

**De implementatie Wet Bopz in verzorgingshuizen II:
Verantwoorde toepassing vrijheidsbeperkingen door het hele
verzorgingshuis?**

Mr. L.A.P. Arends

Mw. drs. T. Stigter

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Medisch Centrum/Erasmus Universiteit Rotterdam

In opdracht van Arcares
Rotterdam, oktober 2003

ISBN 90-77428-05-4
publicatienummer: 03. 019.

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	2
INLEIDING	5
ONDERZOEKSOPZET	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Kwalitatieve onderzoeksmethode	8
2.2.1 Interviews	9
2.2.2 Werkwijze	11
2.2.3 Inhoud interview	11
2.2.4 Dossieronderzoek	12
2.2.4 Invitational conference	12
2.3 Betrouwbaarheid onderzoek/beperkingen	13
2.4 Verdere rapportage	14
ACHTERGRONDEN EN KADERS	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Zorgvormen	15
3.3 Wettelijke kaders	16
3.3.1 Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen	16
3.3.2 Toepassing van vrijheidsbeperkingen in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst.....	19
3.4 Aanmerkingenbeleid	20
3.4.1 Circulaire VWS d.d 6 oktober 1999.....	20
3.4.2 Notitie Inspectie: Kwaliteitscriteria voor het aanmerken van verzorgingshuizen als ‘Bopz-lokatie’	21
3.5 Zorgaanspraken in verzorgingshuizen	22
3.5.1 Situatie sinds 1 april 2003.....	22
3.5.2 Gevolgen voor aanmerkingenbeleid verzorgingshuizen.....	23
3.6 Conclusie	24
PRAKTIJKONDERZOEK	25
4.1 Inleiding	25

4.2	Profiel instellingen	25
4.3	Motieven wel of geen Bopz-aanmerking	26
4.4	Juridische status, wils(on)bekwaamheid en vertegenwoordiging	28
4.4.1	Juridische status bewoners	28
4.4.2	Wils(on)bekwaamheid	29
4.4.3	Vertegenwoordiging	31
4.5	Totstandkoming en inhoud zorgplan	32
4.4.2	Inhoud zorgplan	34
4.5	Vrijheidsbeperkingen als onderdeel van het zorgplan, in het kader van dwangbehandeling en in noodsituaties	34
4.5.1	Vrijheidsbeperkingen	34
4.5.2	Dwangbehandeling	39
4.5.3	Noodsituaties	42
4.5.4	Melding en registratie	44
4.6	Toezicht	45
4.6.1	Toezicht overdag	46
4.6.2	Toezicht 's nachts	48
4.7	Verantwoorde zorg	48
4.7.1	Voldoende personeel	49
4.7.2	Scholing	50
4.7.3	Verantwoordelijkheidstoedeling	51
4.7.4	Adequaat materiaal	54
4.7.5	Grenzen verantwoorde zorg	55
	SLOTBESCHOUWING	58
5.1	Bekendheid met de bepalingen uit de Wet Bopz en de toepassing ervan in de praktijk	59
5.2	Kwaliteit van zorg	61
5.1.1	Organisatie van de zorg	61
5.1.2	Organisatie van het toezicht	62
5.1.3	Deskundigheid van het personeel	63
5.1.4	Grenzen verantwoorde zorg	64
5.2	Beleid in overeenstemming met inhoud en doelstellingen Bopz?	65
	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	66
6.1	Conclusies	66
6.2	Aanbevelingen	69
	LITERATUUR	71
	BIJLAGE 1	73

Verantwoorde toepassing vrijheidsbeperkingen in verzorgingshuizen	73
Inleiding	73
Verslag van de discussie in de groepen.....	74
PLENAIRE DISCUSSIE.....	80

1

Inleiding

Sinds 1 december 1999 zijn verzorgingshuizen bevoegd om een aanmerking aan te vragen, als bedoeld in art. 1 lid 1 onder h van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz). Deze wet regelt onder meer de onvrijwillige opname en behandeling van cliënten die een geestelijke stoornis hebben, zoals is omschreven in onder meer art. 2 van deze wet. De wet heeft als doel het spanningsveld te reguleren dat bestaat tussen mensen met een psychische stoornis en de belangen van derden, waarbij rechtsbescherming van de psychisch gestoorde het uitgangspunt is. Onder de wet vallen psychiatrische patiënten, psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten.

De bevoegdheid om een aanmerking aan te vragen is aan verzorgingshuizen verstrekt, omdat in het eerste Bopz-evaluatie-onderzoek dat in 1996 werd verricht, geconstateerd werd dat de psychogeriatrische problematiek op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is, sterk toenam. (Wettum, 1996) Het kabinet onderschreef deze constatering in het kabinetsstandpunt dat naar aanleiding van het Bopz-evaluatieonderzoek in 1997 werd gepresenteerd in de Tweede Kamer en gaf hierbij aan het voornemen te hebben om de reikwijdte van de Wet Bopz uit te breiden naar verzorgingshuizen. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1997-1998). Deze uitbreiding werd in 1999 gerealiseerd.

Tijdens de tweede Bopz-evaluatie bleek dat verzorgingshuizen nog maar weinig gebruik maken van hun bevoegdheid om een Bopz-aanmerking aan te vragen. Nog voordat het evaluatieonderzoek was afgerond heeft Arcares daarom het initiatief genomen om een onderzoek te laten verrichten naar de oorzaken van dit gegeven. In 2001 heeft het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, onderdeel van de Erasmus Universiteit Rotterdam, dit onderzoek uitgevoerd, waarbij de vraag centraal stond welke knelpunten zich voordeden bij in het invoeren van de Wet Bopz voor verzorgingshuizen. (Arends, 2001)

Uit het onderzoek komt naar voren dat slechts 6,5% van de instellingen op 1 juni 2001 een aanvraag voor een aanmerking had gedaan. 30,3% van degenen die nog geen aanvraag hadden gedaan, overwoog dit wel voor de nabije toekomst. Deze cijfers steken echter sterk af bij het aantal verzorgingshuizen dat te maken heeft met psychogeriatrische problematiek. Uit het onderzoek blijkt dat ruim 95% van de verzorgingshuizen psychogeriatrische bewoners herbergt. De belangrijkste redenen om geen Bopz-aanmerking aan te vragen zijn terug te voeren op drie oorzaken. In de eerste plaats kunnen veel instellingen niet voldoen aan de voorwaarde ter verkrijging van een Bopz-aanmerking om een aparte afsluitbare afdeling te creëren ten behoeve van de zorg voor psychogeriatrische bewoners. Het belangrijkste knelpunt dat door verzorgingshuizen ervaren wordt is dat het verplaatsen van de psychogeriatrische bewoners naar één afdeling niet binnen de zorgvisie past. Men wil bewoners niet op één afdeling bij elkaar plaatsen, er is een beleid om bewoners met psychogeriatrische problematiek niet te verhuizen, ook niet intern of het verzorgingshuis wil geen afdeling met meerdere bewoners op één kamer.

Een tweede belangrijke reden die uit het onderzoek naar voren komt is dat de instelling vaak geen mogelijkheden heeft om een aparte afdeling te creëren. Dit kan dan samenhangen met

bouwkundige problemen – bijvoorbeeld het huis is te oud of te klein – of met financiële beperkingen.

Een derde reden die werd gevonden was dat de instellingen niet zozeer onbekend zijn met de mogelijkheid om een Bopz-aanmerking aan te vragen – het tegendeel is meestal het geval – maar dat men zich niet bewust is van de noodzaak om dit te doen.

Een conclusie van het onderzoek is dat het onverkort vasthouden aan het creëren van een aparte afdeling voor psychogeriatrische bewoners niet het gewenste effect van een verbetering van de rechtspositie van psychogeriatrische bewoners zal hebben, hetgeen in het kabinetsstandpunt naar aanleiding van de eerste evaluatie van de Wet Bopz werd beoogd. Verzorgingshuizen zullen buiten het kader dat de Wet Bopz om vrijheidsbeperkingen blijven toepassen op psychogeriatrische bewoners. Daarmee blijft veelal een onwettige situatie bestaan die ook voor 1 december 1999 gangbaar was. Daarom wordt aanbevolen om, naast het verbeteren van de voorlichting aan verzorgingshuizen om hen er meer van te doordringen van de noodzaak om een aanmerking te verkrijgen, verder onderzoek te laten verrichten naar de noodzaak voor een aparte afdeling.

Eind 2002 is dit vervolgonderzoek naar de mogelijkheid van het toepassen van de Wet Bopz door het hele verzorgingshuis, dus zonder dat er sprake is van een aparte Bopz-afdeling gestart. Evenals bij het eerste onderzoek is Arcares de opdrachtgever van het onderzoek en het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, inmiddels deel uitmakend van het Erasmus Medisch Centrum, de uitvoerder. In het onderzoek staat de volgende probleemstelling centraal:

In hoeverre is het verantwoord dat verzorgingshuizen de Wet Bopz toepassen binnen de hele instelling?

Daarnaast is het onderzoek is erop gericht om de contouren voor criteria vast te stellen ten behoeve van een verantwoorde toepassing van de Wet Bopz in het hele verzorgingshuis, indien deze probleemstelling bevestigend kan worden beantwoord.

Voor u ligt thans het resultaat van dit onderzoeksproject. Het onderzoeksrapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt uiteengezet hoe het onderzoek is opgebouwd en uitgevoerd. Ingegaan wordt op de onderzoeksvragen, de onderzoeksmethoden die zijn gebruikt en er wordt een uitspraak gedaan over de betrouwbaarheid van het onderzoek. Hoofdstuk 3 bevat relevante achtergrondinformatie. Allereerst volgt een uitgebreide samenvatting van het onderzoek naar implementatieproblemen van de Wet Bopz in verzorgingshuizen, dat aan dit onderzoeksproject vooraf is gegaan. Vervolgens wordt ingegaan op de verschillende typen zorg die psychogeriatrische patiënten binnen verzorgingshuizen kunnen ontvangen en de verschillen daartussen met de zorg die in verpleeghuizen wordt geboden. Ook wordt ingegaan op de wijze waarop die zorg gefinancierd wordt. Tot slot wordt besproken wat het juridische kader is dat de Wet Bopz en de Wgbo creëren met betrekking tot de zorg voor psychogeriatrische patiënten, alsmede op het aanmerkingenbeleid, zoals dat thans door het Ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt uitgevoerd.

Hoofdstuk 4 bevat de verslaglegging van het praktijkonderzoek dat is uitgevoerd onder 9 verzorgingshuizen die een verschillende type zorg bieden. In hoofdstuk 2 worden die typen nader beschreven. In hoofdstuk 5 worden de onderzoeksresultaten nader geanalyseerd, waarna in hoofdstuk 6 de conclusies en aanbevelingen volgen.

