdens opname, gelden er duidelijk andere regels dan bij een vrijwillige of een art. 60 opname. Aangezien er dan verzet is tegen verblijf mag cliënt de eerste 2 weken de afdeling niet verlaten. Dagelijks dient er gerapporteerd te worden of er tekenen zijn van verzet. Zolang deze er zijn is het onverantwoord om cliënt de afdeling te laten verlaten, zelfs onder begeleiding van een van onze medewerkers.

Als blijkt dat er geen sprake meer is van verzet worden de beperkingen opgeheven na toestemming van de afdelingsarts. De partner/vertegenwoordiger van cliënt wordt hiervan in kennis gesteld.

Bij een IBS dient minimaal 2 weken voor het verstrijken van de machtiging beoordeeld te worden of er sprake is van verzet. Wanneer dat het geval is dient een verlenging of RM te worden aangevraagd door de BOPZ-arts.

Bij een RM organiseert de behandelend specialist ouderengeneeskunde een zorgleefplanbespreking ten minste één week voor de datum waarop de machtiging tot voortgezet verblijf moet worden aangevraagd. Daarbij wordt gekeken of er nog dermate tekenen van verzet zijn dat verlenging noodzakelijk is. Zo ja, dan dient uiterlijk 6 weken voor het verstrijken van de machtiging een verlenging te worden aangevraagd door de BOPZ-arts. BOPZ-beoordelingen die afgegeven werden vóór de IBS of RM, zijn niet meer geldig. Als er geen noodzaak is tot verlenging van een machtiging, moet door de zorgcoördinator bij de BOPZ-indicatiecommissie van CIZ een nieuwe beoordeling worden aangevraagd 6 weken voor verstrijking van de machtiging.

6.0 Verantwoordelijkheden en taken

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de verantwoordelijkheden en taken die de diverse personen in het woonzorgcentrum hebben in het kader van de Wet BOPZ.

Achtereenvolgens komen de volgende functies aan de orde: de BOPZ-arts, de behandelend specialist ouderengeneeskunde en het verplegend en verzorgend personeel op de afdeling.

6.1 BOPZ-arts

De BOPZ-arts heeft als “geneesheer-directeur” volgens de wet de algemene eindverantwoordelijkheid voor de medische en paramedische behandeling van cliënten in het woonzorgcentrum. In het kader van de Wet BOPZ heeft hij daarbij een aantal specifieke verantwoordelijkheden, die bij zijn afwezigheid gedelegeerd worden (zie 2.11).

Taken inzake de gedwongen opname van een cliënt:

- afgeven van een geneeskundige verklaring ter verkrijging van een rechterlijke machtiging ten behoeve van een in zijn instelling op te nemen cliënt;
- afgeven van een geneeskundige verklaring ter verkrijging van een machtiging tot voortgezet verblijf ten behoeve van een in zijn instelling verblijvende cliënt;
- afgeven van een geneeskundige verklaring ter verkrijging van een inbewaringstelling ten behoeve van een in zijn instelling op te nemen cliënt;
- berichtgeving aan de griffier en de officier van justitie in geval van bovengenoemde gedwongen opnames.

Taken inzake de interne rechtspositie van de gedwongen opgenomen cliënt:

- zorgdragen dat er een behandelplan met betrekking tot de geestesstoornis wordt opgesteld; is eindverantwoordelijke voor dit zorgleefplan (38 lid 4, 40 lid 5 Wet BOPZ);
- contactpersoon voor de voor behandeling verantwoordelijke personen indien er geen toestemming is voor behandeling of gebruik van dwang (38 lid 4, 40 lid 5 Wet BOPZ);
- eindverantwoordelijke voor uitvoering van dwangbehandeling in de zin van de Wet BOPZ en voor melding en afmelding daarvan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg; eindverantwoordelijke voor het informeren over de dwangbehandeling van de naasten van de cliënt (38 lid 6 en 38 lid 6 nieuw Wet BOPZ);
- eindverantwoordelijke voor de toepassing van Middelen en Maatregelen in de zin van de Wet BOPZ en voor melding daarvan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg; eindverantwoordelijke voor het informeren over de toegepaste middelen of maatregelen van de naasten van de cliënt (39 lid 2, 57 Wet BOPZ);
- zorgdragen dat er een zorgdossier wordt gevormd en bijgehouden, waarin behandeling en dwang in het kader van de geestesstoornis worden verantwoord; eindverantwoordelijke voor de juistheid en volledigheid hiervan (37a nieuw, 56 Wet BOPZ);
- zorgdragen dat bekend is waar specifieke BOPZ-klachten kunnen worden ingediend; contactpersoon voor het afhandelen van deze klachten (41 lid 3, 41 lid 6, 41 lid 12, 41 lid 15, 42 Wet BOPZ);
- eindverantwoordelijke voor besluiten over verzoeken door de cliënt of zijn vertegenwoordiger tot overplaatsing, verlof of ontslag uit de instelling (43, 46a nieuw, 45-49, 58 Wet BOPZ).

Taken inzake toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de naleving van de Wet BOPZ:

- de BOPZ-arts is verantwoordelijk voor het melden aan de Inspectie van dwangbehandeling in de zin van de Wet BOPZ (38 lid 6, 39a nieuw Wet BOPZ);

- de BOPZ-arts is verantwoordelijk voor het melden aan de Inspectie van het toepassen van Middelen en Maatregelen in de zin van de Wet BOPZ (39 lid 3, 39a nieuw Wet BOPZ);
- de BOPZ-arts is verantwoordelijk voor het bijhouden van het register van toegepaste Middelen en Maatregelen in de instelling en voor het toezenden van een maandelijks afschrift van nieuw registraties aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (57, 58 Wet BOPZ);
- de BOPZ-arts is verantwoordelijk voor het toezenden van een maandelijks overzicht aan de Inspectie van de cliënten die via RM of IBS zijn opgenomen, de bevindingen met betrekking tot deze cliënten en wie van deze cliënten door ontslag, verlof of overlijden niet meer in de instelling verblijven (58 Wet BOPZ).
- De BOPZ-arts is als enige bevoegd de regelgeving van de wet te controleren en uit te voeren.

De BOPZ-arts hoeft al deze taken echter niet zelf uit te voeren. Hij kan verschillende taken delegeren naar anderen. De eindverantwoordelijkheid blijft echter bij hem rusten.

6.2 Behandelend specialist ouderengeneeskunde

De behandelend specialist ouderengeneeskunde is in professionele zin verantwoordelijk voor de medische behandeling van zijn cliënten. In het kader van de Wet BOPZ heeft de arts daarbij een aantal specifieke verantwoordelijkheden en taken.

- de arts is ervoor verantwoordelijk dat zo spoedig mogelijk na opname een zorgleefplan wordt opgesteld. Dit moet in overleg met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger gebeuren. Indien van toepassing voert de arts overleg met voorgaande behandelaars, zoals de huisarts of psychiater, of met de instelling waar de cliënt voor opname verbleef;
- de arts beoordeelt de wilsbekwaamheid van de cliënt: is de cliënt in staat zijn wil met betrekking tot de behandeling te bepalen?;
- de arts bepaalt of beperking van vrijheid noodzakelijk is;
- de arts is verantwoordelijk voor het maandelijks registreren van de voortgang van de behandeling en de medewerking van de cliënt;
- de arts is verantwoordelijk voor de toepassing en registratie van Middelen en Maatregelen en dwangbehandeling. Indien van toepassing zorgt de arts voor het melden van gegevens aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

6.3 Zorgcoördinator van de woongroep

De zoco heeft in het kader van de Wet BOPZ de volgende verantwoordelijkheden en taken:

- bewaakt de totstandkoming, uitvoering en evaluatie van het zorgleefplan van de cliënt;
- draagt zorg voor de veiligheid van de cliënt en zijn omgeving;
- bewaakt de uitvoering van de relevante protocollen in het kader van de Wet BOPZ (waaronder het protocol “Vaststellen van Verzet”)
- draagt zorg voor het opbergen van een kopie van de RM, IBS, BOPZ-indicatie (en andere beschikkingen in dit kader) in het zorgdossier op de woongroep.
- Heeft ook signalerende taak aangaande de feitelijke uitvoering door specialisten ouderengeneeskunde van de Wet BOPZ.

6.4 Verplegend en verzorgend personeel (niveau 3,4 en 5)

De contactverzorgende en het overige verzorgende personeel heeft in het kader van de Wet BOPZ de volgende taken:

- met betrekking tot de uitvoering en evaluatie van het individuele zorgleefplan van de cliënt;
- in het kader van het protocol Middelen en Maatregelen;
- betreffende vrijheidsbeperking en medicatietoediening;
- controle op contrabande (verboden waar);
- toedienen van vocht en voeding;
- in het kader van relevante BOPZ-protocollen, zoals het protocol “Vaststellen Verzet”.

6.5 BOPZ-commissie

De BOPZ-commissie wordt gevormd door de BOPZ-arts (voorzitter) en de overige in dienst zijnde artsen. Minimaal 3 maal per jaar worden de aanwezige cliënten met een RM of IBS, de dwangmaatregelen, de inzet van vrijheidsbeperking, de registratie van inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen en de aanvullingen aangaande de Wet BOPZ besproken. Indien noodzakelijk nodigt de BOPZ-arts medewerkers uit de zorg uit.

6.6 Scholing

Alle medewerkers, werkzaam op BOPZ-afdelingen, worden 1x per jaar tijdens het werkoverleg verplicht geschoold aangaande de Wet BOPZ. De scholing zal gegeven worden door een specialist ouderengeneeskunde middels een vastgesteld scholingsprogramma. Ter vervanging van de 2^{de} scholing is een speciale brochure voor de verzorgenden aanwezig

[Bijlage 1 overzicht PG-opname ingevolge de wet BOPZ](#)

[Bijlage 2 opname met rechtelijke machtiging in psychogeriatrische verpleeghuizen](#)

[Bijlage 3 aanvragen rechterlijke machtiging voor cliënten die op somatische afdelingen van verpleeghuizen verblijven](#)

[Bijlage 4 richtlijnen voor plaatsing bij ibs conform afspraken regionale commissie psychogeriatric](#)

[Bijlage 5 standaardprocedure bij IBS voor de GGZ](#)

[Bijlage 6 richtlijnen t.a.v. geneeskundige verklaringen](#)

[Bijlage 7 voorbeeld stappenplan beoordeling wilsonbekwaamheid door arts](#)

[Bijlage 8 opname op gesloten woongroep](#)

[Bijlage 9 vrijheidsbeperking in het kader van de wet BOPZ](#)

[Bijlage 10 vaststellen verzet bezwaar tijdens verblijf](#)

[Gedragscode verzet bij wilsonbekwame cliënten](#)

[Reglement Regionale \(BOPZ\) Klachtencommissie Zorginstellingen](#)

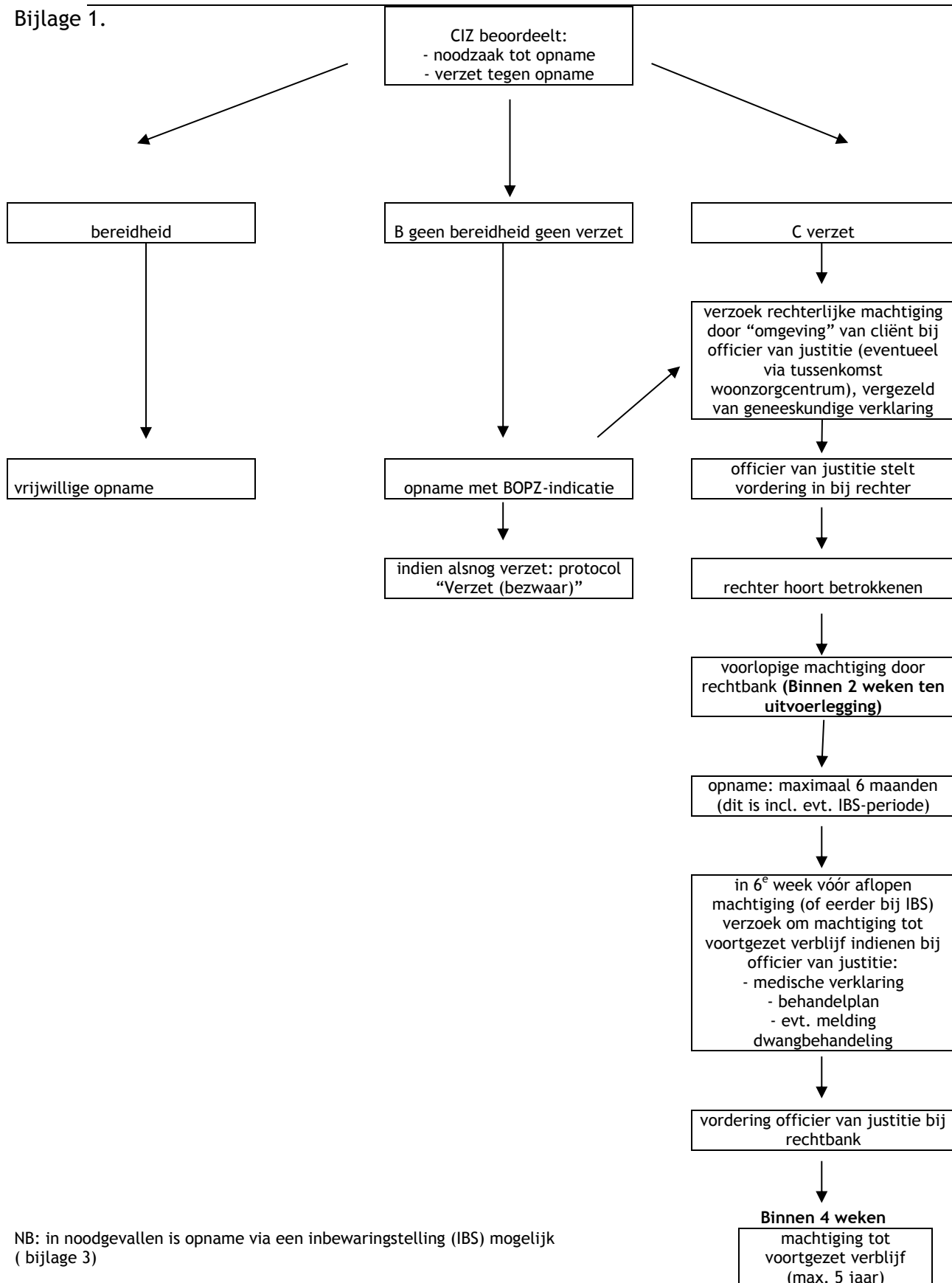
Publicatiehistorie

		Datum
Proceseigenaar / MT-lid:	Bestuurder	
Documenteigenaar:	Eindverantwoordelijk specialist ouderengeneeskunde	
Auteur:	M.van Leen	
Voorgenomen besluit MT:		12-10-2010
Ondernemingsraad:	nvt	
Centrale cliëntenraad:	instemming	23-03-2011
Raad van toezicht:	nvt	
Vastgesteld door directie:		31-03-2011
Laatste evaluatiedatum:		Oktober 2010
Evaluatiedatum:		01-04-2015



Overzicht pg-opname ingevolge de wet BOPZ

Bijlage 1.



NB: in noodgevallen is opname via een inbewaringstelling (IBS) mogelijk (bijlage 3)



Opname met rechterlijk machtiging in psychogeriatrische verpleeghuizen

Bijlage 2.

Uitgaande van de ervaring dat het bij RM-procedures niet om acute situaties gaat maar veeleer om langdurige, geleidelijk aan meer onhoudbare en onverantwoorde casuïstiek, wordt het volgende afgesproken:

- de verantwoordelijk zorgverlener schakelt de GGZ-psychiater in voor een eerste inschatting van de noodzaak voor een RM-procedure;
- indien een RM-procedure noodzakelijk wordt geacht, wordt deze gestart door de GGZ als opname binnen 4 weken noodzakelijk wordt geacht;
- het ter beschikking komen van een bed wordt tijdig gemeld aan de verantwoordelijk zorgverlener, zodat de feitelijke procedure in gang gezet kan worden (uitschrijven medische verklaring/bezoek rechter en advocaat/etc.).



Aanvragen rechterlijke machtiging voor cliënten die op somatische afdelingen van verpleeghuizen verblijven

Bijlage 3.

Bij het aanvragen van RM voor cliënten die op somatische woongroepen verblijven, mag de geneeskundige verklaring niet worden afgegeven door de arts die belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het woonzorgcentrum. Ook de overige in dienst van het woonzorgcentrum werkzaam zijnde artsen is dit niet toegestaan.

De somatische woongroep van het woonzorgcentrum is geen BOPZ-erkende instelling. In deze gevallen dient een psychiater een geneeskundige verklaring af te geven.

De GGZ Breburg zal met betrekking tot aanvragen RM voor cliënten die op somatische woongroepen verblijven de geneeskundige verklaring verzorgen, met dien verstande dat artsen van de afdeling Ouderen van de GGZ Breburg, die veel samenwerken met de verpleeghuizen, in het kader van het uitschrijven van een RM een vooronderzoek zullen doen.



Richtlijnen voor plaatsing bij IBS conform afspraken regionale commissie psychogeriatric

Bijlage 4.

Algemeen:

- Binnen en buiten kantooruren wordt door de specialist ouderengeneeskunde van Avoord contact opgenomen met de GGZ-crisisdienst.
- Indien in een woonzorgcentrum geen plaats is om een persoon met IBS op te nemen, wordt door de betreffende instelling in samenspraak met de GGZ in eerste instantie gezocht naar een plaats in een andere (soortgelijke) instelling. Is dit ook niet mogelijk dan wordt contact gezocht met het APZ. De betreffende instelling is verantwoordelijk voor de cliënt tot aan opname.
- De GGZ wordt na opname door de opnemende instelling op de hoogte gebracht van de verblijfplaats van de betrokkene.
- In zijn algemeenheid wensen de instellingen de cliënten zo min mogelijk te confronteren met juridische maatregelen, binnen de ruimte die de Wet BOPZ hiervoor laat.
- Alvorens een cliënt die is opgenomen op grond van een IBS uit de instelling wordt ontslagen, neemt de behandelend specialist ouderengeneeskunde hierover contact op met een medewerker van het crisisteam van de GGZ, waarbij de reden van het voorgenomen ontslag wordt gegeven.

Woonzorgcentrum:

Personen met een psychogeriatrisch/dementieel beeld kunnen met een IBS worden geplaatst in een psychogeriatrisch woonzorgcentrum. De diagnose kan vaak worden afgeleid uit informatie die de naaste omgeving van de persoon verstrekt.

Ook kan het voorkomen dat niet duidelijk is of het gaat om een psychiatrische stoornis of een psychogeriatrisch beeld. In een dergelijk geval geeft de GGZ de voorkeur aan opname in een APZ.

- De GGZ geeft de voorkeur aan het met grote terughoudendheid plaatsen in een woonzorgcentrum op grond van een IBS.

Van een IBS kan enkel sprake zijn als een RM niet kan worden afgewacht vanwege het gevaar. Een RM of IBS bij een al opgenomen cliënt is alleen noodzakelijk bij verzet tegen het verblijf, niet bij verzet tegen aspecten van het verblijf.

Binnen Avoord is plaatsing alleen mogelijk op locatie Het Anbarg.



Standaard procedure bij IBS

voor de GGZ

Bijlage 5.

1. Gevallen die leiden tot het vermoeden dat de procedure voor IBS van psychiatrische/psychogeriatrische cliënten moet worden ingezet, zullen meestal door een verwijzer gemeld worden bij de voorwacht van GGZ.
2. De voorwacht schakelt de dienstdoende achterwacht (psychiater) in; deze gaat beoordelen of er reden is voor gedwongen opname.
Mocht dit problematisch zijn (achterwacht is bijvoorbeeld behandelaar van de cliënt), dan dient gezocht te worden naar een andere, onafhankelijke psychiater.
Indien ook deze niet beschikbaar is, wordt geprobeerd of de dienstdoende GGD-arts bereid is de geneeskundige verklaring uit te schrijven. In uiterste nood kan een beroep worden gedaan op een gewone huisarts, niet zijnde de eigen huisarts van de cliënt.
3. Als duidelijk wordt dat de geneeskundige verklaring er komt, neemt de voorwacht contact op met de inrichting waar de cliënt geplaatst moet worden. Hij waarschuwt de GGD die dan voor vervoer zal zorgdragen. Hij neemt contact op met de burgemeester of, indien deze niet bereikbaar is, met de wethouder (opvolgend de eerste, tweede, etc.) van de gemeente waar de cliënt zich bevindt en maakt een afspraak om de burgemeestersverklaring te laten ondertekenen.
4. De achterwacht vult de geneeskundige verklaring in 4-voud in, plus de verklaring van de burgemeester (in 4-voud). NB: De achterwacht geeft op het formulier aan waar de burgemeester hem eventueel kan bereiken voor overleg.
5. De voorwacht gaat met de papieren naar de burgemeester of diens vervanger voor ondertekening van de burgemeestersverklaring.
6. Met alle papieren gaat de voorwacht naar de GGD die voor vervoer van de cliënt zorgt.
NB: De GGD zorgt voor verzending van de papieren, inclusief afschrift aan:
 - de burgemeester
 - de officier van justitie
 - de inspecteur voor de Volksgezondheid
 - de op te nemen inrichtingEen afschrift (fotokopie) gaat ook naar de GGZ.
7. De voorwacht belt de inrichting met de mededeling dat de cliënt komt en geeft relevante gegevens door.



Richtlijnen t.a.v. geneeskundige verklaringen

Bijlage 6.

Ten aanzien van het uitschrijven van geneeskundige verklaringen, ten behoeve van IBS en RM, zijn (sub)regionaal de volgende afspraken gemaakt.

Extern: heeft betrekking op personen die nog niet zijn opgenomen in een instelling.

Intern: heeft betrekking op personen die al zijn opgenomen in een instelling.

IBS:

Externe IBS: door de psychiater van de GGZ

Interne IBS: door de BOPZ-arts of een door deze gemandateerde arts van de instelling waar de persoon is opgenomen.

RM:

Externe RM: door de psychiater van de GGZ (eventueel door vrijgevestigde psychiater)

Interne RM: door de BOPZ-arts of een door deze gemandateerde arts van de instelling waar de persoon is opgenomen.



Voorbeeld stappenplan beoordeling wilsonbekwaamheid door arts

Bijlage 7.

STAP 1: Stel jezelf voor en beoordeel hierbij het bewustzijn van de cliënt.	Cliënt is niet helder kijk in het dossier en raadpleeg de verpleging		Cliënt heeft altijd een niet helder bewustzijn. Conclusie: cliënt is niet wilsbekwaam
			Cliënt heeft een wisselend bewustzijn. Spreek een tweede consult af en begin dan weer bij stap 1
	Cliënt is helder: ga naar stap 2		
STAP 2: Beoordeel de communicatie op de volgende punten: - Gehoor - Visus - Taalbegrip (mondeling en schriftelijk) - Taalexpressie (mondeling en schriftelijk) - Non-verbale expressie (mimiek/gebaren)	Er is geen communicatie mogelijk; conclusie: cliënt is niet wilsbekwaam		
	Er is wel communicatie mogelijk. Is de cliënt coöperatief om mee te werken aan verder onderzoek?	Cliënt is niet coöperatief. Raadpleeg het dossier en de verpleging	Cliënt is nooit coöperatief. Conclusie: cliënt is niet wilsbekwaam
			Cliënt is wisselend coöperatief. Spreek een tweede consult af en begin dan weer bij stap 1
	Cliënt is wel coöperatief: ga naar stap 3		
STAP 3: Observatie van het kritisch vermogen: Vraagt de cliënt spontaan naar de reden van het bezoek van de arts?	Cliënt doet dit niet: volg werkwijze 1, zie achterzijde van dit formulier en ga naar stap 4		
	Cliënt doet dit wel: volg werkwijze 2, zie achterzijde van dit formulier en ga naar stap 4		
STAP 4: Check de bevindingen van het onderzoek in het dossier van de cliënt.	Door bestudering van het dossier wordt de conclusie die getrokken is bevestigd.		
	Door bestudering van het dossier wordt de conclusie die getrokken is niet bevestigd.		

STAP 5: Bij twijfel: gedetailleerd neuropsychologisch rapport aanvragen.	
--	--

* Ontleend aan en aangepast: naar Brink J.M.A. van de, e.a

Werkwijze 1

1. Begin bij stap A. en stel de vragen verder in de aangegeven volgorde.
2. Wanneer de cliënt de vragen van een stap niet kan beantwoorden, wordt het onderzoek afgesloten en wordt de conclusie getrokken dat cliënt niet wilsbekwaam is.

Werkwijze 2

1. Begin bij stap C. en stel de vragen verder in de aangegeven volgorde.
2. Wanneer de cliënt de vragen van een stap niet kan beantwoorden, wordt het onderzoek afgesloten en wordt de conclusie getrokken dat cliënt niet wilsbekwaam is.
3. Wanneer de cliënt de vragen tot het eind toe kan beantwoorden, wordt de conclusie getrokken dat cliënt wel wilsbekwaam is.

Stap A, beoordeling van de cognitie:

Naam	
Geboortedatum	
Leeftijd	
Weet de cliënt waar hij/zij is?	
Is cliënt tevreden over het verblijf?	

Stap B, stukje levensloop:

Krijg je hiermee contact met cliënt?	
Stel vragen m.b.t. de oorspronkelijke situatie thuis (wonen, bezigheden, hobby's, oorspronkelijk beroep, etc.); de aanwezige problemen t.a.v. de gezondheid en hoe cliënt dit ervaart en wat er aan gedaan is.	
Probeer zicht te krijgen op het netwerk van cliënt	

Stap C, (terugkeer naar) de realiteit:

Uitleg van de reden van het bezoek, hoe reageert cliënt hierop?	
Stel vragen met betrekking tot het actuele verblijf e/o de zorg	

Stap D, nog enkele praktische punten:

Controleer of cliënt kan lezen	
Controleer of cliënt kan schrijven	
Controleer of cliënt kan rekenen	

Conclusie:



Opname op gesloten woongroep

Bijlage 8.