2

Onderzoeksopzet

2.1 Inleiding

Uit het onderzoek dat in opdracht van Arcares is verricht naar de implementatieproblemen van de de Wet Bopz in verzorgingshuizen, is naar voren gekomen dat één van de belangrijkste knelpunten om geen Bopz-aanmerking aan te vragen de voorwaarde die voor een verkrijging van een aanmerking wordt gesteld om een afdeling te creëren. Deze notie heeft centraal gestaan bij het formuleren van een vervolgonderzoek.

Het doel van dit onderzoek is dan ook te bepalen of er verantwoorde toepassing van de Wet Bopz binnen het hele verzorgingshuis mogelijk is en indien die vraag bevestigend kan worden beantwoord om daartoe criteria vast te stellen.

Zoals in de inleiding al werd vermeld, ligt de volgende vraag aan dit onderzoek ten grondslag:

In hoeverre is het verantwoord dat verzorgingshuizen de wet Bopz toepassen binnen de hele instelling?

Om op bovengenoemde vraag een antwoord te kunnen geven wordt bekeken in hoeverre de werkwijze van verzorgingshuizen die geen aparte psychogeriatrische afdeling hebben en geen Bopz-aanmerking, verschilt van verzorgingshuizen die wel een Bopz-aanmerking en een gesloten afdeling hebben.

Teneinde de onderzoeksvraag te operationaliseren is deze verder uitgewerkt in een aantal deelvragen:

1. In hoeverre zijn de bepalingen uit de Wet Bopz bekend?
In dit geval worden met name de bepalingen van de Wet Bopz bedoeld die betrekking hebben op de interne rechtspositie van psychogeriatrische bewoners. Deze bepalingen betreffen de wilsonbekwaamheid van de bewoner, de vertegenwoordiging, de vaststelling en uitwerking van de inhoud van het zorgplan, het toepassen van vrijheidsbeperkingen, die opgenomen zijn in het zorgplan, of bij wijze van dwangbehandeling of in geval van een noodtoestand worden toegepast, de registratie en melding van dwangbehandeling en middelen of maatregelen in noodsituaties en tot slot de toepassing van huisregels. In hoofdstuk 3 volgt een uitgebreide uiteenzetting van het wettelijk kader.
2. Op welke wijze worden deze bepalingen in de praktijk toegepast?
3. In hoeverre is het beleid van het verzorgingshuis met betrekking tot de zorg voor psychogeriatrische patiënten in overeenstemming met de inhoud en doelstellingen van de Wet Bopz?
4. Welke uitspraak kan gedaan worden over de kwaliteit van zorg in het verzorgingshuis met betrekking tot de toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen?
 - Op welke wijze vindt toezicht plaats?

- Hoe wordt omgegaan met zaken als 24-uurs toezicht en afsluitbaarheid van de afdeling/instelling?
- Op welke wijze wordt aan deskundigheid van personeel gestalte gegeven?
Bovenstaande deelvragen kunnen worden gedestilleerd uit de kwaliteitscriteria die door de Inspectie zijn opgesteld. De deelvragen beogen inzicht te geven in hoeverre verzorgingshuizen aan de kwaliteitscriteria voldoen, c.q. hieraan invulling hebben gegeven.
- Welke neveneffecten, zoals overlast of uitstoting van psychogeriatrische patiënten door andere bewoners, treden op?

2.2 Kwalitatieve onderzoeksmethode

Voorafgaand aan het onderzoek is literatuur geraadpleegd om conceptuele kaders voor dit onderzoek te ontwikkelen. Daarbij is rekening gehouden met de kaders van de tweede Bopz-evaluatie om de vergelijkbaarheid van de gegevens met dit onderzoek zo groot mogelijk te houden. Het resultaat van die raadpleging wordt beschreven in hoofdstuk 3. Bij de beschrijving is met name gelet op de aard van de zorg die in verzorgingshuizen aan psychogeriatrische patiënten kan worden geboden, en op welke wijze de zorgaanspraken worden geregeld. Verder wordt aan de hand van een uitgebreide samenvatting van het onderzoek naar implementatieproblemen van de Wet Bopz in verzorgingshuizen ingegaan op de noodzaak voor verzorgingshuizen om binnen het kader van de Wet Bopz te werken. Ook wordt het huidige beleid van het Ministerie van VWS en de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) inzake de verlening van een Bopz-aanmerking aan een verzorgingshuis besproken en wordt het wettelijk kader van de Wet Bopz voor zover relevant voor dit onderzoek nader beschreven. Het bestuderen van beleidsnotities of andere stukken, op basis waarvan het Ministerie van VWS en de Inspectie de voorwaarden voor het verkrijgen van een aanmerking hebben opgesteld bleek niet mogelijk, omdat deze niet (meer) voorhanden waren. Daarom zijn de beweegredenen die ertoe hebben geleid dat juist deze criteria zijn opgesteld niet meer volledig te achterhalen.

In de oorspronkelijke opzet van dit onderzoek was het de bedoeling dat een groep verzorgingshuizen die vrijheidsbeperkingen toepasten door de hele instelling heen, zou worden geselecteerd. De verzorgingshuizen zouden worden uitgezocht op basis van ervaringen die er reeds zijn met toepassing van vrijheidsbeperkingen, omdat instellingen met dergelijke ervaringen het best kunnen aangeven in hoeverre verantwoorde toepassing van de Wet Bopz haalbaar is. Bij deze instellingen zouden twee meetmomenten plaatsvinden. In de eerste plaats zou het beleid van deze instellingen worden onderzocht op het moment van het eerste contact. Vervolgens zou worden onderzocht in hoeverre genoemde criteria toepasbaar zijn in verzorgingshuizen die de Wet Bopz toepassen binnen de gehele instelling. Vervolgens zouden de instellingen gedurende een jaar in overleg met Arcares hun beleid zodanig aanpassen dat de kwaliteit van zorg met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische bewoners optimaal zou zijn. Vervolgens was het de bedoeling om dan een tweede meetmoment te laten plaatsvinden. Op deze wijze zou dan kunnen worden beoordeeld of de verbetering van de kwaliteit van zorg zodanig was dat de rechtspositie van psychogeriatrische bewoners gewaarborgd was.

Financieel bleek deze opzet echter niet haalbaar, vandaar dat gekozen is voor een minimumvariant, waarbij toch een voldoende indruk kan worden verkregen van de mogelijkheid om vrijheidsbeperkingen toe te passen zonder dat een aparte Bopz-afdeling wordt gecreëerd, terwijl de rechtspositie van psychogeriatrische bewoners optimaal gewaarborgd blijft.

Met betrekking tot het praktijkonderzoek is uiteindelijk gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. De kwalitatieve onderzoeksmethode geeft de mogelijkheid inzicht te krijgen in

de handelingen, belevingen en gedragingen van medewerkers in een verzorgingshuis met betrekking tot het toepassen van de onderdelen van de wet Bopz. Er is ten behoeve van het onderzoek gebruik gemaakt van verschillende en elkaar ondersteunende en complementerende dataverzamelmethode.

Allereerst zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met diverse respondenten in tien verzorgingshuizen, behorende tot negen instellingen waarvan vijf instellingen (zes verzorgingshuizen) zonder een Bopz-aanmerking, twee verzorgingshuizen met een verpleegunit en twee verzorgingshuizen met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling. In de tweede plaats zijn binnen elk van deze instellingen at random twee dossiers van bewoners bestudeerd. In de vervolgfase is tot slot gekozen voor het organiseren van een invitational conference.

Hieronder volgt een overzicht van de diverse onderzoeksmethoden en de functie die zij binnen het geheel hebben vervuld.

2.2.1 Interviews

Ten behoeve van de interviews zijn vijf verzorgingshuizen zonder aanmerking uitgekozen. Bij de selectie van deze verzorgingshuizen is gelet op de grootte, de ligging en de mate van het gebruik van vrijheidsbepurende middelen. Drie van deze verzorgingshuizen zijn geselecteerd op aanraden van het ministerie van VWS en/of de Inspectie voor Gezondheidszorg. Kenmerkend bij deze verzorgingshuizen was dat ze ofwel een Bopz-aanmerking hadden aangevraagd, maar dan voor het hele verzorgingshuis ofwel dat ze geen aanvraag overwogen, juist omdat ze van mening waren dat het creëren van een aparte Bopz-afdeling niet strookte met de zorgvisie. Deze verzorgingshuizen hadden gemeen dat ze dus geen aparte Bopz-afdeling wilden, maar wel bewust bezig waren met het verlenen van zorg aan psychogeriatrische patiënten, waarbij zij bereid waren zoveel mogelijk binnen de kaders van de wet Bopz te werken.

Één verzorgingshuis is geselecteerd op basis van de onderzoeksgegevens uit het onderzoek naar de implementatieproblemen van de Wet Bopz in verzorgingshuizen en één verzorgingshuis is geselecteerd op basis van eigen kennis van het werkveld. Bij de selectie van deze twee verzorgingshuizen zijn de volgende criteria gehanteerd:

- het verzorgingshuis heeft meer dan 15 psychogeriatrische bewoners;
- op deze bewoners worden vrijheidsbepurende maatregelen toegepast;
- het verzorgingshuis heeft geen Bopz-aanmerking

Op voorhand was niet duidelijk of deze instellingen een bewust beleid hanteerden met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperingen, of er een visie bestond op de Wet Bopz en de wenselijkheid van het aanvragen van een Bopz-aanmerking.

Om een vergelijking te kunnen maken met verzorgingshuizen met een BOPZ-aanmerking zijn zowel uit de verzorgingshuizen met een Bopz aangemerkte meerzorgafdeling, als uit de verzorgingshuizen met een verpleegunit ieder twee instellingen geselecteerd.

De verzorgingshuizen met een BOPZ-aanmerking zijn alle geselecteerd op basis van een door het Ministerie van VWS samengestelde lijst van verzorgingshuizen die een aanmerking hebben verkregen. Uit deze lijst kwam naar voren dat de verhouding meerzorg/verpleegunit zo goed als één op één was. Bij het selecteren van de instellingen bleek echter dat de lijst van het Ministerie dikwijls ten onrechte niet vermeldt dat een verzorgingshuis een verpleegunit heeft. Het percentage verzorgingshuizen dat een verpleegunit met een Bopz-aanmerking herbergt, blijkt in de praktijk de helft ruimschoots te overschrijden. Desondanks is ervoor gekozen om bovengenoemde verhouding in de selectie van de verzorgingshuizen met een Bopz aanmerking terug te laten komen, zodat alle verschillende typen verzorgingshuizen die zich bezighouden met het verlenen van zorg aan psychogeriatrische patiënten zoveel mogelijk aan bod kwamen.

Uitgangspunt bij het interviewen is de notie geweest dat de Wet Bopz bescherming dient te geven aan alle bewoners van instellingen en afdelingen waarop de wet van toepassing is. De verzorgingshuizen zonder aanmerking vallen daar in principe buiten. Toch is ook de zorg die in deze instellingen aan psychogeriatrische bewoners wordt verleend getoetst aan het kader dat door de Wet Bopz wordt gesteld, zodat een optimale uitspraak kon worden verkregen met de kwaliteit van zorg die met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkingen wordt geleverd en van welke mate van rechtsbescherming daarbij sprake is. Aldus konden alle instellingen volgens een zelfde manier worden vergeleken en konden eventuele tekortkomingen aan het licht komen.