Betreft: Opname op gesloten woongroep

Geachte vertegenwoordiger en familie,

Uw partner/familielid is opgenomen op een gesloten woongroep van Avoord Zorg en Wonen. Voor deze opname is toestemming nodig van de BOPZ-indicatiecommissie of van de rechter. (BOPZ = Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen).

In overleg met u wordt bekeken in hoeverre uw partner nog in staat is om voor zijn of haar belangen op te komen. Indien dit nog maar beperkt mogelijk is, treedt één van de familieleden op als eerste vertegenwoordiger. De eerste vertegenwoordiger wordt in principe bij alle te nemen besluiten over de behandeling betrokken. Om vast te stellen wie van U eerste vertegenwoordiger wordt, nodigen wij U uit dit met ons te bespreken in een eerste zogenaamd “BOPZ-gesprek”. Wanneer U later een andere eerste vertegenwoordiger wilt aanstellen, dient u dit te bespreken met de behandelend arts van de locatie waar uw partner/familielid is opgenomen.

Medicijngebruik

Cliënten hebben regelmatig medicijnen nodig. Formeel moet de eerste vertegenwoordiger hier vooraf toestemming voor geven. In de praktijk kan dit problemen opleveren, bijvoorbeeld ‘s nachts.

Om dit probleem te omzeilen kan de eerste vertegenwoordiger toestemming geven om in voorkomend geval pas achteraf geïnformeerd te worden over de medicatietoediening. Bij belangrijke medicatiewijzigingen wordt de eerste vertegenwoordiger zo snel mogelijk door een van de medewerkers geïnformeerd.

Indien medicatie niet gemakkelijk kan worden ingenomen, wordt deze meestal met wat vla of moes gegeven. We gaan er van uit dat u geen bezwaar heeft tegen deze toedieningsvorm. Mocht u daartegen wel bezwaar hebben, dan wordt dit tijdens het eerste gesprek vastgelegd.

Soms is het nodig om medicatie te geven die sufheid kan veroorzaken of dat wij andere vrijheidsbeperkende/beschermende maatregelen moeten toepassen. Ook hiervoor is toestemming van de vertegenwoordiger vereist. In noodgevallen kan daar pas achteraf om gevraagd worden. Als de cliënt verzet toont tegen de maatregel wordt deze gestopt, tenzij er sprake is van onacceptabel gevaar. Indien de vertegenwoordiger bezwaar maakt, wordt de maatregel zo mogelijk gestaakt en wordt de vertegenwoordiger uitgenodigd voor een gesprek. Als wij als behandelteam van mening zijn dat een maatregel noodzakelijk is, maar u blijft daar bezwaar tegen hebben, dan wordt de maatregel gecontinueerd en kunt u zich wenden tot de BOPZ-klachtencommissie (onderdeel van de regionale klachtencommissie in Breda).

Specialistische hulp of ziekenhuisopname

Het kan voorkomen dat specialistische zorg nodig is (poliklinisch bezoek aan specialist, opname in ziekenhuis). Het is daarom noodzakelijk dat u de ziektekostenverzekering van uw partner of familielid aanhoudt. Een basispakket is voldoende. Bij spoedopnames wordt u telefonisch ingelicht over de overplaatsing naar het ziekenhuis.

Kan met een opname gewacht worden, dan wordt u uitgenodigd voor een gesprek op korte termijn, waarin de voor- en nadelen van medisch ingrijpen worden besproken alvorens een beslissing te nemen.

Eten en drinken

Uit ervaring blijkt dat dementerende cliënten in het algemeen zelf aan kunnen geven wat en hoeveel ze willen eten en drinken. Het beleid van Avoord Zorg en Wonen bij weigeren van eten en/of drinken is als volgt:

1. Accepteren, maar blijven aanbieden.
2. Overleg met familie over hoe verder.
3. In principe geen eten en drinken onder dwang.
4. In principe geen sonde of infuus.

Reanimatie

Bij een acute hartstilstand wordt een dementerende cliënt niet gereanimeerd omdat dit vrijwel altijd leidt tot een zeer slechte geestelijke en lichamelijke gesteldheid als de reanimatie slaagt. Met een levenstestament of euthanasieverklaring wordt rekening gehouden bij het eventueel starten of stoppen van een behandeling of preventieve maatregel. Ook zijn wij verplicht om te registreren of uw partner/familielid ingeschreven staat in het donorregister.

Voortgang

Tijdens het eerste BOPZ-gesprek worden met de vertegenwoordiger bovenstaande onderwerpen doorgenomen en vastgelegd op een zogenaamd “Zorgregistratieformulier”. Dit formulier wordt ondertekend door de vertegenwoordiger en de behandelend arts. U ontvangt hiervan een kopie.

Na dit gesprek volgt na ongeveer zes weken een multidisciplinair overleg (MDO) waarvoor u tijdig wordt uitgenodigd. Het door ons opgestelde zorgleefplan wordt dan besproken en geaccordeerd.

Tijdens het verdere verblijf van uw partner/familielid op de afdeling wordt u door de medewerkers zoveel mogelijk op de hoogte gehouden van eventuele ontwikkelingen. Bij ernstige problemen zullen wij u uitnodigen voor een gesprek. Uiteraard kunt u ook zelf een gesprek met de medewerkers of de behandelend arts aanvragen.

Namens verzorging en artsen,

M.W.F. van Leen,
Specialist ouderengeneeskunde
BOPZ-arts



Avoord Zorg en Wonen

zorgregistratieformulier psychogetrie

In te vullen tijdens 1^{ste} BOPZ gesprek

Naam:

Geboortedatum:

Afdeling:

BOPZ-status:

Wilsbekwaam:

JA / NEE / Partieel

Bij gedeeltelijk bekwaam voor in/uitbed gaan, eten/drinken, wassen/aankleden en deelname aan verenigingen

Vertegenwoordiger bij wilsonbekwaamheid:

JA / NEE.

Naam:

(Curator / mentor / gemachtigde / partner / kind / overig)

Donorcodicil:

JA / NEE.

Zo ja voor:

Zo nee: beslissing tot donatie door familie:

JA / NEE.

Levenstestament:

JA / NEE.

Modeling geuite wensen:

Euthanasie verklaring:

JA / NEE.

Reanimatie verzoek:

JA / NEE.

(Niet van toepassing voor wilsonbekwame patiënt).

Ziekenhuisopname:

JA / NEE.

Zo ja: in welk ziekenhuis

Amphia Breda/Franciscus Roosendaal

Zo ja: Altijd bij:

Na overleg bij:

Afspraken:**Akkoord**

- | | |
|--|----------|
| 1. Medicatiewijzigingen mogen achteraf worden gemeld | JA / NEE |
| 2. Medicatie mag gecamoufleerd worden gegeven | JA / NEE |
| 3. Start middel of maatregel mag achteraf worden gemeld | JA / NEE |
| 4. Bij ernstige complicaties wordt zo mogelijk overleg gepleegd vóór starten behandeling | JA / NEE |
| 5. Bij weigeren eten / drinken wordt geen sonde / infuus geplaatst | JA / NEE |

Behandelbeleidsafspraken:

- | | |
|--|--------|
| 1. Actief beleid inclusief ziekenhuisopname
Zo nee: | JA/NEE |
| 2. Actief beleid alleen in woonzorgcentrum | JA/NEE |
| 3. Zeer terughoudend beleid in woonzorgcentrum | JA/NEE |
| 4. Abstinerend beleid in woonzorgcentrum | JA/NEE |

Overige afspraken:

Gesprek met cliënt / vertegenwoordiger d.d.:

Handtekening
Afdelingsarts

Handtekening
Cliënt / vertegenwoordiger

- Dit formulier mag uitsluitend door arts worden ingevuld
- Wijzigingen worden op een nieuw formulier vermeld waarna dit exemplaar vervalt
- Origineel opbergen in medisch dossier, kopie in zorgleefplan cliënt, kopie naar cliënt/vertegenwoordiger



Vrijheidsbeperking in het kader van de wet BOPZ

Bijlage 9.

1.0 Inleiding

Op 17 januari 1994 is de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) van kracht geworden. Anders dan de naam doet vermoeden geldt deze wet niet alleen voor psychiatrische ziekenhuizen, maar ook voor instellingen voor verstandelijk gehandicapten en voor psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen.

De intentie van de wet is de rechtspositie te versterken van cliënten die niet vrijwillig worden opgenomen. Deze groep van cliënten verkeert vaak in een extra kwetsbare en afhankelijke positie. Doel van de Wet BOPZ is het recht op zelfbeschikking zo veel mogelijk te waarborgen.

De Wet BOPZ heeft allerlei gevolgen voor de gang van zaken op de psychogeriatrische woongroepen. Een van deze gevolgen betreft de toepassing van middelen of maatregelen. Daarvoor dient in het woonzorgcentrum protocollering aanwezig te zijn. Deze bijlage bevat informatie die bij de opstelling daarvan behulpzaam kan zijn.

2.0 Welke middelen en maatregelen zijn toegestaan?

Welke middelen en maatregelen (M en M) zijn volgens de Wet BOPZ op de psychogeriatrische woongroep toegestaan?

Afsluiten woning/ woonetage

Onder afsluiten wordt verstaan het toepassen van sloten op deuren, die niet zelfstandig geopend kunnen worden.

Fixatie

Fixatie betekent het op enigerlei wijze beperken van de cliënt in zijn bewegingsmogelijkheden. In onze instelling worden onder andere de volgende maatregelen toegepast: tafelblad, onrustband aan bed of stoel, diepe stoel, bedhekken en verpleegdekken. Binnen Avoord wordt een Zweedse band niet toegepast en er is dus ook geen protocol meer opgenomen in deze nota.

Medicatie

Hieronder wordt verstaan het toedienen van geneesmiddelen. (let hier op het woord “toedienen”. Dit betekent: ervoor zorgen dat de persoon de medicijnen inneemt.) Bij opname vragen wij of medicatie, indien nodig, gegeven mag worden in vla of appelmoes. Als er geen achterdocht is of verzet tegen inname, wordt dit niet geregistreerd als M&M in zorgleefplan.

Toedienen van vocht of voeding

Het toedienen van vocht of voeding middels bijvoorbeeld hypodermoclyse, sondevoeding of infusie. Binnen Avoord kan dat alleen vrijwillig conform het zorgleefplan.

Binnen Avoord wordt toediening van vocht en/of voeding onder dwang niet toegepast en er is dus ook geen protocol meer opgenomen in deze nota.

Toepassen van domotica

Het inzetten van middelen als een polsband ten behoeve van dwaaldetectie en sensoren.

Daarnaast geldt als algemeen beleid dat psychogeriatrische cliënten op een gesloten woongroep verblijven. Dit laatste valt ook onder deze regeling. Bij verzet van cliënt tegen de gesloten deur moet beoordeeld worden of ontsluiting hiervan verantwoord is

3.0 M en M-zorgleefplan, M en M-nood en M en M-dwang

Middelen en maatregelen kunnen in verschillende situaties worden toegepast: M en M als onderdeel van het zorgleefplan en M en M in noodsituaties. Daarnaast kan er sprake zijn van zogeheten dwangbehandeling. We spreken dan van M en M-dwang.

M en M als onderdeel van het zorgleefplan

Middelen of maatregelen kunnen worden toegepast in het kader van het zorgleefplan van de cliënt. In dit geval hebben de M en M een duidelijk behandelings- of therapeutisch doel. Deze behandelmiddelen en behandelmaatregelen moeten worden opgenomen in het zorgleefplan en moeten in een multidisciplinair overleg regelmatig worden geëvalueerd. Dit om te voorkomen dat ze langer worden toegepast dan strikt noodzakelijk is. De Wet BOPZ stelt dat er overeenstemming moet zijn met de cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger over het zorgleefplan. We spreken in dit geval van M en M-zorgleefplan of M en M-akkoord.

M en M in noodsituaties

Daarnaast kunnen M en M ook worden toegepast in noodsituaties. We spreken van een noodsituatie als:

- er sprake is van een gevaarlijke situatie waarin acuut ingrijpen is vereist;
- die door de cliënt wordt veroorzaakt als gevolg van zijn ziekte;
- die niet is voorzien in het zorgleefplan (of bij afwezigheid van een dergelijk plan).

Wat precies een gevaarlijke situatie is, wordt in de wet niet verder omschreven. Wel zegt de wet iets over ernstig gevaar: “hiervan is in elk geval sprake bij een zeer grote kans op levensgevaar of ernstige aantasting van de lichamelijke en geestelijke integriteit van de cliënt of van anderen”.

Een noodsituatie is altijd tijdelijk. Noodmiddelen en -maatregelen mogen daarom niet langer dan zeven achtereenvolgende dagen worden toegepast. In die tijd moeten het zorgleefplan zo nodig worden bijgesteld. Dit kan betekenen dat de betreffende noodmaatregel wordt opgenomen in het zorgleefplan. Vanaf dat moment geldt de betreffende maatregel niet langer als noodmaatregel, maar als behandelmaatregel.

De behandelend specialist ouderengeneeskunde beslist over de toepassing van noodmaatregelen en -middelen. Noodmaatregelen en -middelen moeten geregistreerd worden en gemeld worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarnaast moeten de volgende personen op de hoogte worden gesteld:

- de wettelijke vertegenwoordiger (curator of mentor);
- de partner van de cliënt;
- de naaste (familie)betrekkingen (eerste en tweede contactpersoon).

Dwangbehandeling

Het kan zijn dat er geen overeenstemming is met de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) over de behandeling. Het kan ook gebeuren dat er weliswaar overeenstemming is met de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) over de behandeling, maar dat de cliënt zich tegen de uitvoering van een bepaalde behandeling verzet. In zulke gevallen mag in principe geen behandeling plaatsvinden, tenzij de behandelend specialist ouderengeneeskunde dit volstrekt noodzakelijk vindt om ernstig gevaar voor de cliënt of anderen te voorkomen. In zo'n geval is er sprake van behandeling zonder toestemming of bij verzet. We spreken dan kortweg van dwangbehandeling. Ook bij dwangbehandeling moeten de partner van de cliënt, de wettelijke vertegenwoordiger, de naaste (familie)betrekkingen (eerste en tweede contactpersoon) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg zo spoedig mogelijk op de hoogte worden gebracht.

4.0 Richtlijnen voor het toepassen van middelen en maatregelen

Hieronder volgt een aantal richtlijnen voor het toepassen van Middelen en Maatregelen.

- M en M moeten altijd zorgvuldig worden overwogen en mogen alleen worden toegepast als alle andere mogelijkheden ten aanzien van een verantwoorde begeleiding, verzorging, verpleging en behandeling zijn uitgesloten. Ter toetsing is als addendum bij deze bijlage een lijst met zorgveiligheidseisen opgenomen. Om te kunnen starten met een vrijheidsbeperkende maatregel dienen eerst alle alternatieve mogelijkheden geprobeerd te zijn.
- De beslissingsbevoegdheid over de toepassing van M en M ligt bij de behandelend specialist ouderengeneeskunde. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij de zoco (of diens waarnemer).
- Middelen en maatregelen moeten zo veel mogelijk worden opgenomen in het zorgleefplan. Het zorgleefplan wordt regelmatig besproken met de cliënt en diens familie.
- In noodsituaties moet degene die daarmee het eerst wordt geconfronteerd de nodige maatregelen nemen om het gevaar te beperken of af te wenden. De behandelend specialist ouderengeneeskunde moet zo snel mogelijk op de hoogte worden gebracht en de verantwoordelijkheid voor de beslissingen overnemen.
- Noodmiddelen en -maatregelen mogen nooit langer dan zeven dagen achtereen worden toegepast. In die tijd moet het zorgleefplan worden aangepast.
- In geval van M en M-nood en M en M-dwang moet de vertegenwoordiger direct geïnformeerd worden. Dit is de taak van de zoco/contactverzorgende en/of hun waarnemers. In noodsituaties kan het zinvol zijn als de behandelend specialist ouderengeneeskunde de familie informeert.
- Bij toepassing van M en M moeten per middel/maatregel altijd de betreffende instructies en aandachtspunten nauwgezet worden opgevolgd. (Deze instructies per M en M dienen bij voorkeur ook schriftelijk te zijn vastgelegd.)
- Alle M en M moeten regelmatig op hun juiste toepassing en mogelijke defecten worden gecontroleerd. Daarbij moet zorgvuldig gelet worden op mogelijke complicaties zoals huidletsel, ademhalingsproblemen en verzet.
- Ten aanzien van de controle gelden de volgende afspraken:

Fixatie:

Overdag (tot 24.00 uur) controle elk half uur door de verzorgende; 's nachts (24.00-06.00 uur) ten minste elke twee uur.

Hypodermoclyse:

Elk half uur door een verzorgende niveau 3.

Medicatie:

Controle dat de juiste persoon de juiste medicijnen krijgt en inneemt door de verzorgende die verantwoordelijk is voor het ronddelen van de medicijnen.

- Cliënten bij wie M en M worden toegepast worden extra geobserveerd. Dit gebeurt door de verzorgende. Bij elke wisseling van dienst wordt hiervan verslag gedaan in het zorgdossier.
- Alle M en M worden geregistreerd op de woongroep. Dit gebeurt in het zorgleefplan.
- Alle M en M-mutaties worden gemeld en besproken in een multidisciplinair overleg.
- M en M als onderdeel van het zorgleefplan worden eenmaal per twee maanden of zoveel vaker als geïndiceerd, geëvalueerd tijdens een multidisciplinair overleg om te bezien of de situatie van de cliënt is gewijzigd en het beleid aangepast moet worden.

Welke M en M worden er toe gepast en volgens welk protocol?

1.0 Keuze

Uitgangspunten om te komen tot een keuze:

1. er is geen alternatief
2. de cliënt ondervindt zo min mogelijk hinder van de maatregel
3. er wordt een zo licht mogelijke maatregel toegepast
4. wordt alleen toegepast op momenten dat het echt niet anders kan

2.0 Soorten

Echte vrijheidsbeperking:

1. gesloten bedhekken
2. gedeelde bedhekken, al dan niet met tussenstuk
3. verpleegdeken
4. 4-puntsstoelgordel
5. gefixeerd (rol)stoelblad/klemzetten stoel onder tafel

Overige maatregelen

1. pluk/incontinentiepak
2. handbeschermer
3. toiletbeugel
4. medicatietoediening

Werkwijze bij inzetten vrijheidbeperkende maatregel

1. medewerker signaleert een gevaarsituatie en vermeldt deze in het zorgleefplan
2. medewerker meldt dit aan zorgcoördinator of verantwoordelijk leidinggevende
3. zorgcoördinator bespreekt probleem met behandelend specialist ouderengeneeskunde
4. als stap 1 worden alle alternatieve maatregelen besproken en deze worden door de specialist ouderengeneeskunde in rapportage BOPZ vastgelegd
5. behandelend specialist ouderengeneeskunde toetst probleem aan besluitboom
6. behandelend specialist ouderengeneeskunde besluit tot inzetten maatregel
7. zorgcoördinator bespreekt besluit met (wettelijk) vertegenwoordiger
8. als deze akkoord is, wordt maatregel toegepast
9. tijdens eerste 7 dagen wordt dagelijks in de rapportage in ECD (kernwoord BOPZ) geregistreerd of er sprake is van verzet
10. zo ja dan wordt gehandeld volgens het betreffende protocol
11. zo nee dan controleert de specialist ouderengeneeskunde of er correct is gerapporteerd in ECD
12. zo nee dan wordt de maatregel gestopt of vindt er een verlenging van de observatie met 7 dagen plaats waarin correct dient te worden gerapporteerd
13. bij correcte rapportage (na 1^{ste} of 2^{de} periode van 7 dagen) wordt de maatregel opgenomen in het zorgleefplan

14. iedere 2 maanden wordt de maatregel geëvalueerd aan de hand van de rapportage met de Zorgcoördinator

Bij verzet en noodzaak tot handhaven maatregel

1. verzet moet nadrukkelijk in de voortgangsrapportage worden vermeld door de Zorgcoördinator en gemeld worden bij de behandelend specialist ouderengeneeskunde
2. bij noodzaak tot handhaving wordt de maatregel een dwangmaatregel
3. éénmaal per 14 dagen wordt aan de hand van de rapportage door de behandelend specialist ouderengeneeskunde beoordeeld of de maatregel nog steeds op verzet stuit
4. bij blijvend verzet blijft de maatregel een dwangmaatregel, is er geen verzet meer, dan wordt hij alsnog opgenomen als M en M-akkoord in het zorgleefplan.

Buiten kantooruren

1. zo mogelijk wordt de maatregel uitgesteld totdat de specialist ouderengeneeskunde weer aanwezig is
2. 's avonds laat en 's nachts wordt dienstdoend specialist ouderengeneeskunde geraadpleegd die voor 24 uur de maatregel afspreekt
3. contactverzorgende of zorgcoördinator neemt volgende dag contact op met behandelend specialist ouderengeneeskunde teneinde verder beleid af te spreken.

Typen toepassingen van Middelen en Maatregelen bij onvrijwillig opgenomen cliënten

Protocol heupgordel in (rol)stoel

Het betreft altijd een 4-punt heupgordel, Zweedse band nooit toegestaan!

Bij welke problemen wordt dit middel toegepast:

- Valgevaar als gevolg van:
 - verminderde mobiliteit
 - oververmoeidheid door bewegingsonrust
- Gevaar op ondervoeding als gevolg van bewegingsonrust.
- Agressie naar anderen of materiële zaken.
- Toepassing vindt plaats wanneer stoelblad niet voldoende of niet geschikt is.

Doel van dit middel:

- Voorkomen van opstaan.
- Rust bieden/afdwingen.
- Bescherming van anderen of materiaal.

Waar moet het middel aan voldoen:

- Na het aanbrengen moet band comfortabel zitten.
- Is breed inzetbaar bij verschillende (rol)stoelen:
 - lange uiteinden
 - lengte van de band moet door middel van sluiting variabel zijn
- De band moet veilig zijn.
- De band moet visueel acceptabel zijn.
- De band moet schoon en goed te reinigen zijn.

Toepassing van dit middel:

- Controle of het materiaal compleet en niet stuk is en of het goed aan de (rol)stoel bevestigd is.
- Cliënt goed rechtop laten zitten.
- Band bevestigen voor de buik van de cliënt.
- Band laten aansluiten tegen het lichaam, maar niet knellend. Een vlakke hand moet er net tussen kunnen.
- Dagelijks controle op reacties van cliënt op bewegingsbeperking en desgevraagd dagelijks rapportage.

Wie mag het middel aandoen:

- Medewerkers vanaf niveau 3

Waar wordt het middel (fixatieband) opgeslagen:

- Het middel zit vast aan de rolstoel. Indien dit niet het geval is dient de ergotherapie ingeschakeld te worden. Zij kunnen hiervoor zorgen.

Wanneer is er sprake van verzet:

Onder verzet wordt verstaan:

1. Proberen band los te maken.
2. Proberen er tussen uit te komen.
3. Constant schudden met de hele rolstoel

Bij verzet moet de maatregel **direct** worden gestopt en dient er **direct** overleg plaats te vinden met (dienstdoend) specialist ouderengeneeskunde.

Wie mag maatregel goedkeuren

- Alleen de BOPZ-arts of bij zijn afwezigheid de waarnemend BOPZ-arts mag toestemming geven tot het inzetten van een 4-puntheupgordel

Protocol (rol)stoel met blad

Bij welke problemen wordt dit middel toegepast:

- Valgevaar als gevolg van:
 - verminderde mobiliteit
 - oververmoeidheid door bewegingsonrust
- Gevaar voor ondervoeding als gevolg van bewegingsonrust.
- Aggressie naar anderen of materiële zaken.

Doel van dit middel:

- Voorkomen van opstaan.
- Rust bieden c.q. afdwingen.
- Bescherming van derden of materiaal.

Waar moet het middel aan voldoen:

- Het bevat geen scherpe randen.
- Het moet soepel schuifbaar zijn.
- Het blad bij is bij voorkeur van plexiglas.
- Het blad is eenvoudig aan te brengen.
- Het blad dient niet door de cliënt verwijderd te kunnen worden.
- Het blad wordt vastgezet met behulp van een dopsleutel.
- Het blad is goed schoon te maken. (voedselresten)
- Het blad is niet hoger dan de aanwezige tafel.
- Het blad is voorzien van eventueel extra bescherming voor de ellebogen.

Toepassing van dit middel:

- Het blad mag niet defect zijn.
 - Het aanbrengen gaat als volgt:
 - De cliënt rechtop laten zitten
 - Blad moet aansluiten op het lichaam, echter er moet een opening zijn ter grootte van een vuist
 - Controleer dat het blad goed is vergrendeld
 - Houdt toezicht op een juiste houding
 - Observeer op de bewegingsbeperking

Wie mogen het middel aanbrengen:

- Medewerkers vanaf niveau 2 of door anderen onder verantwoordelijkheid van medewerkers vanaf niveau 2.

Waar wordt het middel bewaard:

- Wanneer niet in gebruik bij de ergotherapie.
- Wanneer in gebruik op de (rol)stoel.
- Bij een (tijdelijke) verplaatsing op een veilige plaats in de buurt van de (rol)stoel.

Wanneer is er sprake van verzet:

1. Trachten uit de stoel te komen.
2. Steeds roepen om hulp om uit de stoel te komen.
3. Constant rammelen aan de stoel.
4. Proberen het blad te verwijderen.

Bij verzet mag de maatregel alleen worden gecontinueerd als de behandelend specialist ouderengeneeskunde of zijn waarnemer dit strikt noodzakelijk vindt.

NB: als men een (rol)stoel onder een tafel zet of de kantelverstelling van een rolstoel zodanig zet dat de cliënt niet zelfstandig zich kan verplaatsen en het doel dus is gaan staan voorkomen, rust bieden of bescherming van derden/omgeving is bovenstaand protocol ook van toepassing!