In iedere instelling zijn die personen geïnterviewd die rechtstreeks te maken hadden met de toepassing van de Wet Bopz en/of vrijheidsbeperkingen, te weten:

1. Iemand van de directie die beleidsbepalend was voor de uitvoering van de Wet Bopz en/of toepassingen van vrijheidsbeperkingen, dan wel iemand anders binnen de instelling die deze taak op zich had genomen.
2. Een verpleeghuisarts
3. Een teamleider
4. Een verpleegkundige of verzorgende van iedere afdeling
5. Een vertegenwoordiger van een bewoner

Hieronder volgt een overzicht van de geïnterviewde personen.

Tabel 2.1 geïnterviewde personen

Type instelling	Respondent	aantal
Verzorgingshuizen zonder aanmerking	Directeur	2
	zorgmanager	5
	Beleidsmedewerker	1
	Verpleeghuisarts	5
	Teamleider	6
	Verpleegkundige	5
	Verzorgende	7
	Vertegenwoordiger	8
Verzorgingshuizen met aangemerkte meerzorgafdeling	Directeur	2
	Zorgmanager	1
	Beleidsmedewerker	1
	Verpleeghuisarts	2
	Teamleider	4
	Verpleegkundige	0
	Verzorgende	5
Verzorgingshuizen met aangemerkte verpleegunit	Directeur	0
	Zorgmanager	2
	Beleidsmedewerker	1
	Verpleeghuisarts	2
	Teamleider	2
	Verpleegkundige	0
	Verzorgende	3
TOTAAL	Vertegenwoordiger	4
		71

2.2.2 Werkwijze

De interviews namen één tot twee uur in beslag en waren semi-gestructureerd van opzet. De reden hiervoor was dat semi-gestructureerde interviews bij de verwerking van gegevens meer mogelijkheden bieden voor onderlinge vergelijking. Aan de andere kant biedt een semi-gestructureerde vragenlijst weer meer mogelijkheden voor verdieping dan volledig gestructureerde vragen. Bij vrijwel ieder gesprek waren twee onderzoekers aanwezig. Beide onderzoekers stelden vragen. Van alle gesprekken zijn geluidsopnames gemaakt en deze zijn verbatim uitgewerkt in een onderzoeksverslag. De gesprekken met de vertegenwoordigers zijn door één onderzoeker afgenomen. De reden hiervan is dat de vertegenwoordigers soms vrij gespannen waren om de onderzoekers te spreken. Door het gesprek met de vertegenwoordigers met één onderzoeker af te nemen, is geprobeerd de drempel te verlagen. Deze interviews zijn eveneens opgenomen en verbatim uitgewerkt.

Ieder onderzoeksverslag is vervolgens per thema onderverdeeld en wel zodanig dat uitspraken met elkaar konden worden vergeleken. In de onderzoeksrapportage worden samenvattingen van deze uitspraken weergegeven. Ter illustratie worden op tal van plaatsen uitspraken weergegeven die representatief zijn voor de betreffende beschreven situatie. De selectie van die uitspraken heeft in nauw overleg binnen het onderzoeksteam plaatsgevonden. Aldus is zoveel mogelijk representativiteit en objectiviteit nagestreefd bij de weergave van de interviews.

2.2.3 Inhoud interview

De inhoud van de vragenlijst bestond uit vaste items die per respondent waren aangepast aan de kennis, expertise en ervaringen. Doel van de gestelde vragen was te achterhalen hoe de Wet Bopz naar de praktijk werd vertaald (beleid) en wat de ervaringen hiermee waren. De volgende onderwerpen kwamen aan de orde:

- **Profiel instelling**
De vragen die op dit onderwerp betrekking hadden, hadden tot doel in kaart te brengen hoe groot instellingen zijn, in hoeverre ze deel uitmaken van een grotere stichting, in hoeverre ze speciale voorzieningen hebben getroffen voor psychogeriatrische bewoners, zoals huiskamerprojecten, groepsverzorging. Ook is er naar de beweegredenen gevraagd voor het aanvragen van of het wel of niet hebben van een BOPZ-aanmerking.
- **De totstandkoming van het zorgplan**
Hierbij werd aandacht besteed aan de vraag wie na opnemings een vertegenwoordiger krijgt, wat voor rol wils(on)bekwaamheid hierin speelt, wanneer er een zorgplan wordt opgesteld, welke actoren betrokken zijn bij de totstandkoming van het zorgplan, en aan wie bij het opstellen van het zorgplan om toestemming wordt gevraagd.
- **De uitvoering van het zorgplan**
Aan de orde kwam onder meer welke items standaard in het zorgplan van een bewoner worden opgenomen, in hoeverre middelen of maatregelen worden toegepast; of er dwang wordt gebruikt en of dit geregistreerd en gemeld wordt en hoe de informatieverstrekking verloopt naar bewoner en vertegenwoordiger over Bopz-gerelateerde zaken.
- **Het vóórkomen van noodsituaties**
De vragen onder dit kopje hadden betrekking op redenen om in noodsituaties maatregelen toe te passen die niet in het zorgplan voorkomen, de frequentie waarin dit gebeurt en in hoeverre dit geregistreerd en gemeld wordt.

- De toepassing van huisregels
De opgenomen vragen over huisregels hadden tot doel te achterhalen in hoeverre de in artikel 40 genoemde beperkingen in huisregels vervat zijn.
- De interpretatie van enige begrippen die de wet noemt
De vragen rondom dit item waren deels gesloten, deels open van opzet en beoogden onder andere problemen met interpretatie van begrippen zoals gevaar en verzet uit de Wet Bopz te achterhalen.
- De activiteiten van de instelling om de Wet Bopz te operationaliseren.
Hierbij kan men onder andere denken aan het ontwikkelen van beleid, scholing van het personeel, en het instellen van een Bopz-klachtencommissie.

2.2.4 Dossieronderzoek

In de instellingen waar de interviews hebben plaatsgevonden zijn ook steeds twee zorgdossiers onderzocht. Doel van dit onderzoeksdeel was het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop verplichtingen vanuit de Wet Bopz zijn vertaald naar de zorgpraktijk. Met name artikel 56 Bopz geeft aanwijzingen wat in ieder geval in het zorgdossier dient te staan:

- 1 een zorgplan
- 2 de voortgang per maand in de uitvoering van het zorgplan
- 3 de medewerking van betrokkene aan de uitvoering van dit plan
- 4 als men geen overeenstemming over het zorgplan kan bereiken: de reden daarvan
- 5 als er sprake is van dwangbehandeling: de behandeling die is toegepast en de reden daarvan
- 6 als er sprake is van toepassing van middelen of maatregelen: welke middelen of maatregelen zijn toegepast en de reden daarvan
- 7 andere beslissingen: zoals het mededelen van huisregels en beperkingen van de bewegingsvrijheid
- 8 rechterlijke beslissingen en beschikkingen van burgemeester, en geneeskundige verklaringen.

De verplichtingen uit de Wet Bopz die betrekking hebben op het zorgdossier zijn vertaald naar een globale checklist die gebruikt is om een impressie van de dossiers te verkrijgen.

De zorgdossiers zijn steeds op verzoek van de onderzoekers door de instellingen at random gekozen, met dien verstande dat het dossier van de bewoner die zelf geïnterviewd werd of waarvan de vertegenwoordiger werd geïnterviewd in ieder geval bekeken werd. Op deze manier kon van de zorg rondom deze persoon een compleet beeld worden verkregen.

2.2.4 Invitational conference

Het doel van de invitational conference was om de voorlopige uitkomsten en aanbevelingen van het onderzoek ter validering voor te leggen aan diverse genodigden die werkzaam zijn in de boven beschreven categorieën verzorgingshuizen. Bij de samenstelling van de groep is ervoor gezorgd dat alle respondentengroepen, zoals hierboven werd beschreven, vertegenwoordigd waren. Bovendien is ernaar gestreefd om de genodigden uit zoveel mogelijk verzorgingshuizen afkomstig te laten zijn, zodat de uitkomsten breed konden worden gedragen. Uiteindelijk waren 13 personen, afkomstig uit 9 verzorgingshuizen aanwezig.

Daarnaast waren er een aantal andere participanten die te maken hebben met de toepassing van de Wet Bopz in verzorgingshuizen. Dat wil zeggen mensen, afkomstig van het ministerie, van koepelorganisaties, en van de universiteit. Het aantal participerende personen uit deze

groep bedroeg twintig.

Op basis van de voorlopige uitkomsten zijn zeven stellingen geformuleerd die aan de genodigden, door de onderzoekers verdeeld in twee kleinere werkgroepen zijn voorgelegd. Bij de bespreking van de stellingen is voor kleinere groepen gekozen omdat op deze manier de drempel om te spreken kon worden verlaagd. Aldus konden alle deelnemers vrijuit reflecteren op de stellingen.

De stellingen hadden betrekking op acht thema's rondom de wijze waarop de zorg met betrekking tot vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische bewoners georganiseerd dient te worden, te weten:

- Een aparte afdeling versus zorg door het hele verzorgingshuis heen
- Het vaststellen van grenzen van de zorg binnen het verzorgingshuis
- Wijze van toezicht
- Scholing van medewerkers
- De rol van de verpleeghuisarts en de huisarts
- De noodzaak van het ontwikkelen van een actief beleid om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te beperken, op basis van een centrale registratie
- De wenselijkheid van een proactieve houding van de inspectie bij het proces van aanvraag voor een Bopz-aanmerking
- De vraag of sederende medicatie en psychofarmaca als vrijheidsbeperking moeten worden gezien

De reacties op de stellingen zijn als volgt verwerkt. In iedere werkgroep is gediscussieerd over de stellingen onder leiding van een voorzitter. De taak van de voorzitter was om de voortgang tijdens de discussie te bewaken, te zorgen dat iedere deelnemer in voldoende mate aan bod kwam en consensusstandpunten te formuleren. Bij de bepaling van deze standpunten is gebruik gemaakt van een methode die wordt gebruikt door het Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg CBO ("Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO," 2000). Deze verliep als volgt. Naar aanleiding van de discussie formuleerde de voorzitter een gemeenschappelijk standpunt. Vervolgens vroeg hij of iedereen zich met dit standpunt kon verenigen. Als deelnemers het oneens waren met het standpunt, werd dit bijgesteld of er werd een minderheidsstandpunt toegevoegd.

Tot slot vond er een plenaire terugkoppeling plaats van de uitkomsten van de kleine werkgroepen. Ook hier werd getracht tot consensus te komen.

Een verslag van de invitational conference is opgenomen in de bijlagen.