Addendum:

Zorgvuldigheidseisen bij toepassen van Middelen en Maatregelen onder de Wet BOPZ

Algemeen:

De Wet BOPZ moet begrepen worden naar de intentie die de wet heeft: het beschermen van de (bewegings)vrijheid van de cliënt door het formuleren van procedures en regels waaraan voldaan moet worden wil een zorgverlener kunnen ingrijpen in die vrijheid. Om de wet in de praktijk operationeel te maken zijn er zorgvuldigheidseisen geformuleerd. Deze hebben de vorm van een vragenlijst die de verantwoordelijke specialist ouderengeneeskunde moet kunnen beantwoorden als hij tot toepassing van Middelen en Maatregelen wil overgaan of is overgegaan.

Binnen Avoord streven we naar een zo beperkt mogelijk inzetten van M en M's.

Probleemverkenning

1. Wat is de aard van het probleem?
2. Voor wie is dit een probleem?
 - 2.1. Waarom is dit een probleem voor deze persoon?
 - 2.2. Kan (voor) deze persoon zelf een oplossing realiseren (gerealiseerd worden)?
3. Wanneer treedt het probleem op (situatie, tijd, plaats)?
 - 3.1. Is geprobeerd hierin op een andere wijze verandering aan te brengen en wat was hiervan het resultaat?
4. Hoe vaak treedt het probleem op?

II. Gevaar en verzet

Wat is de aard van het probleem?

5. Is er sprake van gevaar?
 - 5.1. Wat is het gevaar (nauwkeurig omschrijven)?
 - 5.2. Is er een schatting hoe reëel het gevaar is?
6. Is er sprake van bezwaar/verzet tegen noodzakelijk geacht zorg?
 - 6.1. Brengt dit bezwaar/verzet gevaar met zich mee voor de cliënt of anderen?

III. Overleg

7. Met welke disciplines is overleg geweest rond het probleem?
8. Zijn er in dit overleg alternatieve oplossingen bedacht en zo ja, welke?
9. Wat was het resultaat van de voorgestelde oplossingen; waarom zijn deze niet afdoende?
10. Is er een gemeenschappelijke opvatting over de noodzaak tot toepassing van M en M?

IV. Maatregelen en middelen

11. Welke (vrijheidsbeperkende) maatregel worden (door het team) overwogen?
12. Welke middel is (door het team) gekozen om dit te bereiken?
13. Wat zijn de bezwaren en risico's van dit middel als het toepast wordt bij deze cliënt?
14. Is gericht omschreven in welke situatie en voor hoe lang het middel mag worden toegepast?
15. Wat is de evaluatietermijn?

V. Communicatie met de cliënt/vertegenwoordiger?

16. Is de vertegenwoordiger op de hoogte van het bestaan van het probleem?
17. Stemt de vertegenwoordiger in met de toepassing van het middel en maatregel?
 - 17.1. Zo nee, is er door de vertegenwoordiger een toepasbaar alternatief benoemd?
 - 17.2. Is het volgens de mening van de vertegenwoordiger in strijd met de opvatting van goed hulpverlenerschap?
 - 17.3. Accepteert de vertegenwoordiger ook de mogelijke schade die het niet toepassen van de middel en maatregel kan veroorzaken?

VI. Uitvoering en evaluatie

18. Is de toepassing van de M en M voldoende uitgelegd (schriftelijk ondersteund) om een veilig gebruik zoveel mogelijk te garanderen?
19. Is de noodzaak overwogen de Inspectie voor de Gezondheidszorg in kennis te stellen van het toepassen van de maatregel?
20. Zijn er afspraken gemaakt over de observatie van het resultaat van de inzet van de middel en maatregel, inclusief de reactie van de cliënt hierop?

Protocol gesloten bedhekken

Bij welke problemen wordt dit middel toegepast:
--

- Valgevaar als gevolg van verminderde mobiliteit.
- Gevaar dat de cliënt uit bed valt als gevolg van bijv. onrustig slapen.
- Frequent vallen overdag.
- Dreigend valgevaar.
- Status na amputatie.
- Status na CVA met hemiplegie

Doel van dit middel:

- Het voorkomen van uit bed gaan waardoor valgevaar ontstaat.
- Het voorkomen van uit bed vallen.

Waar moet dit middel aan voldoen:

- Het middel moet compleet zijn.
- Het moet zonder veel lichamelijke kracht in en buiten werking gesteld kunnen worden.
- De vergrendeling mag niet door de cliënt buiten werking gesteld kunnen worden.
- Het mag geen onderdelen bevatten waar de cliënt of de medewerker zich aan kan verwonden of bezeren.
- Het moet gemakkelijk te reinigen zijn.

Toepassing van dit middel:

- De hekken moeten in de hoogste stand gebracht worden.
- Daarna moet het bed in de laagste stand gezet worden.
- Controle op:
 - vergrendeling moet werken.
 - voorkomen dat materiaal tussen de hekken komt.
 - cliënt moet vrij van de hekken liggen.
- Wanneer cliënt extremiteiten door de hekken steekt en/of klemt of hiertoe in staat moet worden geacht, dient aanvullende bescherming gebruikt te worden. Deze bescherming bestaat uit bedschotten of -hoezen.
- Tijdens de toepassing dient controle plaats te vinden tijdens de gebruikelijke controlerondes.

Het omhoog zetten van één hek is geen vrijheidsberovende maatregel!

Wie mogen het middel in werking stellen:

- Medewerkers vanaf niveau 2 of door anderen onder verantwoordelijkheid van medewerkers vanaf niveau 2.

Wanneer is er sprake van verzet:

Als een van de volgende situaties zich voordoet is er sprake van verzet:

1. Met de benen over of door het bedhek.
2. Tracht het bedhek te verwijderen.
3. Constant rammelen aan het bedhek.
4. Roepen om er uitgehaald te worden.

Als er verzet is, moet de (dienstdoend) specialist ouderengeneeskunde beoordelen of de maatregel gehandhaafd mag worden.

Protocol open bedhekken

Dit protocol is van kracht bij het gebruik van de Völker-bedden.

Het is toegestaan om de hekken aan weerszijde van het hoofdeind omhoog te zetten, aangezien hierdoor de vrijheid niet beperkt wordt. Zodra het wenselijk is om de hekken bij het voeteneinde omhoog te zetten, eventueel in combinatie met een tussenstuk, dient dit protocol gevolgd te worden.

Bij welke problemen wordt dit middel toegepast:

- Valgevaar als gevolg van verminderde mobiliteit.
- Gevaar dat de cliënt uit bed valt als gevolg van bijv. onrustig slapen.
- Frequent vallen overdag.
- Dreigend valgevaar.
- Status na amputatie.
- Status na CVA met hemiplegie

Doel van dit middel:

- Het voorkomen van uit bed gaan waardoor valgevaar ontstaat.
- Het voorkomen van uit bed vallen.

Waar moet dit middel aan voldoen:

- Het middel moet compleet zijn.
- Het moet zonder veel lichamelijke kracht in en buiten werking gesteld kunnen worden.
- De vergrendeling mag niet door de cliënt buiten werking gesteld kunnen worden.
- Het mag geen onderdelen bevatten waar de cliënt of de medewerker zich aan kan verwonden of bezeren.
- Het moet gemakkelijk te reinigen zijn.

Toepassing van dit middel:

- De hekken moeten in de hoogste stand gebracht worden.
- Daarna moet het bed in de laagste stand gezet worden.
- Controle op:
 - vergrendeling moet werken.
 - voorkomen dat materiaal tussen de hekken komt.
 - cliënt moet vrij van de hekken liggen.
- Wanneer cliënt extremiteiten door de hekken steekt en/of klemt of hiertoe in staat moet worden geacht, dient aanvullende bescherming gebruikt te worden. Deze bescherming bestaat uit bedschotten of - hoezen.
- Tijdens de toepassing dient controle plaats te vinden tijdens de gebruikelijke controlerondes.

Wie mogen het middel in werking stellen:

- Medewerkers vanaf niveau 2 of door anderen onder verantwoordelijkheid van medewerkers vanaf niveau 2.

Wanneer is er sprake van verzet:

Als een van de volgende situaties zich voordoet is er sprake van verzet:

5. Met de benen over of door het bedhek.
6. Tracht het bedhek te verwijderen.
7. Constant rammelen aan het bedhek.

8. Roepen om er uitgehaald te worden.

Als er verzet is, moet de (dienstdoend) specialist ouderengeneeskunde beoordelen of de maatregel gehandhaafd mag worden.

Protocol toiletbeugels/ posttoelbeugels

Eigenlijk is dit geen echte vrijheidsbeperking aangezien de cliënt de beugels zelf omhoog kan doen

Bij welke problemen wordt dit middel toegepast:

- Valgevaar als gevolg van verminderde mobiliteit.
- Gevaar dat de cliënt van toilet valt.
- Frequent vallen overdag.
- Dreigend valgevaar.
- Status na amputatie.
- Status na CVA met hemiplegie

Doel van dit middel:

- Het voorkomen van het toilet vallen bij niet nabij toezicht.

Waar moet dit middel aan voldoen:

- Het middel moet compleet zijn.
- Het moet zonder veel lichamelijke kracht in en buiten werking gesteld kunnen worden.
- Het mag geen onderdelen bevatten waar de cliënt of de medewerker zich aan kan verwonden of bezeren.
- Het moet gemakkelijk te reinigen zijn.

Toepassing van dit middel:

- Controle op:
 - voorkomen dat materiaal tussen de beugels komt.
 - Cliënt moet vrij van de beugels zitten.

Wie mogen het middel in werking stellen:

- Medewerkers vanaf niveau 2 of door anderen onder verantwoordelijkheid van medewerkers vanaf niveau 2.

Wanneer is er sprake van verzet:

Als een van de volgende situaties zich voordoet is er sprake van verzet:

1. Tracht de beugel te verwijderen.
2. Constant rammelen aan de beugels.
3. Roepen om er uitgehaald te worden.

Protocol handbeschermers

Bij welke problemen wordt dit middel toegepast:

- Frequent krabben waarbij infecties of huidletsel kunnen optreden bij zichzelf of bij anderen.
- Frequent smeren (voedsel, faeces) waarbij infecties of huidletsel kunnen optreden of in situaties waarin een bepaalde mate van hygiëne noodzakelijk is.
- Gevaar voor zelfverwonding of verwonding van anderen.

Doel van dit middel:

- Voorkomen van huidletsel, infecties en verwondingen bij zichzelf of anderen.

Waar moet het middel aan voldoen:

- Het moet bestaan uit zacht materiaal.
- Het moet groot genoeg zijn, zodat vingers gestrekt kunnen worden.
- In principe worden washandjes of katoenen handschoenen gebruikt.
- Het klittenband mag niet versleten zijn.
- Middel moet schoon zijn, dus dagelijks verschoenen.
- Het is afdelingseigendom (eventueel nummeren).

Toepassing van dit middel:

- Controleer of aan eisen voor het middel is voldaan.
- Aanbrengen met klittenband of micropor, waarbij voorkomen wordt dat afklemming optreedt.
- Letten op goede nagelverzorging (kort houden).

Wie mogen het middel aanbrengen:

- Medewerkers vanaf niveau 2 of door anderen onder verantwoordelijkheid van medewerkers vanaf niveau 2.

Waar wordt het middel bewaard:

- Wanneer het middel wordt gebruikt in de kast van de cliënt.
- Niet gebruikte middelen bij de ergotherapie of in de linnenkamer (washandjes).

Wanneer is er sprake van verzet:

Er is sprake van verzet bij:

1. Tracht hulpmiddel te verwijderen.
2. Steeds vragen om hulpmiddel te verwijderen.

Bij verzet moet de maatregel altijd worden gestopt. Een dwangmaatregel is niet mogelijk.

Protocol hansop/ jumpsuit/ plukpak

Bij welke problemen wordt dit middel toegepast:

- Frequent krabben waarbij infecties of huidletsel kunnen optreden.
- Frequent smeren met voedsel of faeces waarbij infecties of huidletsel kunnen optreden of in situaties waarin een bepaalde mate van hygiëne gewenst is.
- Gevaar voor afkoeling door bloot in bed liggen of uitkleden.

Doel van dit middel:

- Voorkomen van infecties of letsel door krabben of smeren.
- Voorkomen van afkoelen van het lichaam.

Waar moet het middel aan voldoen:

- Het moet de juiste lichaamsmaat hebben.
- Het moet vocht kunnen opnemen.
- Het moet rekbaar materiaal zijn.
- De ritssluiting dient niet door cliënt geopend te kunnen worden.
- Het moet voorzien zijn van een stevige ritssluiting aan de achterzijde.
- Het moet bestand zijn tegen frequent wassen.

Toepassing van dit middel:

- Controle of het materiaal niet defect is. (pak bestaat uit één geheel)
- Houdt bij incontinentie cliënten rekening met het juiste incontinentiesysteem
- De ritssluiting dient volledig gesloten te zijn
- Ga na of de cliënt zich nog goed kan bewegen
- Bij continu gebruik dient hansop minimaal twee maal per week in de was gedaan te worden.