2.3 Betrouwbaarheid onderzoek/beperkingen

Bij de opzet van het onderzoek is getracht om binnen de gestelde tijd en het budget een optimale betrouwbaarheid van de gegevens te verkrijgen. Toch valt niet te vermijden dat bij de interpretatie van de uitkomsten enige voorzichtigheid in acht genomen moet worden. Hieronder volgen enkele kanttekeningen:

Hoewel relatief veel mensen geïnterviewd zijn, behoren die mensen tot weinig instellingen. Getalsmatig kunnen die instellingen nooit representatief zijn voor de hele sector. Bij de presentatie van de resultaten van de interviews zullen daarom geen cijfers genoemd worden van aantallen respondenten die een bepaalde mening waren toegedaan. Dit zou ten onrechte de indruk kunnen wekken dat er een zekere representativiteit aan kan worden ontleend, terwijl het bij kwalitatief onderzoek veel meer gaat om het weergeven van tendensen. De betrouwbaarheid wordt echter vergroot door de uitkomsten van het onderzoek te toetsen in de invitational conference.

2.4 Verdere rapportage

Hierna treft u allereerst een overzicht aan van de literatuur die ten behoeve van dit onderzoek is bestudeerd. Aan de orde zullen komen een overzicht van verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en het onderscheid daartussen, het aanmerkingenbeleid met betrekking tot de Wet Bopz, de wijze van financiering van de Wet Bopz en tot slot het kader van het toepassen van de vrijheidsbeperkingen. In hoofdstuk vier wordt beschreven op welke wijze men in de praktijk invulling geeft aan de toepassing van vrijheidsbeperkende middelen. In hoofdstuk vijf worden de randvoorwaarden en zorgvuldigheid ten aanzien van de uitvoering van vrijheidsbeperkende middelen besproken. Tot slot komen in hoofdstuk zes de conclusies en aanbevelingen aan de orde.

3

Achtergronden en kaders

3.1 Inleiding

De overheid streeft substitutie van zorg na. Substitutie is het verleggen van patiëntenstromen naar de lichtst mogelijke zorgvorm c.q. zorgvoorziening. Motieven hiervoor zijn onder meer kostenbeheersing en het aanbieden van die zorgvoorziening die het minst ingrijpt in het leven van betrokkene. Daarnaast is er een trend waarneembaar dat ouderen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. In de ouderenzorg ontstaat daardoor de noodzaak om tot nieuwe zorgvormen te komen, waarbij soms door verzorgingshuizen samengewerkt wordt met andersoortige instellingen zoals verpleeghuizen of thuiszorg. Op het terrein van de psychogeriatric zijn de afgelopen jaren in het verzorgingshuis verschillende substitutie en/of samenwerkingsprojecten ontstaan om bewoners met psychogeriatric problematiek zo lang mogelijk in het verzorgingshuis zorg te kunnen bieden.

Uit het vorige onderzoek dat door Arcares werd uitgevoerd bleek reeds dat vrijwel alle verzorgingshuizen inmiddels te maken hebben met psychogeriatric problematiek. Het aantal bewoners dat aan de aandoening dementie lijdt zal naar verwachting bovendien de komende jaren sterk toenemen. (Gezondheidsraad, 2002) In het vorige rapport werd ook kort uiteengezet welke zorgproducten verzorgingshuizen hebben ontwikkeld voor psychogeriatric bewoners. Dit overzicht wordt hieronder opnieuw weergegeven. Vervolgens zal ingegaan worden op de wettelijke kaders van toepassingen van vrijheidsbeperkingen, de Wgbo en de Wet Bopz, en komt ook het beleid op basis waarvan een Bopz-aanmerking aan verzorgingshuizen wordt verleend ter sprake. Ten slotte zal kort worden ingegaan op de wijze waarop de zorgaanspraken zijn omschreven en hoe de indicatiestelling op basis daarvan plaatsvindt sinds 1 april 2003.

3.2 Zorgvormen

Fabbricotti (1999) onderscheidt de volgende zorgvormen in verzorgingshuizen:

- **Huiskamerprojecten**
Opvang van bewoners die niet meer zelfstandig in staat zijn om een eigen dagstructuur aan te brengen. Bij lichtere vormen van psychogeriatric wordt in dit verband ook wel van groepsverzorging gesproken.
- **Meerzorg**
Hiervan is sprake als naast de reguliere verzorgingshuiscare ook verpleeghuiscare wordt geboden. Het gaat hier om psychogeriatric problematiek in een verder gevorderd stadium dan bij huiskamerprojecten. Meerzorg wordt ook wel substitutieproject of groepsverzorging voor zwaardere vormen voor psychogeriatric genoemd. Er zijn 12-uurs en 24-uurs meerzorgafdelingen te onderscheiden. Een verzorgingshuis dat een Bopz-aanmerking voor een 24-uurs meerzorgafdeling heeft dient deze afdeling afsluit-

- baar te maken.
- Verpleegunit
Een verpleegunit is een volledige verpleeghuisafdeling in het verzorgingshuis voor psychogeriatrische bewoners. Tot voor kort was een dergelijke voorziening uitsluitend mogelijk onder auspiciën van een verpleeghuis, waarmee dan een verregaande vorm van samenwerking bestond. Reden hiervoor was enerzijds het feit dat voor verpleeghuiszorg een andere vorm van financiering bestond en anderzijds de situatie dat een zogeheten Bopz-aanmerking noodzakelijk was voor een dergelijke voorziening, die uitsluitend was weggelegd voor psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen.
- Tot slot bestaan er ook zorgvormen om extramuraal zorg te kunnen bieden aan psychogeriatrische patiënten. Dit wordt wel extramuraal ABWZ-zorg genoemd. Deze zorgvorm valt buiten het kader van dit onderzoek.

Uit bovenstaande blijkt dat de naamgeving voor de verschillende zorgproducten niet eenduidig is. Zo komt groepsverzorging als aanduiding zowel voor huiskamer- als meerzorgprojecten voor. In paragraaf 4.1 wordt beschreven welke zorgproducten de deelnemende verzorgingshuizen aan dit onderzoek hebben ontwikkeld. Ook hier blijkt dat de naamgeving niet eenduidig is.

3.3 Wettelijke kaders

Rechten van patiënten komen het meest onder druk te staan als zij in hun vrijheden worden beperkt. In verband met de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn twee wettelijke kaders van belang, de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen en de Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst. Hieronder volgt een uiteenzetting van beide regelingen.

3.3.1 Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen

In 1994 is na een lange voorgeschiedenis de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) ingevoerd. Een belangrijke doelstelling van deze wet is het versterken van de rechtspositie van patiënten die worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Naast de onvrijwillige opname in psychiatrische ziekenhuizen en de procedures voor verlof en ontslag (externe rechtspositie) regelt deze wet onder meer het onder dwang toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van de uitvoering van een behandelplan (art. 38 Bopz) en in noodsituaties (art. 39 Bopz). Onder psychiatrische ziekenhuizen moeten mede worden begrepen psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen en sinds 1 december 1999 ook psychogeriatrische afdelingen van verzorgingshuizen.

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn die middelen of maatregelen die een inbreuk maken op de bewegingsvrijheid van patiënten. Strikt genomen vallen hier ook de beschermende maatregelen onder die door de Inspectie in het verleden werden gedefinieerd als: 'verpleegkundige maatregelen, waarmee de ernstig verplegings- en zorgbehoeftige patiënt beschermd wordt tegen lichamelijk letsel.' (GIGV, 1990).

Het besluit middelen en maatregelen noemt vijf mogelijke toepassingen:

1. Afzondering, dit is het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een bewoner in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoons kamer.
2. Separatie; hieronder wordt verstaan het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een bewoner in een speciaal daarvoor bestemde en door de minister van VWS als separeerverblijf goedgekeurde afzonderlijke ruimte. Separatie is niet toegestaan in verpleeginrichtingen.
3. Fixatie; dit is het op enigerlei wijze beperken van een bewoner in zijn bewegingsmoge-

lijkheden.

4. Medicatie; dit is het onvrijwillig aan een bewoner toedienen van geneesmiddelen.
5. Toediening van voedsel of vocht. Ook dit kan vrijheidsbeperkend zijn, als dit gebeurt tegen de wil van de bewoner in.

3.3.1.1 Bopz-status

Een onvrijwillige opname kan bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten in tegenstelling tot psychiatrische patiënten naast de Rechterlijke Machtiging (RM; art. 2 e.v. Bopz), en de Inbewaringstelling (IBS; art. 20 e.v. Bopz), ook geschieden krachtens een indicatie van een speciaal daartoe in het leven geroepen indicatiecommissie (art. 60 Bopz). Langs deze weg kunnen psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten worden opgenomen die in hun geestesvermogens zijn gestoord en die geen blijk geven van de nodige bereidheid tot opname, maar daar ook geen bezwaar tegen koesteren. In tegenstelling tot bij de RM en IBS geldt dan bovendien een meer toegespitste vorm van 'gevaar': de betrokkene kan worden opgenomen, als hij zich ten gevolge van de stoornis van de geestvermogens niet buiten de inrichting kan handhaven. Een Bopz-indicatiecommissie is een niet aan een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg of verpleeg- of verzorgingshuis verbonden commissie. Krachtens het Zorgindicatiebesluit is het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) hiertoe voor psychogeriatrische verpleeghuizen en Bopz-aangemerkte afdelingen van verzorgingshuizen aangewezen (art. 3 *Zorgindicatiebesluit*, 1997).

3.3.1.2 Zorgplan

Wanneer iemand onvrijwillig opgenomen is, moet de arts die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de Wet Bopz (Bopz-arts) er allereerst voor zorgdragen dat zo spoedig mogelijk een behandelplan wordt opgesteld (art. 38 lid 1 Bopz). In de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg wordt in dit verband van een zorgplan gesproken. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1997-1998) Het plan dient erop gericht te zijn de stoornis dermate te verbeteren, dat het gevaar op grond waarvan de bewoner onvrijwillig in de instelling moet verblijven, wordt weggenomen. De wet schrijft niet voor dat de voor de behandeling verantwoordelijke persoon een arts is. De Bopz-arts hoeft het plan dus niet zelf op te stellen.

Indien de bewoner wilsbekwaam is, moet het zorgplan in overleg met de bewoner worden opgesteld. Is deze wilsonbekwaam, dan geschiedt de opstelling ervan in overleg met de vertegenwoordiger. Voor de vertegenwoordiging hanteert art. 38 Bopz dezelfde rangorde als art. 7:465 BW.

De wet schrijft voor dat het zorgplan erop gericht dient te zijn de stoornis zo te verbeteren, dat het gevaar op grond waarvan de bewoner onvrijwillig in de instelling moet verblijven, wordt weggenomen.

3.3.1.3 Toepassing vrijheidsbeperkingen

Vrijheidsbeperkingen zijn die middelen of maatregelen die een inbreuk maken op de vrijheid van bewoners. De Wet Bopz biedt ruimte om vrijheidsbeperkende maatregelen bij onvrijwillige bewoners op drie manieren toe te passen:

In de eerste plaats kan de behandelaar met de bewoner, of wanneer deze wilsonbekwaam is met diens vertegenwoordiger, afspreken om middelen of maatregelen als onderdeel van het zorgplan op te nemen. Voorwaarde is echter wel dat zij – conform het doel van het zorgplan – gericht zijn op verbetering van de stoornis van de geestvermogens van de bewoner. Zolang er instemming is van de bewoner of zijn vertegenwoordiger, mag dit plan worden uitgevoerd.

Een tweede toepassingsmogelijkheid van vrijheidsbeperkingen is bij wijze van dwangbehandeling. Dwangbehandeling ontstaat als de (wilsonbekwame) bewoner of bij diens wilsonbekwaamheid zijn vertegenwoordiger, zich verzet tegen de uitvoering van (delen van) het zorgplan. De uitvoering mag dan worden doorgezet indien toepassing noodzakelijk is om ernstig

gevaar voor de bewoner zelf of voor anderen te voorkomen (art. 38 lid 5 Bopz). Omdat de behandeling die onder dwang wordt uitgevoerd een uitvloeisel is van het zorgplan, dient deze erop gericht te zijn de toornis van de bewoner te verbeteren. In de verpleeghuiszorg wordt een toepassing van vrijheidsbeperkingen zelden als dwangbehandeling gekwalificeerd. Enerzijds verzetten bewoners zich maar weinig tegen behandelingen. Anderzijds worden uitlatingen van bewoners dikwijls beoordeeld op hun aard. Daarbij wordt geen gebruik gemaakt van richtlijnen. (Arends, et al., 2002) Overigens zijn er ook nooit richtlijnen gekomen voor het bepalen van verzet, die naar aanleiding van de vorige evaluatie zouden worden ontwikkeld. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1997-1998)

Tot slot kunnen vrijheidsbeperkingen worden toegepast in het geval van een noodsituatie waarin het zorgplan niet voorziet. Dan mogen middelen of maatregelen worden toegepast ter overbrugging van die noodsituatie. De wet stelt een maximumtermijn van zeven dagen (art. 39 Bopz). Is daarna verdere toepassing noodzakelijk, dan moet er een voorziening worden getroffen in het zorgplan. In het geval van een noodsituatie hoeft geen sprake te zijn van een therapeutisch doel.

3.3.1.4 Registratie en melding

Als bij de zorg voor onvrijwillig opgenomen bewoners sprake is van dwangbehandeling of toepassing van middelen of maatregelen in een noodsituatie, dient de Bopz-arts dit te melden aan de Inspectie. Ingevolge de art. 38 lid 6 en 39 lid 3 Bopz moet hij uiterlijk bij het begin van een toepassing melden. Verder geeft art. 38 lid 7 aan dat de Inspectie na beëindiging van een toepassing van dwangbehandeling een onderzoek moet instellen of de beslissing tot die behandeling zorgvuldig is genomen en of de uitvoering zorgvuldig is geschied, hetgeen volgens Widdershoven impliceert dat ook de beëindiging van een toepassing van dwangbehandeling gemeld moet worden. (Widdershoven, 1997) Aldus is er extern toezicht op inbreuken op de rechtspositie van bewoners.

In het dossier van de bewoner moet naast het zorgplan in ieder geval worden vastgelegd of en wanneer er dwangbehandeling is toegepast en wat de redenen zijn die daartoe hebben geleid. Dit geldt ook voor toepassingen van middelen of maatregelen in een noodsituatie. Voor dit laatste geldt bovendien dat er een centraal register dient te worden bijgehouden (art. 56 en 59 Bopz).

In tegenstelling tot dwangbehandeling en toepassing van middelen of maatregelen in een noodsituatie, hoeven vrijheidsbeperkende maatregelen die in het zorgplan worden opgenomen niet te worden geregistreerd en gemeld aan de Inspectie.

3.3.1.5 Huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid

Een ander onderdeel van de interne rechtspositie van bewoners betreft de huisregels (art. 37 Bopz). Huisregels gelden voor alle bewoners binnen de instelling. Art. 3 van het Besluit rechtspositieregelen Bopz schrijft voor dat in de huisregels slechts algemene regels mogen staan die betrekking hebben op een ordelijke gang van zaken in de instelling. Deze regels mogen de vrijheid van handelen van de bewoners niet verder beperken dan voor dit doel strikt noodzakelijk is. In de huisregels mogen voorts geen individuele regels staan.

Tot slot kent de Wet Bopz nog enkele andere beperkingen die aan de bewoner kunnen worden opgelegd (art. 40 Bopz).

1. Poststukken kunnen in aanwezigheid van de patiënt worden onderworpen aan een controle op meegezonden voorwerpen;
2. Het recht op ontvangen van bezoek, zoals dit is neergelegd in de huisregels, kan worden beperkt;
3. Het recht op bewegingsvrijheid in en rond de instelling zoals dit in de huisregels is neergelegd, kan worden beperkt;

4. Het recht op vrij telefoonverkeer, zoals dit in de huisregels is neergelegd, kan worden beperkt. Het recht om te mogen bellen met de advocaat, de officier van justitie, de rechter, of de Inspectie kan echter niet worden beperkt.

Voor toepassing van de beperkingen vermeld onder twee tot en met vier, geldt als extra voorwaarde:

- Van uitoefening van het recht door de bewoner moeten ernstige nadelige gevolgen worden gevreesd voor diens gezondheidstoestand, of
- Toepassing is noodzakelijk ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten.

Ingevolge art. 61 Bopz mag overigens op bewoners die via de Bopz-indicatiecommissie zijn opgenomen alleen een beperking op het recht op bewegingsvrijheid worden opgelegd en geen van de overige drie beperkingen.

3.3.2 Toepassing van vrijheidsbeperkingen in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst

In het kader van een beoordeling van de interne rechtspositie van bewoners in psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg kan niet onvermeld blijven dat ook de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) ruimte biedt om dwangbehandeling toe te passen. De rechtsbescherming is dan beperkter, omdat de Wgbo geen verplichting kent om de vrijheidsbeperking te registreren of te melden.

Net als bij de Wet Bopz zijn vrijheidsbeperkende maatregelen onder de Wgbo mogelijk op basis van overeenkomst. Indien de bewoner wilsonbekwaam is voor het geven van toestemming, kan de vertegenwoordiger in diens plaats optreden (art. 7:465 BW). Als de bewoner zich echter verzet is ook op grond van de Wgbo dwang mogelijk. In de eerste plaats kan dit als een handeling gekwalificeerd kan worden als een verrichting van niet-ingrijpende aard (art. 7:466 lid 2 BW). In dat geval hoeft immers in het geheel niet om toestemming voor de handeling te worden gevraagd. Een vrijheidsbeperkende handeling zal echter niet eenvoudig kunnen worden gekwalificeerd als verrichting van niet-ingrijpende aard, zeker niet als de bewoner zich verzet. Meer perspectief biedt dan ook art. 7:465 BW, die dwang onder voorwaarden mogelijk maakt bij verrichtingen van ingrijpende aard:

1. Het gaat om een geneeskundige behandeling: dat wil zeggen om een behandeling die erop is gericht de gezondheidstoestand van de patiënt te beoordelen, te verbeteren of om hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden (art. 7:446 lid 2 BW);
2. De vertegenwoordiger heeft toestemming voor de behandeling gegeven;
3. De voorgestelde behandeling is van ingrijpende aard;
4. De behandeling is noodzakelijk om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Een derde mogelijkheid die de Wgbo biedt voor dwang is de noodsituatie waarin de beslissing van de vertegenwoordiger niet kan worden afgewacht en ingrijpen door de hulpverlener noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen (art. 7:466 lid 1 BW). (Lomwel en Veen, 1996, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 1997)

De regeling van de Wgbo geeft geen uitsluitsel welke vrijheidsbeperking onder deze regeling geoorloofd is en welke niet. Een tweede vraag die bij de regeling van de Wgbo rijst is welke de grenzen zijn van de dwang die mag worden toegepast.

De weinige jurisprudentie die in relatie tot psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg met betrekking tot de Wet Bopz voorhanden is, heeft veelal betrekking op de vraag of een vrijwillige opname ofwel een opname via een Bopz-indicatie moet worden omgezet in een

rechterlijke machtiging vanwege de aard van de dwangbehandeling die wordt toegepast. In deze uitspraken lijkt de rechtspraak nog weinig consistent. Waar in de ene zaak (1998) dwanginterventies mogelijk worden geacht op basis van art. 7:466 lid 1 BW en de rechter een voorlopige machtiging niet nodig vindt, omdat betrokkene zich verzet tegen de behandeling en niet tegen de opnemings, wordt in een soortgelijke zaak (2000) wel een voorlopige machtiging verleend teneinde dwangbehandeling mogelijk te maken. Het is niet duidelijk of de rechter in de laatste uitspraak is nagegaan of de Wgbo in dit geval ook een oplossing kon bieden. In een derde uitspraak wordt een vordering tot voorlopige machtiging afgewezen, omdat onvoldoende aannemelijk is, dat dwangmedicatie niet op grond van art. 60 Bopz of de Wgbo mogelijk is. (2001)

Hoewel van consistentie nog niet echt sprake is, is de voorzichtige conclusie gerechtvaardigd dat de rechter erkent dat in bepaalde gevallen onder dwang vrijheidsbeperkende maatregelen op vrijwillig opgenomen bewoners toegepast kunnen worden. De rechtbank Alkmaar voegt daar in eerdergenoemde uitspraak van 22 januari 1998 aan toe: 'betrokkene geniet weliswaar geringere rechtsbescherming dan degenen die onvrijwillig of na beoordeling van een indicatiecommissie in de inrichting zijn opgenomen, maar deze leemte kan niet worden opgevuld door de ingrijpende en veelal langdurige maatregel van de voorlopige machtiging toe te passen in bovenvermeld situaties. Het is aan de wetgever om de interne rechtspositie in gevallen als deze te verbeteren'. Wat de reikwijdte is van toepassing van deze maatregelen buiten het kader van de Wet Bopz is daarmee echter nog steeds niet duidelijk. Ook in latere uitspraken blijven de rechtbanken weinig consistent in hun uitspraken.

Met de onduidelijkheid die in de jurisprudentie bestaat, blijft de mogelijkheid open dat verzorgingshuizen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen bij psychogeriatrische bewoners die zich niet verzetten tegen hun verblijf in de instelling, niet handelen in strijd met de wet. Dit hoeft zelfs niet het geval te zijn wanneer die bewoners zich wel verzetten tegen de uitvoering van de vrijheidsbeperkende handeling. Dit neemt echter niet weg dat voor een verzorgingshuis dat structureel met psychogeriatrische bewoners te maken heeft het verkrijgen van een Bopz-aanmerking en het werken onder de vlag van de Wet Bopz toch de voorkeur verdient, omdat deze wet in vergelijking tot de Wgbo meer rechtsbescherming biedt.