Wie mogen het middel aandoen:

- Medewerkers vanaf niveau 2 of door anderen onder verantwoordelijkheid van medewerkers vanaf niveau 2.

Waar wordt het middel bewaard:

- Wanneer in gebruik bij de cliënt in de kast.
- Wanneer niet in gebruik in de linnenkamer/berging woongroep.

Wanneer is er sprake van verzet:

Er is sprake van verzet bij:

1. Duidelijke tegenwerking bij het aantrekken.
2. Kapotscheuren van het pak.

Bij verzet moet de maatregel altijd worden gestopt. Een dwangmaatregel is niet mogelijk.

Protocol medicatietoediening onder dwang

Bij welke problemen wordt dit middel toegepast:

- Agitatie, agressie of angst t.g.v. de geestelijke stoornis c.q. dementie.
- Gedrag dat gevaar oplevert voor zichzelf of anderen.
- Geestelijke instabiliteit en/of lichamelijke onrust.

Doel van dit middel:

- Het bestrijden van angst, agressie en agitatie.
- Het voorkomen of verminderen van gevaarlijk gedrag.
- Het bevorderen geestelijke stabiliteit en/of lichamelijke rust.

Waar moet het middel aan voldoen:

- Het gaat om: antipsychotica of sederende medicatie.
- Het soort middel, dosering en toedieningsvorm alleen op voorschrift van de specialist ouderengeneeskunde.
- De toediening vindt plaats volgens afspraken en eventuele aanwijzingen van de specialist ouderengeneeskunde.
- Bij het voorschrijven wordt nadrukkelijk rekening gehouden met de veiligheid voor de cliënt en de bekend zijnde bijwerkingen van het middel.
- Bij het geven van medicatie dient de cliënt te worden geïnformeerd welke medicatie het betreft en waarvoor deze dient.
- Bij weigeren medicatie dient de behandelend specialist ouderengeneeskunde te beoordelen of continuering noodzakelijk is en of een andere toedieningsvorm mogelijk is.
- Essentiële medicatie mag uitsluitend gecamoufleerd gegeven worden (in pap, vla, drank, etc.) na toestemming van vertegenwoordiger. In principe wordt toestemming gevraagd bij het eerste BOPZ-gesprek 1 week na opname.

Toepassing van dit middel:

- Na toediening vindt gerichte observatie plaats op bijwerkingen en effectiviteit van het middel.

M of M -akkoord

Het medicijn kan zonder protest van de cliënt en gecamoufleerd volgens afspraak worden toegediend. De toediening is in het zorgleefplan opgenomen:

- Géén melding aan Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Géén MIC-melding.

M of M-nood

Het medicijn moet onmiddellijk en zo nodig gecamoufleerd worden toegediend. In het zorgleefplan staat nog niets hierover:

- Direct melding aan Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Binnen 7 dagen de toediening stoppen of in het zorgleefplan opnemen.
- Bij verzet of weigeren ook MIC-melding.

Dwangbehandeling

Het medicijn wordt onder protest van de cliënt of diens vertegenwoordiger toegediend. De toediening is wel in het zorgleefplan opgenomen:

- Melding aan Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Géén MIC-melding.

Wie mogen het middel toedienen:

- Medewerkers vanaf niveau 3.

Wanneer is er sprake van verzet:

1. Het uitspugen van medicatie.
2. Het wegslaan van medicatie.
3. Het niet willen openen van de mond.
4. Het niet willen doorslikken van medicatie.

Geen verzet is het eenmalig weigeren, als op een later tijdstip de medicatie alsnog gegeven kan worden en de cliënt deze zonder verzet inneemt.

Protocol inzet infrarood-sencor/ belmat

Binnen Avoord wordt gebruik gemaakt van bewegingsmelders, die zich vooral op de slaapkamers bevinden.

Het gaat dus niet om vrijheidsbeperking in onze visie!

Helaas deelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg en ook de 2^{de} kamer deze mening niet en zal het als een vrijheidsbeperkende maatregel worden opgenomen in de nieuwe Wet zorg en dwang. Ondanks dat er sprake is van een overgangperiode, wordt inzet nu ook meegenomen als een vrijheidsbeperking.

Bewegingsmelder

Op de meeste locaties wordt met volle tevredenheid gebruik gemaakt van bewegingsmelders op de slaapkamers van onze cliënten. Deze apparatuur is gekoppeld aan ons Dect systeem, waardoor er melding plaatsvindt op momenten dat een cliënt zijn stoel of bed verlaat. Belangrijkst doel van deze apparatuur is het voorkomen van ernstige valpartijen en dus niet het verder beperken van de bewegingsvrijheid in het kader van vrijheidsbeperkende maatregelen uit de WGBO of Wet BOPZ.

Het gevaar voor vallen of het feitelijk vallen uit stoel of bed is een grote angst rondom de zorg van veel van onze cliënten.

Binnen Avoord streven we naar een zo laag mogelijke inzet van deze middelen en nemen daarbij een zeker risico op vallen, samen met cliënt/vertegenwoordiger. Van belang is dat bij plaatsing van dergelijke apparatuur er geen nieuwe gevaarsituatie kan ontstaan door onzorgvuldige omgang met kabels of risico op omstoten van apparatuur.

Bewegingsmelders kunnen na instemming van de cliënt/vertegenwoordiger en de specialist ouderengeneeskunde worden ingezet op het moment dat wenselijkheid hiervan aan de orde is. Dit dient in het zorgleefplan te worden vastgelegd. Bij elk MDO wordt de noodzaak van de inzet van een bewegingsmelder kritisch bekeken. Een bewegingsmelder mag nooit het doel hebben de bewegingsvrijheid van de cliënt te beperken.

Wie komt in aanmerking voor een sensor:

Het is de bedoeling om een sensor toe te wijzen aan een cliënt als er sprake is van:

1. groot valgevaar op zijn/haar slaapkamer
2. nachtelijke onrust en daardoor storend gedrag voor medebewoners
3. bij een cliënt met (onbegrepen) angst

Als familie aangeeft het wenselijk te vinden, moet er voldaan zijn aan één van bovenstaande punten

Wat is verzet

1. het verwijderen van het sensorapparaat
2. het steeds verbaal/non-verbaal protesteren bij binnenkomst in slaapkamer als apparaat alarmeert

Wat te doen bij weigeren vertegenwoordiger:

- a. als familie weigert en het behandelteam het risico acceptabel vind, wordt dat in zorgleefplan opgenomen en dient familie er voor te tekenen.
- b. als familie weigert en het behandelteam het risico onacceptabel vind, wordt dat in zorgleefplan opgenomen, wordt continuering genoteerd in het zorgleefplan en wordt het besluit gemeld door BOPZ-arts bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg als vrijheidsbeperking met dwang. D vertegenwoordiger wordt geadviseerd contact op te nemen met de BOPZ-klachtencommissie.

Wie mag het middel inzetten na verkrijgen benodigde toestemming

Contactverzorgende: voor bespreken en vastleggen in zorgleefplan

Behandelend specialist ouderengeneeskunde: voor akkoord zorgleefplan en eventuele melding aan BOPZ-arts.

BOPZ-arts: melding aan Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Gevaar inzet

- Struikelen over losstaande sensor
- Brandgevaar bij contact met sensor die in aanraking is geweest met water of urine

Bij verzet dient (dienstdoend) specialist ouderengeneeskunde toestemming te geven voor continuering.

Protocol inzet dwaaldetectie

Binnen Avoord wordt gebruik gemaakt van dwaaldetectie op het Anbarg en in de Willaert.

Wat is Dwaaldetectie

Het systeem, dat alleen in uitzonderingsgevallen wordt gebruikt, is bedoeld om te voorkomen dat cliënten met dementie en met dwaalgedrag de etage of het gebouw kunnen verlaten, waardoor zij een gevaar kunnen vormen voor zichzelf en anderen.

Deze cliënten dragen een polsbandje, dat een Dect activeert, zodra zij de aangegeven leefcirkel passeren. Zij kunnen dan door een verzorgende benaderd worden en naar de woongroep worden begeleid. Maar binnen hun leefcirkel kunnen zij gaan en staan waar ze willen en heeft men alle vrijheid. In een aantal projecten heeft men hier al positieve ervaringen mee. Het is de afspraak dat een verzorgende die de betrokken Dect heeft, binnen maximaal 5 minuten adequaat reageert (zelf of middels waarschuwen van andere medewerker).

Dwaaldetectie betekent geen volledige vrijheid, maar vrijheid binnen bepaalde grenzen en is in die zin een vrijheidsbeperkende maatregel. Het systeem ondersteunt de verzorgenden in hun toezichthoudende taak en biedt tegelijkertijd de cliënt optimale vrijheid.

Inzet van systeem

Inzet van het systeem is altijd op individuele basis en kan pas geschieden na instemming van cliënt/vertegenwoordiger en behandelend specialist ouderengeneeskunde. Dit dient in het zorgleefplan te worden vastgelegd. Bij elk MDO wordt de noodzaak van de inzet van dwaaldetectie kritisch bekeken.

Wie komt in aanmerking voor dwaaldetectie middels een polsband:

Het is de bedoeling om een polsband toe te wijzen aan een cliënt als er sprake is van:

1. als cliënt bewegingsdrang heeft naar buiten
2. als cliënt niet in staat is om zelfstandig naar buiten te gaan
3. als cliënt gedesoriënteerd is in ruimte (dus niet weet terug te keren naar zijn woning)
4. als cliënt neiging heeft tot suïcide

Als familie aangeeft het wenselijk te vinden, moet er voldaan zijn aan bovenstaande punten (minimaal punt 2+3) en er moet sprake zijn van niet-aanvaardbaar gevaar.

Bij geen gevaar dus geen band.

Wat is verzet

1. verwijderen of kapotmaken polsband
2. verbale/non-verbale agressie bij afsluiten deuren

Wat te doen bij weigeren inzet door cliënt

- a. cliënt kan verbaal en/of non-verbaal tekenen vertonen van verzet bijvoorbeeld door het losmaken van de polsband. In een dergelijk geval dient de toewijzing herbeoordeeld te worden door de specialist ouderengeneeskunde.
- b. als cliënt polsband losmaakt en er noodzaak tot continuering van het systeem is, kan de bevestiging worden aangepast met een plastic bandje voor éénmalig gebruik. Indien cliënt niet tracht de polsband te verwijderen, hoeven er geen verdere acties te worden ondernomen.

Wat te doen bij weigeren inzet door familie

- a. als familie weigert en behandelteam risico acceptabel vindt, wordt dat in zorgleefplan opgenomen en dient familie er voor te tekenen.
- b. als familie weigert en het behandelteam het risico onacceptabel vindt, wordt dat in
- c. zorgleefplan opgenomen, wordt continuering genoteerd in het zorgleefplan en wordt het besluit gemeld door BOPZ-arts bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg als vrijheidsbeperking met dwang. De vertegenwoordiger wordt geadviseerd contact op te nemen met de BOPZ-klachtencommissie

Wie mag het middel inzetten

- verzorgende niveau 3 of hoger

Wat is gevaar van inzetten dwaaldetectie

- cliënt kan klem komen te zitten bij te laat sluiten deuren
- cliënt kan toch buiten locatie komen

Bij verzet altijd overleg met (dienstdoend) specialist ouderengeneeskunde.

Bij niet bedoeld verblijf buiten locaties direct (dienstdoend) MT/MZE en (dienstdoend) specialist ouderengeneeskunde informeren.



Vaststellen verzet (bezwaar) tijdens verblijf

Bijlage 10.

1.0 Waarom een protocol Verzet (Bezwaar) tijdens verblijf?

Als een psychogeriatrische cliënt wordt aangemeld voor opname in een woonzorgcentrum, gaat het CIZ na of opname noodzakelijk is en of de betrokkene verzet toont tegen opname. Cliënten kunnen onder de Wet BOPZ op de volgende manieren worden opgenomen:

- a. cliënten die blijken geven aan de nodige bereidheid tot opname; dit zijn vrijwillig opgenomen cliënten, voor hen is de BOPZ verder niet van toepassing;
- b. cliënten die noch bereidheid tot, noch verzet tegen opname tonen; dit zijn de cliënten met een zogeheten BOPZ-indicatie (ook wel genoemd artikel 60 opname of noch/noch);
- c. cliënten die blijken geven van verzet tegen opname of verblijf; in dit geval is opname alleen mogelijk door tussenkomst van de rechter (rechterlijke machtiging).

In dit protocol Verzet (Bezwaar) tijdens verblijf gaat het vooral om de cliënten van categorie a. en b., cliënten dus die vrijwillig of met een BOPZ-indicatie zijn opgenomen en die in de loop van het verblijf op de woongroep bezwaar maken tegen verder verblijf.

1.1 Wat is verzet?

Wat moeten we nu precies verstaan onder “verzet”? We kunnen moeilijk elke blijke van ongenoegen van een psychogeriatrische cliënt uitleggen als verzet tegen opname. Het lastige is dat in de wet een nadere invulling van dit begrip ontbreekt.

We hanteren binnen de regio West Brabant de volgende definitie:

“Het op enigerlei wijze kenbaar maken dat opname en verblijf worden afgewezen. Dit uit zich in feitelijk en consistent gedrag van de betrokkene, waarbij zowel op verbale als non-verbale uitingen gelet moet worden. In twijfelgevallen wordt de betrokkene geacht verzet te tonen.”

Om vast te stellen of er sprake is van verzet zijn de volgende vragen belangrijk:

- Hoe nadrukkelijk geeft de cliënt het verzet aan?
- Hoe volhardend is de cliënt in zijn verzet?
- Heeft het verzet een reële betekenis?

Met dit laatste wordt de achtergrond van het verzet bedoeld. Als iemand bijvoorbeeld aangeeft verzet tegen opname te hebben omdat hij niet langer voor zijn vrouw kan zorgen, terwijl zijn vrouw al overleden is, is dit geen reëel verzet.

Het verzet hoeft niet altijd gericht te zijn tegen de opname en het verblijf als zodanig. Het kan ook zijn dat een cliënt zich verzet tegen bepaalde aspecten van het verblijf, bijvoorbeeld de vrijheidsbeperkingen in de instelling of toegepaste Middelen en Maatregelen. In een dergelijk geval kan de cliënt (of diens familie) gebruik maken van de klachtenregeling.

2.0 Beoordeling van verzet tijdens opname

Om vast te kunnen stellen of er sprake is van bezwaar/verzet tijdens verblijf, gaan we als volgt te werk:

1. Indien zonder meer duidelijk is dat er sprake is van bezwaar in de zin van de Wet BOPZ wordt onmiddellijk de procedure gestart voor het aanvragen van een rechterlijke machtiging (RM).
2. In geval van twijfel besluiten de behandelend specialist ouderengeneeskunde, zorgcoördinator en contactverzorgende in onderling overleg tot een periode van gerichte en gedocumenteerde observatie van de betrokken cliënt.
3. De observatie vindt plaats op de woongroep en duurt in de regel twee weken.
4. De contactverzorgende informeert aan het begin van de observatieperiode de vertegenwoordiger en familie (eerste en tweede contactpersoon) van de cliënt.
5. Tijdens de observatieperiode vult de contactverzorgende dagelijks een observatieformulier in (een voorbeeld is bij deze bijlage bijgevoegd). Deze formulieren worden bewaard in het zorgdossier.
6. Tijdens de observatieperiode wordt de cliënt wekelijks met de specialist ouderengeneeskunde besproken.
7. Aan het einde van de observatieperiode vult de contactverzorgende een evaluatieformulier in op basis van de dagelijkse observaties.
8. Het evaluatieformulier wordt besproken met de behandelend specialist ouderengeneeskunde en de vertegenwoordiger. De specialist ouderengeneeskunde concludeert of er aanleiding is een RM aan te vragen of niet.
9. In geval van twijfel of als gedrag moet worden opgevat als verzet kan een nader gedocumenteerde beoordeling door de specialist ouderengeneeskunde en/of psycholoog gevraagd worden.
10. De behandelend arts informeert de BOPZ-arts over de observatieperiode en de conclusie. De BOPZ-arts besluit tot het al dan niet aanvragen van een RM.
11. De BOPZ-arts stelt de vertegenwoordiger en familie van de cliënt op de hoogte van het besluit al dan niet een RM aan te vragen.
12. Beoordeling van verzet is en blijft in feite een continu proces in de zorgverlening aan de psychogeriatrische cliënt. Ook al is er geen probleem; later kan dit alsnog ontstaan!
13. Ook de vertegenwoordiger van de cliënt heeft een rol. Hij/zij is mede verantwoordelijk voor het beoordelen van het verzet. Er moet, volgens de wet, van uit gegaan kunnen worden dat de vertegenwoordiger de cliënt goed kent.



Formulier vaststellen van verzet

Naam cliënt: tekst
Woongroep: tekst
Begin observatietermijn: tekst
Ingevuld door: tekst
Invuldatum: tekst
Tijdstippen van observatie: tekst

1. Geeft de cliënt op verbale wijze blijk van verzet tegen het verblijf op de woongroep? **Ja / Nee**
2. Zo ja, hoe geeft de cliënt dit verbaal aan en op welke tijdstippen gebeurt dit?
(De woorden van de cliënt zoveel mogelijk letterlijk weergeven.)
tekst
tekst
tekst
Kan de cliënt onder woorden brengen waar hij wel wil verblijven? **Ja / Nee**
3. Zo ja, wat is het antwoord van de cliënt op deze vraag?
tekst
4. tekst
5. tekst
6. Geeft de cliënt op non-verbale wijze verzet aan tegen het verblijf op de woongroep? **Ja / Nee**
7. Zo ja, hoe geeft de cliënt dit aan en op welke tijdstippen gebeurt dit?
tekst
8. tekst
9. tekst
10. Kan de cliënt gecorrigeerd worden in dit non-verbale gedrag? **Ja / Nee**
11. Zo ja, hoe?
tekst
12. tekst
13. tekst
Zo nee, hoe lang houdt het non-verbaal geuite verzet tegen het verblijf op de woongroep aan?
tekst
tekst
tekst
14. Richt het verzet van de cliënt zich tegen het verblijf op de woongroep als zodanig, of tegen bepaalde aspecten van het verblijf (waaronder de zorg of de behandeling zelf)?
tekst

tekst

tekst

15. Indien het verzet zich richt tegen bepaalde aspecten van het verblijf, welke zijn dit?

tekst

tekst

tekst



Vaststellen van verzet (vervolg)

Evaluatieformulier observatieperiode

Dit formulier wordt aan het einde van observatieperiode ingevuld door de contactverzorgende.

Naam cliënt: tekst

Woongroep: tekst

Begin observatietermijn: tekst

Einde observatietermijn: tekst

Ingevuld door: tekst

Invuldatum: tekst

1. Komt uit het dagelijkse observatieformulier naar voren dat er sprake is van consistent (dit is: duurzaam en gelijk blijvend) verzet bij de cliënt tegen het verblijf op de woongroep? **Ja / Nee**
Toelichting:
tekst
tekst
tekst
2. Uit de cliënt zijn verzet met een bepaalde regelmaat? **Ja / Nee**
Toelichting:
tekst
tekst
tekst
3. Heeft het verzet van de cliënt een reële betekenis? **Ja / Nee**
Toelichting
tekst
tekst
tekst
4. Richt het verzet van de cliënt zich tegen het verblijf op de woongroep als zodanig, of tegen bepaalde aspecten van het verblijf?
tekst
tekst
tekst
5. Heeft de cliënt op enigerlei wijze aangegeven waar hij wel zou willen verblijven? **Ja / Nee**
Zo ja, waar?
tekst

tekst

tekst

6. Zou de cliënt zich in die situatie zelfstandig kunnen handhaven? **Ja / Nee**

Toelichting:

tekst

tekst

tekst

7. Is uw conclusie dat er sprake is van verzet zoals bedoeld in de Wet BOPZ? **Ja / Nee**

Toelichting:

tekst

tekst

tekst



Gedragscode bij wilsonbekwame (psycho) geriatrische cliënten

(in het kader van de wet medisch-wetenschappelijk onderzoek)

(Opgesteld door: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie, in gebruik binnen Avoord)

1. Verzet kan in algemene zin worden omschreven als het verbaal en/of non-verbaal uiten van weerstand of tegenstand tegen handelingen die aan of met de betrokkene verricht worden. In deze ruime zin van het woord is verzet dus te zien als een bepaalde vorm van gedrag. In het geval van wilsbekwaamheid levert de interpretatie van dit gedrag vrijwel nooit (grote) problemen op. Anders is het in die situaties waarin de betrokkene wilsonbekwaam wordt geacht om betrokken te worden in de besluitvorming voor met of aan hem te verrichten handelingen in het kader van onderzoek. Dan zullen steeds derden de vraag moeten beantwoorden of het waargenomen gedrag moet worden uitgelegd als verzet. Luidt het antwoord op die vraag bevestigend, dan zal het onderzoek niet met of aan de betrokkenen mogen worden uitgevoerd.
2. Het onderzoek naar de vraag of gedrag moet worden uitgelegd als verzet vergt een goed inzicht in het patroon van gewoonten en in de bij die persoon passende gedragingen, voorkeuren en aversies. In het geval van door ziekte of stoornis veroorzaakte wilsonbekwaamheid, kan dat gedragspatroon duidelijk afwijken van datgene wat voor de premorbide persoon normaal was. Het duidelijkst is dat het geval bij een ziekte als dementie, waarbij veelvuldig persoonlijkheidsveranderingen optreden. Uitgangspunt bij de beoordeling van verzet is steeds het gedragspatroon van de actuele persoon.
3. In het geval van wilsonbekwaamheid treedt de vertegenwoordiger plaatsvervangend op namens de cliënt. Wie de (wilsonbekwame) cliënt kunnen vertegenwoordigen in het kader van deelname aan wetenschappelijk onderzoek is in de Wet Medisch wetenschappelijk Onderzoek omschreven. De vertegenwoordiger dient niet alleen om toestemming voor deelname te worden gevraagd; ook is hij actief betrokken bij de beantwoording van de vraag of gedrag van de wilsonbekwame cliënt moet worden uitgelegd als verzet tegen deelname aan onderzoek. Als leidraad bij de uitvoering van zijn taak neemt de vertegenwoordiger als uitgangspunt:
 - de schriftelijke wilsverklaring van de cliënt, voor zover hierin aanknopingspunten voor de beoordeling te vinden zijn
 - de reconstructie van de wens van de cliënt
 - daarnaast geldt voor de betrokkenheid van de vertegenwoordiger bij de beoordeling van verzet ook de norm uit de WGBO: hij/zij dient de zorg van een goed vertegenwoordiger te betrachten. Deze norm kan relevant zijn, in het geval de vertegenwoordiger slechts op afstand is betrokken of niet in staat moet worden geacht kennis te hebben van het normale gedragspatroon van de cliënt.

4. De beoordeling van het gedrag is in beginsel multidisciplinair. Om als beoordelaar te kunnen optreden is vereist dat men de cliënt goed kent. Hieruit vloeit voort, dat naast de behandelend arts en de vertegenwoordiger, met name verpleegkundigen en verzorgenden, vanwege hun intensieve betrokkenheid bij de cliënt, in de beoordeling zullen participeren. Ook kan de mening worden gevraagd van andere hulpverleners die nauw bij de cliënt betrokken zijn (bijvoorbeeld activiteitenbegeleider, psycholoog). Tenslotte kunnen ook familieleden en naasten soms waardevolle informatie verschaffen, ook als zij niet formeel optreden als vertegenwoordiger van de cliënt.
5. Voorbeelden van gedrag dat in algemene termen kan worden opgeval 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 van de onderzoeker, expliciet fysiek afwerend gedrag als wegduwen, slaan, schoppen, de mond stijf gesloten houden, het hoofd wegdraaien, kreunen, jammeren, huilenGenoemde gedragingen kunnen bij alle wilsonbekwame cliënten voorkomen en hebben vaak een bij het individu passende betekenis, die bekend is bij degenen die nauw bij hen betrokken zijn. Dergelijk gedrag moet worden onderscheiden van een normaal te achten onzekerheid of terughoudendheid die veelal eigen is aan de betrokken wilsonbekwame cliënt wanneer hij/zij in een nieuwe of hem/haar bevreemdende situatie wordt geplaatst (bijvoorbeeld douchen, zwemmen, bloedafname). Er is met andere woorden pas sprake van verzet, indien het gedrag duidelijk afwijkt of zich excessiever manifesteert dan men van de betrokkene gewoon is in van de normale dagelijkse routine afwijkende situaties. Sommige cliënten reageren echter ook op normale verzorgende handelingen al sterk afwerend; het ligt in de rede om hen niet in onderzoek te betrekken. Ook indien, op grond van een bekend gedragspatroon, reeds op voorhand verwacht wordt, dat de potentiële proefpersoon zich tegen het voorgenomen onderzoek zal verzetten (geanticipeerd gedrag), zal van deelname daaraan worden afgezien.
6. In geval van twijfel of gedrag moet worden opgevat als verzet, of bij het ontbreken van consensus onder de beoordelaars, kan een proefparticipatie aan het onderzoek worden overeengekomen, waarbij gedurende een omschreven periode en aan de hand van duidelijke criteria getracht wordt een beter inzicht in (de betekenis van) het gedrag te verkrijgen. Blijft ook dan twijfel of verschil van inzicht bestaan, dan zal het onderzoek niet met of aan de betrokkene mogen worden uitgevoerd, en/of voortgezet.
7. De (verbale en non-verbale) reacties van de proefpersoon op handelingen in het kader van onderzoek dienen zowel in het medisch dossier, als in het onderzoeks- dossier geregistreerd te worden. Ook van de beoordeling, de beoordelingsgronden en degenen die de beoordeling uitvoerden moet (met het oog op toetsbaarheid) aantekening worden gemaakt.