3.4 Aanmerkingenbeleid

Het aanmerkingenbeleid van het Ministerie van VWS is gebaseerd op een circulaire die op 6 oktober 1999 is uitgegaan naar alle verzorgingshuizen, alsmede op een notitie van de Inspectie waarin de kwaliteitscriteria voor het aanmerken van verzorgingshuizen als 'Bopz-lokatie'. Deze notitie is tevens als bijlage bij eerdergenoemde circulaire opgenomen. Hieronder volgt een samenvatting van beide stukken.

3.4.1 Circulaire VWS d.d 6 oktober 1999

In de circulaire wordt aangegeven dat de aanvraag voor een aanmerking een bouwkundig deel van het verzorgingshuis dient te betreffen waar deze bewoners zijn gehuisvest. Deze 'afdeling' dient geschikt te zijn voor de verpleging en verzorging van deze bewoners. Het is niet mogelijk één appartement aan te merken. Verder wordt aangegeven dat de Inspectie voor Gezondheidszorg kwaliteitscriteria heeft opgesteld die waarborgen dat volgens de Wet Bopz kan worden gewerkt.

Tot slot bevat het schrijven een drietal punten aan de hand waarvan kan worden nagegaan, of het eigen verzorgingshuis een aanmerking moet aanvragen:

- Zijn er in huis bewoners met psychogeriatrische aandoeningen, waarbij vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast?
- Zullen deze bewoners bij indicatie een art. 60-indicatie, dan wel rechterlijke machtiging

of inbewaringstelling verkrijgen?

- Voldoet de instelling aan de gestelde eisen volgens de Wet Bopz?

Een aanvraag moet worden vergezeld van:

- Een tekening van het verzorgingshuis, met daarbij aangegeven het bouwkundige deel waarvoor de Bopz-aanmerking moet gelden;
- Het volledige adres van de locatie;
- Een motivering, waaruit blijkt dat de instelling voldoet aan de gestelde criteria, zoals aangegeven in de notitie van de inspectie voor Gezondheidszorg.

Op de aanvraag wordt beslist door de Minister op grond van art. 1 lid 1 sub h Bopz. Uit de circulaire blijkt dat de Minister een beschikking afgeeft, op basis van advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze baseert het advies op basis van eigen ontwikkelde kwaliteitscriteria. Deze worden hieronder beschreven.

3.4.2 Notitie Inspectie: Kwaliteitscriteria voor het aanmerken van verzorgingshuizen als ‘Bopz-lokatie’.

In deze notitie worden de criteria besproken op basis waarvan een verzorgingshuis een Bopz-aanmerking kan verkrijgen. Aan het verzorgingshuis worden de volgende eisen gesteld:

1. In de instelling moet verantwoorde zorg worden geleverd, zoals beschreven in art. 2 en 3 Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ). Dat houdt in dit verband in dat de directie van het verzorgingshuis zorg moet dragen voor voldoende en voldoende deskundig personeel voor behandeling, zorgverlening en begeleiding van de specifieke doelgroepen die onder de Wet Bopz vallen. Daarenboven wordt aangegeven dat het personeel het werk moet doen op grond van een juiste verantwoordelijkheidstoedeling en gebruik moet kunnen maken van adequate materialen voor de toepassing van dwangbehandeling en middelen of maatregelen.
2. Volgens de Inspectie moet er een afdeling zijn waar gedurende 24 uur per dag zorg geleverd wordt aan psychogeriatrische patiënten, waar de Wet Bopz kan worden uitgevoerd en bovendien moet deze afdeling voldoen aan de eisen die de Wet Bopz stelt.
3. De Inspectie geeft de voorkeur aan een goede samenwerking tussen het verzorgingshuis en een psychogeriatrisch verpleeghuis, op dat aan alle eisen van de Wet Bopz kan worden voldaan. Dat houdt onder meer in dat ernstig gevaar, veroorzaakt door de geestesstoornis, kan worden afgewend. In principe brengt dat met zich mee dat de afdeling waar de psychogeriatrische patiënten worden verpleegd, afgesloten kan worden voor degenen voor wie weglopen gevaar met zich mee kan brengen en dat de afdeling open is voor patiënten die zich zonder gevaar buiten de afdeling kunnen begeven. Daarnaast moet de afdeling toegerust zijn voor het zorgvuldig en verantwoord uitvoeren van vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast moeten materialen die gebruikt worden voor de toepassing van middelen of maatregelen deugdelijk en veilig zijn. Buiten de Bopz-afdeling mag geen middelen of maatregelen en dwangbehandeling worden toegepast. Op de Bopz-afdeling mogen alleen patiënten met een psychogeriatrisch ziektebeeld verblijven onder een geldige verblijfstitel (dus vrijwillig, of onvrijwillig en opgenomen met een Bopz-maatregel, te weten een art. 60-indicatie, een RM of een IBS).
4. Het verzorgingshuis moet beschikken over een geneesheer-directeur in de zin van de Wet Bopz (art. 1 lid 3). Dit brengt met zich mee dat een daartoe bevoegde arts de in de Wet Bopz vermelde taken van de geneesheer-directeur moet vervullen. Deze arts dient bekend te zijn met en bekwaam zijn voor de uitvoering van de Wet Bopz. Het meest voor de hand ligt deze taak neer te leggen bij een verpleeghuisarts, maar ook een huisarts kan dit doen, mits hij aan eerdergenoemde kwalificaties bezit. De toedeling van de

taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden die de Wet Bopz aan de Bopz-arts stelt, moet het bestuur van het verzorgingshuis schriftelijk vastleggen.

5. Het bestuur van het verzorgingshuis moet tot slot ook de interne rechtspositie van onvrijwillig verblijvende bewoners waarborgen.

3.5 Zorgaanspraken in verzorgingshuizen

3.5.1 Situatie sinds 1 april 2003

De afgelopen jaren is het beleid met betrekking tot de verdeling van de zorg gericht op een verschuiving van een aanbodgerichte naar een vraaggestuurde aanpak. Dit sluit aan op de breed gedragen maatschappelijke doelstelling om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van mensen in alle omstandigheden en fasen van het leven zo lang mogelijk en zoveel mogelijk te handhaven. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 2000-2001) In dat verband wordt de indicatie voor verzorging en verpleging inmiddels onafhankelijk gesteld. (Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2003)

In hun brief aan de Tweede Kamer in 2001 noemen de staatssecretarissen van VWS en VROM het verbeteren van het aanbod aan wonen en zorg op maat een belangrijk element in het vergroten van de keuzevrijheid van mensen. Zij benadrukken dat de plaats waar men woont niet bepalend moet zijn voor de zorg die men ontvangt en dat het ook niet zo kan zijn dat de zorgindicatie bepaalt waar men moet wonen. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 2000-2001)

Sinds 1 april 2003 is de vereenvoudigde AWBZ-brede regeling voor het persoonsgebonden budget in werking getreden. Deze regeling brengt met zich mee dat organisaties vanaf nu ook AWBZ-breed zorg kunnen gaan leveren. Daartoe is het Besluit zorgaanspraken (Bza) gewijzigd. Met dit besluit wordt een nieuwe stap gezet in het bereiken van de doelstellingen die met de modernisering van de AWBZ worden nagestreefd. Naast het realiseren van meer keuzevrijheid zijn dit het creëren van meer keuzemogelijkheden en meer zeggenschap door de verzekerde. Een andere doelstelling ligt op het terrein van de deregulering, de beperking van de administratieve lasten en het versterken van de rechten en plichten van de verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars in de AWBZ. ("Besluit zorgaanspraken AWBZ. Nota van toelichting," 2002) Deze wijziging brengt met zich mee dat aanspraken vanaf 1 april niet meer instellingsgebonden zijn, maar dat deze in zeven functies worden aangeduid (zie art. 1 Bza), te weten:

1. Huishoudelijke verzorging
Hierbij gaat het om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen. (art. 3 Bza)
2. Persoonlijke verzorging
Hierbij gaat het om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Daaronder valt ook zorg die in directe relatie staat tot de persoonlijke verzorging. Ook het stimuleren van de zelfredzaamheid en het zo mogelijk aanleren van ADL-activiteiten behoort tot deze functie. (art. 4 Bza)
3. Verpleging
Bij verpleging gaat het om het herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en het uitvoeren van de daarmee samenhangende verpleegtechnische handelingen. Ook omvat het onderzoek naar de gezondheid, alsmede het geven van advies, instructie en voorlichting over hoe om te gaan met ziekte, preventie en hulpmiddelen en dergelijke. (art. 5 Bza)
4. Ondersteunende begeleiding
Ondersteunende begeleiding neemt de aandoening, beperking of handicap voor ge-

ven aan en bouwt voort op de (rest)mogelijkheden van de verzekerde. Het gaat om activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij bevorderen. Deze zorg kan zowel individueel als in groepsverband geboden worden, afhankelijk van de situatie. Het gaat hierbij ook om dag- of nachtopvang in een instelling. (art. 6 Bza)

5. Activerende begeleiding

Activerende begeleiding neemt de aandoening, beperking of handicap juist niet voor gegeven aan, maar grijpt daarop in. Met activerende begeleiding wordt de verzekerde geleerd om te gaan met de (gevolgen van de) aandoening, beperking of handicap. (art. 7 Bza)

6. Behandeling

Hierbij gaat het om behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard, gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, een verstandelijke lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling of door een psychiater of zenuwarts. (art. 8 Bza)

7. Verblijf

Bij verblijf wordt de verzekerde een therapeutische of beschermende leefomgeving geboden waarin toezicht beschikbaar is. Het verblijf kan tijdelijk of duurzaam zijn. (art. 9 Bza) Een verzekerde kan geen indicatiebesluit voor verblijf krijgen, als hij ook niet voor een of meer van de andere functies geïndiceerd wordt. Dientengevolge vermeldt de nota van toelichting bij deze bepaling dat het altijd om een instelling moet gaan die voor meer functies dan alleen verblijf is toegelaten. Verder gaat de nota in op het feit dat deze functie niet de dagzorg of de dag- en nachtopvang omvat. 'Logeren' in de zin van dat de verzekerde dag en nacht in de instelling verlijft valt dan wel onder art. 9, terwijl 'logeren' louter als nachtopvang onder begeleiding valt. Huishoudelijke verzorging maakt onderdeel uit van het verblijf en hoeft hier dus geen aparte indicatie meer voor te krijgen.