8. De beoordeling van verzet vindt niet eenmalig -bij de aanvang van het onderzoek- plaats, maar blijft een continu aandachtspunt in alle fasen van het onderzoek. Verandert het gedrag van de proefpersoon in de loop van het onderzoek, dan kan dit aanleiding zijn om het onderzoek alsnog af te breken. Een en ander impliceert, dat hulpverleners of vertegenwoordigers die kennis hebben van het normale gedragsspatroon van de proefpersoon niet alleen bij de aanvang, maar ook bij de feitelijke uitvoering van het onderzoek betrokken moeten worden. Op de onderzoekers rust de verantwoordelijkheid om hier afhankelijk van de onderzoeksvraag in het onderzoeksprotocol een praktische invulling aan te geven.
9. In elk onderzoeksprotocol dient expliciet omschreven te worden hoe in geval van verzet wordt gehandeld. De medisch-ethische toetsingscommissie voor wetenschappelijk onderzoek dient bij de toetsing van onderzoeksaanvragen actief aandacht te besteden aan dit onderdeel.

Toelichting bij enkele artikelen van de gedragscode.

Ad artikel 1.

- Onder handelingen in het kader van onderzoek zijn in dit verband ook begrepen het doen van observaties en het afnemen van interviews of vragenlijsten, en dergelijke

Ad artikel 2.

- In dit artikel wordt het referentiekader beschreven aan de hand waarvan het gedrag ten tijde van het onderzoek wordt beoordeeld. Dit kader moet duidelijk en bekend zijn aan degenen die het gedrag beoordelen, hetgeen impliceert dat zij die een waarde toekennen aan specifieke gedragsuitingen de proefpersoon daadwerkelijk goed moeten kennen. Afhankelijk van de aard, oorzaak en duur van de wilsonbekwaamheid kan de referentieperiode waarmee gedragsuitingen worden vergeleken per individu of cliëntengroep verschillen
- Met de term “actuele persoon” wordt aangesloten bij de nota Medische zorg met beleid van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (Utrecht: NVVA, 1997). Er wordt hier bedoeld dat men zich niet richt op uitingen en meningen van de premorbide persoon (bijvoorbeeld de cliënt vóór zijn dementie), maar dat men een vergelijking maakt met het gedragsrepertoire van de cliënt, zoals dit in de periode voorafgaand aan het onderzoek aan zorgverleners bekend was, rekeninghoudend met onder invloed van (chronische) ziekte zich eventueel wijzigende voor- en afkeuren. Bij min of meer “acute” wilsonbekwame cliënten (bijvoorbeeld een cliënt met een delier) kan dit lastig zijn. Hier zal men een vergelijking maken met het gedragsrepertoire van de actuele persoon van voor het optreden van de acute verstoring van de wilsbekwaamheid

Ad artikel 3.

- De verantwoordelijkheid van de vertegenwoordiger strekt zich verder uit dan het geven van vervangende toestemming voor deelname aan het onderzoek. Hij/zij is ook mede verantwoordelijk bij het beoordelen van verzet en de beslissing deelname aan het onderzoek al dan niet te staken op grond van het waargenomen gedrag. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met situaties waarbij de wettelijke vertegenwoordiger geringe kennis heeft van de cliënt en de inhoud van de zorg
- Vertegenwoordigers in het kader van wetenschappelijk onderzoek zijn, ander dan in de WGBO en BOPZ, de wettelijk vertegenwoordiger van betrokkene, of, indien deze ontbreekt, een door de betrokkene daartoe schriftelijk gemachtigde, of de echtgenoot of andere levensgezel van de betrokkene. Binnen het kader van de WMO kunnen kinderen derhalve niet als vertegenwoordiger optreden, tenzij door de betrokkene gemachtigd

Norm

HKZ Certificatieschema VV&T (2010), 1.3, 2.5, 3.1

		Datum
Proceseigenaar / MT-lid:	Eindverantwoordelijk specialist ouderengeneeskunde	
Documenteigenaar:	M.van Leen	
Auteur:	Bron TGG 1999, nr 30 blz 247/248	
Voorgenomen besluit MT:		
Ondernemingsraad:		
Centrale cliëntenraad:		
Raad van toezicht:		
Vastgesteld door MT:		
Laatste evaluatiedatum:		28-01-2010
Evaluatiedatum:		01-04-2015

Wijzingen ten opzichte van vorige versie (06-09-2013)
• Tekstueel herzien

Titel procedure

Opname regulier,spoed,crisis

Doelstelling

Avoord-brede afspraken rondom opnames:

- reguliere opnames
- spoedopnames
- crisisopnames

Trefwoord

Opname, reguliere opname, spoed, spoedopname, crisis, crisisopname, PG-grondslag, BOPZ-verklaring, RM

Evaluatiecriteria

.

Toetsing

.

Inhoud/werkwijze

Reguliere opname

Avoord neemt bij een reguliere opname geen cliënten zonder geldige indicatie op.

Cliënten met een PG-grondslag en die opgenomen gaan worden op een woongroep, dienen naast een geldige indicatie te beschikken over een BOPZ-verklaring.

De BOPZ-verklaring kan worden aangevraagd bij het CIZ:

indien er geen sprake is van verzet, zal het CIZ een BOPZ-verklaring afgeven;

- indien sprake is van verzet en er is vastgesteld dat opname noodzakelijk is (meestal nadat de huisarts heeft vastgesteld dat sprake is van een onacceptabele situatie), wordt een Rechterlijke Machtiging (RM) aangevraagd. Na afgifte van een RM, dient

Avoord binnen 48 uur de cliënt op te nemen. Cliënten met een RM worden bij voorkeur op Het Anbarg opgenomen.

- indien sprake is van verzet en acute opname is noodzakelijk, dan is sprake van een In Bewaring Stelling (IBS). Deze wordt afgegeven door de burgemeester op basis van rapportage van een psychiater. In geval van IBS is Avoord altijd verplicht op te nemen (Het Anbarg).

Verdere opname verloopt conform geldende afspraken.

Spoedopname - binnen 72 uur

Indien door één van specialist ouderengeneeskunde op basis van de checklist spoed-/crisisopname is besloten dat een cliënt in aanmerking komt voor spoedopname, kunnen cliënten zonder geldige indicatie opgenomen worden.

Cliënten met een PG-grondslag en die opgenomen gaan worden op een woongroep, dienen te beschikken over een BOPZ-verklaring. De BOPZ-verklaring kan in geval van een spoedopname worden aangevraagd bij het CIZ middels een spoedbeoordeling.

Het criterium om in aanmerking te komen voor spoedopname is het wegvallen van mantelzorg in de thuissituatie.

Indien het Cliënten Service Bureau een verzoek voor spoedopname binnenkrijgt dienen de volgende stappen te worden genomen:

- spoedopname wordt per mail voorgelegd aan een specialist ouderengeneeskunde. De mail (aan secretariaat ABC en alle specialist ouderengeneeskunde) bevat de volgende informatie: 1) rapportage cliënt; 2) checklist spoed-/crisisopname en 3) eventueel andere informatie over de cliënt;
- één van de specialist ouderengeneeskunde zoekt binnen 24 uur contact met cliënt (of diens contactpersoon) om de checklist in te vullen en geeft aan het Cliënten Service Bureau door of cliënt in aanmerking komt voor spoedopname (specialist ouderengeneeskunde stuurt ingevulde checklist per mail retour aan Cliënten Service Bureau);
- indien cliënt niet in aanmerking komt voor spoedopname stelt het Cliënten Service Bureau cliënt, CIZ en zorgkantoor hiervan schriftelijk op de hoogte. Bovendien zal het Cliënten Service Bureau de cliënt ook persoonlijk informeren;
- indien cliënt wel in aanmerking komt voor spoedopname, dienen de specialist ouderengeneeskunde en MZE/zoco met spoed een indicatie bij het CIZ aan te vragen op de dag van opname. Kopie van de aanvraag dient per mail naar het Cliënten Service Bureau te worden verzonden;
- het Cliënten Service Bureau controleert binnen twee weken of de aangevraagde indicatie door CIZ wordt afgegeven. Zo niet, dan meldt het Cliënten Service Bureau dit schriftelijk aan MZE/zoco.
In overleg met MZE/zoco zal de cliënt dan na twee weken met ontslag moeten. Cliënt, CIZ en zorgkantoor worden hiervan schriftelijk door het CSB op de hoogte gesteld.

MZE/zoco zullen de cliënt ook persoonlijk informeren.

Verdere opname verloopt conform geldende afspraken met dien verstande dat duidelijk met cliënt moet worden gecommuniceerd dat de kans bestaat dat cliënt na twee weken met ontslag moet indien het CIZ de aangevraagde indicatie niet afgeeft.

Crisisopname - binnen 24 uur

Indien door één van specialist ouderengeneeskunde op basis van de checklist spoed-/crisisopname is besloten dat een cliënt in aanmerking komt voor crisisopname, kunnen cliënten zonder geldige indicatie opgenomen worden.

Avoord heeft met het zorgkantoor de productieafpraak dat zij beschikt over één crisisbed.

Dit bed bevindt zich in principe in Het Anbarg. Als het crisisbed bezet is, en er dient zich een tweede crisisopname aan, dan is crisisopname (eventueel op een andere locatie) mogelijk na overleg met de specialist ouderengeneeskunde. Crisisopname is in dit geval niet verplicht.

Een cliënt kan maximaal zes weken verblijven in een crisisbed maar een eventuele langdurige indicatie dient zo spoedig mogelijk aangevraagd te worden, liefst na vier dagen.

Als cliënt niet naar huis terug kan en er nog geen mogelijkheid is tot overplaatsing, blijft cliënt op het crisisbed maar dient cliënt overplaatsing te accepteren naar het eerst vrijkomende bed binnen één van de locaties van Avoord. Avoord is gedurende die periode niet verplicht een nieuwe crisis die zich aandient op te nemen.

Er zijn twee mogelijke crisisopnames:

Crisisopname pg

Alleen de GGZ beslist of een cliënt in aanmerking komt voor een crisisopname pg. Bij opname dient er altijd een BOPZ-verklaring van het CIZ of de GGZ te zijn, behalve als er een IBS of RM is afgegeven.

Crisisopname som

Indien het Cliënten Service Bureau een verzoek voor crisisopname som binnenkrijgt, dient zij de volgende stappen te volgen:

- crisisopname wordt per mail voorgelegd aan een specialist ouderengeneeskunde. De mail (aan secretariaat ABC en alle specialist ouderengeneeskunde) bevat de volgende informatie: 1) rapportage cliënt; 2) checklist spoed-/crisisopname en 3) eventueel andere informatie over de cliënt;
- één van de specialist ouderengeneeskunde zoekt binnen 12 uur contact met cliënt (of diens contactpersoon) om de checklist in te vullen en geeft aan het Cliënten Service Bureau door of cliënt in aanmerking komt voor crisisopname (specialist ouderengeneeskunde stuurt ingevulde checklist per mail retour aan Cliënten Service Bureau);
- indien cliënt niet in aanmerking komt voor crisisopname stelt het Cliënten Service Bureau cliënt, CIZ en zorgkantoor hiervan schriftelijk op de hoogte. Bovendien zal het Cliënten Service Bureau de cliënt ook persoonlijk informeren.

Indien het een crisisopname pg betreft of specialist ouderengeneeskunde heeft vastgesteld dat cliënt in aanmerking komt voor crisisopname som:

- dienen de specialist ouderengeneeskunde en MZE/zoco spoedzorg bij het CIZ aan te vragen op de dag van opname. Kopie van de aanvragen dient per mail naar het Cliënten Service Bureau te worden verzonden;
- het Cliënten Service Bureau controleert binnen twee weken of de aangevraagde indicatie door CIZ wordt afgegeven. Zo niet, dan meldt het Cliënten Service Bureau dit schriftelijk aan MZE/zoco;
- in overleg met MZE/zoco zal de cliënt dan na zes weken met ontslag moeten. Cliënt, CIZ en zorgkantoor worden hiervan schriftelijk door het CIZ op de hoogte gesteld. MZE/zoco zullen de cliënt ook persoonlijk informeren.

Er zijn geen productieafspraken met het zorgkantoor gemaakt voor crisisopname gerontopsychiatrie.

Verdere opname verloopt conform geldende afspraken met dien verstande dat duidelijk met cliënt moet worden gecommuniceerd dat de kans bestaat dat cliënt na zes weken met ontslag moet indien het CIZ de aangevraagde indicatie niet afgeeft.

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

.

Aandachtspunten: let op!

.

Onderliggende norm

HKZ Certificatieschema VV&T (2010), 1.3.2

Publicatiehistorie

		Datum
Proceseigenaar / MT-lid:		
Documenteigenaar:	A. Lamers	
Auteur:	A. Lamers	
Voorgenomen besluit MT:		
Ondernemingsraad:	nvt	

Centrale cliëntenraad:	nvt	
Raad van toezicht:	nvt	
Vastgesteld door MT:		
Laatste evaluatiedatum:		06-09-2013
Evaluatiedatum:		01-01-2015

Controledatum

01-01-2015

Publicatiedatum

07-04-2009