Ook de indicatie gebeurt vanaf 1 april in deze functies. De zorgzwaarte wordt daarbij in klassen aangegeven. Aldus kan het zorgkantoor voor iemand de omvang van het persoonsgebonden budget bepalen. Daarnaast kan iemand ook nog steeds kiezen voor zorg in natura. De huidige bekostigingssystematiek voor zorg in natura blijft voor 2003 gehandhaafd. Er worden echter wel voorbereidingen getroffen voor een bekostigingssystematiek op basis van de functies. (CVZ, 2003)

Indicatieorganen stellen dus vast of een verzekerde naar aard, inhoud en omvang op de aangevraagde AWBZ-zorg is aangewezen. Zij inventariseren de zorgbehoefte van de verzekerde, en geven daarbij aan voor welke functie(s) de verzekerde in aanmerking komt. Vervolgens kan de verzekerde ervoor kiezen zich ofwel bij een zorgaanbieder te melden om zijn zorgvraag om te zetten in daadwerkelijke zorg, ofwel hij kan zich melden bij het zorgkantoor voor aanvragen van een persoonsgebonden budget. (CVZ, 2003)

Er is gekozen voor het omschrijven van zorgaanspraken in functies, zo blijkt uit de nota van toelichting bij het Besluit zorgaanspraken, omdat op deze manier de zorgvrager zich niet steeds opnieuw hoeft te laten indiceren als hij van een ander product gebruik gaat maken. ("Besluit zorgaanspraken AWBZ. Nota van toelichting," 2002) Hij moet zich echter wel opnieuw laten indiceren als de zorgbehoefte zodanig verandert dat hij gebruik moet gaan maken van andere functies. (Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2003)

3.5.2 Gevolgen voor aanmerkingenbeleid verzorgingshuizen

De flexibilisering van de AWBZ is al enkele jaren in gang. Daarbij zijn de aanspraken op zorg zo

omschreven dat er meer zorg op maat geboden kan worden en wel zodanig dat een verzekerde niet alleen zorg ontvangt bij verblijf in een instelling, maar ook wanneer deze thuis verblijft. Daardoor is het al enige tijd zo dat een verzekerde thuis verpleging en verzorging thuis kan ontvangen via het verpleeghuis, het verzorgingshuis en de instelling voor thuiszorg. Ook kan het verzorgingshuis binnen de eigen instelling verpleeghuiszorg aanbieden.

Met de inwerkingtreding van het Besluit zorgaanspraken wordt nog een stap verder gegaan. In de functiegerichte benadering wordt ook de vergunning of de toelating van instellingen afhankelijk van functies. Daarbij hebben instellingen de keuze zich te richten op alle functies, maar kunnen zij zich ook toeleggen op slechts één of enkele functies. Het idee daarbij is dat daarmee een grote diversiteit van aanbieders mogelijk is, waarmee de keuzemogelijkheden voor verzekerden worden vergroot. Door het laten vervallen van de sectoren (ontschotting) kunnen bestaande aanbieders bovendien ook in andere sectoren zorg gaan bieden. ("Besluit zorgaanspraken AWBZ. Nota van toelichting," 2002)

In de toekomst zal ook de bekostiging functiegericht plaatsvinden. De producten zullen dan zonder eerst de stap naar de overheid of het CTG te maken steeds kunnen worden aangepast. Met bovengenoemde flexibilisering zijn verzorgingshuizen niet meer gebonden aan het creëren van aparte afdelingen voor meerzorg. Verpleeghuiszorg kan dan ook op het eigen appartement worden geleverd, mits dit op een verantwoorde wijze kan worden georganiseerd. Toch zal een verzorgingshuis, zodra een bewoner een Bopz-indicatie heeft, op een afsluitbare Bopz-afdeling moeten verblijven. Ingevolge het huidige beleid kan een Bopz-indicatie voor mensen die reeds in de instelling verblijven aan de orde komen, wanneer vrijheidsbeperkingen noodzakelijk zijn. Een probleem dat zich daardoor voordoet is dat door de toepassing van vrijheidsbeperkingen afhankelijk te stellen van een Bopz-indicatie en een verblijf op een speciale Bopz-afdeling deze indirect toch een zorgindicatie wordt die bepaalt waar men moet wonen/verblijven. Dit is in strijd met het beleid dat met de herzieningen van de AWBZ wordt nagestreefd. Daarbij is het uitgangspunt, zoals hierboven werd uiteengezet, dat niet de plaats waar men woont uitgangspunt moet zijn voor welke zorg men ontvangt.

3.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de kaders waarbinnen de zorg die in verzorgingshuizen wordt verleend aan psychogeriatrische patiënten zich afspeelt en in het bijzonder die zorg die betrekking heeft op vrijheidsbeperkende maatregelen. Naast zorginhoudelijke aspecten is ingegaan op de financiële kaders waarbinnen deze zorg zich afspeelt, alsmede op de juridische normstellingen. Ook is ingegaan op het aanmerkingenbeleid dat wordt gehanteerd door het Ministerie van VWS. Uit de voorwaarden die gesteld worden aan het aanmerkingenbeleid kan geconcludeerd worden dat op dit moment uitsluitend gesloten 24-uurs meerzorgafdelingen, alsmede verpleegunits in verzorgingshuizen een Bopz-aanmerking kunnen verkrijgen. Het vereiste dat een Bopz-geïndiceerde op een dergelijke aparte afsluitbare afdeling dient te verblijven verhoudt zich echter niet met de doelstellingen van de herzieningen van de AWBZ.

4

Praktijkonderzoek

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken die verkregen zijn uit het praktijkonderzoek naar de toepassing van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen in verzorgingshuizen. Deze resultaten zijn verkregen uit interviews die gehouden zijn in vijf instellingen (zes verzorgingshuizen) die geen Bopz-aanmerking hebben en ook geen gesloten afdeling, en in vier verzorgingshuizen met een Bopz-aangemerkte gesloten afdeling. Deze laatste groep bestaat uit twee verzorgingshuizen met een gesloten meerzorgafdeling en twee verzorgingshuizen met een verpleegunit. Naast de interviews zijn ook resultaten verkregen uit dossierstudies die in dezelfde instellingen zijn verricht. Een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksopzet treft u aan in hoofdstuk 2.

Hieronder volgt een weergave van de onderzoeksresultaten per thema. Binnen ieder thema wordt een onderscheid gemaakt naar de drie verschillende instellingsvormen, te weten: (1) een instelling zonder Bopz-aanmerking, (2) een meerzorgafdeling met Bopz-aanmerking en tot slot (3) een verpleegunit met Bopz-aanmerking. Ter introductie volgt allereerst een profiel van de onderzochte instellingen. Daarna start de rapportage met een beschrijving van de rol van de bewoner en de vertegenwoordiger in het proces van totstandkoming en uitvoering van het zorgplan. In paragraaf 4.4 volgt een verdieping van de totstandkoming en inhoud van het zorgplan. In de daaropvolgende paragraaf wordt ingegaan op toepassingen van vrijheidsbeperkingen en wel in het kader van de uitvoering van het zorgplan, bij wijze van dwangbehandeling en in noodsituaties. Paragraaf 4.6 bespreekt het toezicht op psychogeriatrische bewoners in het algemeen en bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen in het bijzonder. Paragraaf 4.7 ten slotte gaat in op de vraag of de onderzochte verzorgingshuizen verantwoorde zorg leveren met betrekking tot psychogeriatrische bewoners. Daarbij zijn als criteria onder meer een aantal eisen gebruikt die door de Inspectie worden gehanteerd bij de aanvraag voor een aanmerking, te weten de hoeveelheid personeel, de deskundigheid van het personeel, de verantwoordelijkheidstoedeling bij de uitvoering van vrijheidsbeperkingen, en het gebruik van adequaat materiaal. Als additionele eis is ingegaan op de vraag in hoeverre verzorgingshuizen hun eigen grenzen bewaken in wat nog verantwoorde zorg is binnen de instelling.

4.2 Profiel instellingen

De negen bezochte instellingen (tien verzorgingshuizen) bevinden zich in het noorden, het midden, het westen en het zuiden van het land. Twee verzorgingshuizen zijn gesitueerd in een dorp, twee huizen in een kleine stad, drie in een middelgrote stad en drie in een grote stad. Alle huizen hebben zorgproducten ontwikkeld voor psychogeriatrische patiënten. In de vijf instellin-

gen zonder Bopz-aanmerking gaat het daarbij om een huiskamerproject of groepsverzorging. De begrippen huiskamerproject en groepsverzorging worden door de verzorgingshuizen door elkaar gebruikt (zie hierover par. 3.2). Ook het begrip (12-uurs) meerzorgafdeling komt voor. Bij alle zes verzorgingshuizen vindt de groepsverzorging (of het huiskamerproject) plaats in een daartoe ingerichte niet afgesloten ruimte. Bij één van die huizen bevindt de groepsverzorging zich echter wel op een afdeling die afgesloten is. Dit is mogelijk, omdat zich in hetzelfde pand ook een verpleeghuis bevindt. ‘

’s Avonds worden de bewoners die van de groepsverzorging of het huiskamerproject gebruik maken naar hun eigen kamer teruggebracht. De zes verzorgingshuizen hanteren bij hun groepsverzorging of huiskamerproject een verschillend beleid in de mate van vrijheid met betrekking tot deelname voor de bewoners: waar de ene instelling de bewoners aanspoort te blijven wanneer zij aanstalten maken om weg te gaan, laat de andere instelling bewoners die weg willen naar hun eigen appartement op de afdeling gaan. Hierop wordt in par. 4.6.1 uitgebreider ingegaan.

Op de afdelingen in de vijf onderzochte instellingen met een huiskamerproject of groepsverzorging is steeds plaats voor ongeveer 15 personen. Van deze vijf instellingen zijn er drie geselecteerd via VWS en de Inspectie, en zijn er twee zelf aangezocht. Bij één instelling zijn twee verzorgingshuizen van de stichting bezocht.

Twee huizen hebben een verpleegunit met een Bopz-aanmerking, met plaats voor respectievelijk 16 en 20 personen. Twee huizen hebben een gesloten 24-uurs meerzorgafdeling met een Bopz-aanmerking met beide plaats voor 15 personen. Eén verzorgingshuis met een verpleegunit en twee met een 24-uurs meerzorgafdeling hebben naast de Bopz-aangemerkte afdeling ook nog een huiskamerproject in huis. De werkwijze van de huizen met aanmerking overdag is vergelijkbaar met die zonder aanmerking in die zin dat de bewoners ook hier overdag op een gezamenlijke plek, bijvoorbeeld een huiskamer verblijven.

Op twee verzorgingshuizen na geven alle verzorgingshuizen aan naast de speciale psychogeriatrische zorgproducten ook een aantal psychogeriatrische bewoners te herbergen die geen gebruik maken van deze voorzieningen. Het betreft dan steeds 10 tot 20 psychogeriatrische bewoners per verzorgingshuis. Eén verzorgingshuis gaf aan bijna geen andere psychogeriatrische bewoners buiten de afdeling te hebben en één verzorgingshuis had hier geen gegevens over.

Dikwijls maakt het verzorgingshuis onderdeel uit van een grotere stichting waarin zich zowel verzorgingshuizen, als een of meerdere verpleeghuizen bevinden. Bij een dergelijke constructie is de verpleeghuisarts die adviseert en/of werkt binnen het verzorgingshuis steeds verbonden aan de stichting. Bij vijf verzorgingshuizen is dit het geval. Eén verzorgingshuis is onderdeel van een stichting met één ander verzorgingshuis, een ander verzorgingshuis is onderdeel van een stichting met aanleuningswoningen en twee verzorgingshuizen zijn onafhankelijk. Opvallend is dat alle verzorgingshuizen, dus ook de verzorgingshuizen zonder aanmerking, samenwerken met een verpleeghuisarts. In veel gevallen heeft de verpleeghuisarts binnen het verzorgingshuis uitsluitend een adviesfunctie. De huisarts is dan meestal degene die uiteindelijk beslissingen neemt met betrekking tot vrijheidsbeperkingen. De samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts kan soms tot problemen leiden. Op dit onderwerp wordt later verder ingegaan.

4.3 Motieven wel of geen Bopz-aanmerking

Van de deelnemende verzorgingshuizen aan dit onderzoek die geen Bopz-aanmerking hebben aangevraagd, zijn de twee die onder dezelfde instelling vallen voornemens dit wel te gaan

doen. De aanvraag is nog niet gedaan, omdat het creëren van een aparte afdeling in de huidige gebouwen niet mogelijk is. Er is echter een aanvraag gedaan voor een nieuwe bouwvergunning, waarin rekening is gehouden met een aparte afsluitbare afdeling voor de verzorgingshuizen die bij deze instelling horen.

Bij een ander verzorgingshuis is in hetzelfde gebouw ook een verpleeghuis gevestigd. Verder is de groepsverzorging hier zodanig gelokaliseerd dat mensen hier ook niet vandaan kunnen. Vanwege deze situatie heeft men de aanvraag voor een Bopz-aanmerking wel overwogen, maar niet nodig geacht. Met de huidige voorzieningen kan vooralsnog adequaat zorg worden geboden aan psychogeriatrische patiënten, zo wordt geredeneerd.

Bij een vierde verzorgingshuis is de vraag of een Bopz-aanmerking wenselijk is nog niet aan de orde geweest.

De overige twee verzorgingshuizen hebben beiden gekozen om een Bopz-aanmerking niet aan te vragen. In het ene huis wil men de bewoners niet stigmatiseren ten opzichte van de dorpsgemeenschap, de ander refereert aan onderzoek waaruit blijkt dat te weinig prikkels voor psychogeriatrische bewoners leidt tot snellere achteruitgang.

'Wij hebben een meerzorgafdeling waar meerzorgactiviteiten plaatsvinden. 's Ochtends half negen vanaf het ontbijt tot een uur of half negen 's avonds waarna de mensen weer naar hun eigen appartement gebracht worden. De meesten gaan dan overigens slapen. Maar de mensen die een PG-indicatie hebben, wonen hier door het hele huis. Dat willen we graag zo houden ook, omdat de gehele maatschappij momenteel bezig is om gehandicapte ouderen en dat soort dingen, te integreren in de maatschappij. Wij willen geen gekkenstraatje. Dat mensen zeggen: 'dat als je op die afdeling komt...ho, dan ben je dus helemaal van het padje af'. We hebben nu al, dat die meerzorgafdeling, waar die dagactiviteiten plaatsvinden, als zo'n zwaarbeladen afdeling bekeken wordt. (...) en de Bopz-aanmerking die je aanvraagt, dat is plaatsgebonden en niet persoonsgebonden (...) Wij zitten hier in X. dat is een gemeenschap die geen verpleeghuis heeft. Y is de dichtstbijzijnde verpleeghuisvoorziening. Y. ligt ongeveer 7 km van X af. Als we hier aan de bewoners vragen of hun kinderen ver weg wonen, phoe!, dan is Y echt al héél ver weg. Als ze niet meer in het dorp wonen, zijn ze al helemaal van de wereld verdwenen. Dus daarom vinden wij ook dat mensen als het verantwoord is hier blijven, in de eigen dorpsgemeenschap. Als hiernaast een verpleeghuis zou staan, zou ik er veel minder moeite mee hebben, bewoners over te plaatsen. Dan blijven ze namelijk toch in hun eigen gemeenschap wonen.' (directeur Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Door ontwikkelingen hier in de regio kregen wij hier 15 verpleeghuisbedden. Toen is de discussie ontstaan van moeten wij daar nou een verpleegunit van maken, als een etage met gesloten deuren, of kan het ook anders en laten wij mensen gespreid wonen. Voor het laatste is gekozen. Het is wel een hele discussie geweest,, met veel voorstanders en veel tegenstanders. Je zegt net dat het in het kader van de Wet Bopz eigenlijk niet kan, maar wij hebben wel groen licht gekregen van de inspectie en ook van het College Bouw. Wij krijgen groen licht, want ze gaan het zien als een experiment, het is naar mijn weten nog nergens anders op deze manier gedaan. We moeten wel aan een aantal voorwaarden voldoen. Wij hebben gekozen voor het gespreid wonen, omdat uit onderzoek blijkt dat zodra mensen geïntegreerd blijven wonen tussen de mensen die niet dementerend zijn dat men langer op de been blijft, zowel lichamelijk als geestelijk: .je wordt overal meer bij betrokken, je geheugen wordt meer geactiveerd en gestimuleerd. Als je mensen op een gang wegstopt en die deuren zijn op slot dan heb je een doelgroep met heel weinig prikkels. De prikkels komen van het personeel, activiteitenbegeleiding enz. De mensen zijn hier ook niet de hele dag op de groepsverzorging. Ze gaan even rusten, of zijn ze het zat, dan mogen ze terug naar hun kamer. Maar mensen gaan ook individueel naar de bingo of naar groepsactiviteiten die eigenlijk voor de hele instelling gelden. Er is ook heel veel integratie. Je moet die mensen een hele goede dagstructuur bieden' (manager Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Bij de aangemerkte instellingen, bestonden de 24 uren meerzorgafdelingen al, en waren

bovendien reeds afsluitbaar. De aanvraag was daardoor relatief gemakkelijk en werd bovendien ook gestimuleerd door de Inspectie.

'Wij hebben jaren geleden al een meerzorgafdeling geopend, omdat wij vonden dat mensen met een dementieel probleem zo vaak met zichzelf geconfronteerd werden op een reguliere afdeling, dat je ze dat niet meer aan kon doen om op zo'n reguliere afdeling te wonen. Anderzijds was de groep die dus geen PG-problematiek had, vaak lichamelijk en soms ook geestelijk zo zwak dat ze twee groepen niet in evenwicht waren. Er werd vaak gezegd dat je deze twee groepen door elkaar moest laten wonen, omdat dat zo goed was. Om het zo maar te zeggen, de lamme helpt de blinde. Ik zeg, dat is niet waar. Als je in een straat woont, waar één demente vrouw woont, en de rest is gezond dan zou je dat best met z'n allen kunnen opvangen. Als je in een straat woont met vijf demente personen en zelf ben je ook ziek, zwak en misselijk, want daar hebben we het over, dan kun je die groep demente personen niet meer behappen. En tegelijkertijd worden de demente bewoners door de andere bewoners steeds terechtgewezen. Let op, daar mag u niet zijn, dit is niet uw kamer, enz. in gezelschap van andere mensen eten vinden andere mensen niet smakelijk. U roept te hard. Daarom hebben wij al ruim tien jaar geleden al een gesloten afdeling gecreëerd, waar mensen 24 uur zorg kunnen krijgen, gericht op hun zorgvraag; dit ondanks het stigmatiserende beeld dat je creëert wanneer je zo'n afdeling opent. Maar het werkt voor beide groepen verlichtend, en daar sta ik nog steeds achter.' (directeur Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Bij de verpleegunits speelden een fusie, respectievelijk een gedwongen inkrimping van een naburig verpleeghuis een rol bij de overweging een unit te creëren en een aanvraag te doen.

'We zijn gaan denken over een verpleegunit, omdat we gaandeweg steeds meer PG-bewoners kregen. Er was een grote vraag naar PG-huisvesting, die het verzorgingshuis onvoldoende kon waarmaken. Hier in de regio was het ook echt daadwerkelijk een groot probleem. Toen is er gekeken naar wat willen wij als huis. Toen waren wij namelijk nog zelfstandig. Kort daarna zijn we gefuseerd met het verpleeghuis. Toen is snel besloten dat het eigenlijk heel goed is, om hier een unit te creëren.' (locatiemanager Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

'Er was hier in X (plaats) een enorme wachtlijst voor dementerende ouderen. Met deze unit hebben we deze wachtlijst voor deze buurt een beetje kunnen verkleinen. Het was ook een beetje een strategisch spelletje. Want een verpleeghuis hier in de buurt moest bedden inleveren om nieuwbouw te mogen realiseren en die 'verloren' bedden zouden hier op deze unit dan als het ware terugkomen.' (directeur Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

4.4 Juridische status, wils(on)bekwaamheid en vertegenwoordiging

Een belangrijke vraag die bij het onderzoek of een bepaalde maatregel, die naar diens aard vrijheidsbeperkend kan zijn, in een concreet geval ook daadwerkelijk vrijheidsbeperkend is, is mede afhankelijk van de vraag in hoeverre een bewoner zelf nog in staat is om ten aanzien van de toepassing van die maatregel een beslissing te nemen. Ook de inbreng van een vertegenwoordiger is voor de criteria die de Wet Bopz hanteert ten aanzien van de bepaling of er sprake is van dwangbehandeling van belang. Voor toepassing van dwangbehandeling in het kader van de Wet Bopz is bovendien vereist dat de bewoner een Bopz-status heeft. Hoewel een Bopz-status formeel niet kan voorkomen op plaatsen waar de wet niet van toepassing is, is hier toch naar gekeken in dit onderzoek. Dit wordt hieronder in deze paragraaf als eerste behandeld. Vervolgens komt de bekwaamheid aan de orde en tot slot wordt ingegaan op de wijze waarop de instellingen de vertegenwoordiging hebben georganiseerd.

4.4.1 Juridische status bewoners

Wanneer een psychogeriatrische bewoner op een Bopz-afdeling in een verzorgingshuis wordt

opgenomen, is een indicatie nodig van het RIO voor (aanvullende) verpleeghuiszorg. Als de bewoner niet meer in staat is om vrijwillig toestemming te geven voor opname op de gesloten afdeling, dient de indicatie voor (aanvullende) verpleeghuiszorg bovendien vergezeld te gaan van een Bopz-indicatie (art. 60 Bopz), als de bewoner niet meer in staat is om zelf toestemming voor opname op de gesloten afdeling te geven. De eerste indicatie heeft dus betrekking op de zorgbehoefte, terwijl de Bopz-indicatie iets zegt over de geestelijke gesteldheid van de bewoner met betrekking tot de capaciteit om een overweging te maken inzake opname. De meeste bewoners op de speciale Bopz-afdelingen van de verzorgingshuizen met een aanmerking zijn ook opgenomen met een Bopz-indicatie.

Hoewel in de verzorgingshuizen zonder Bopz-aanmerking de bewoners feitelijk uitsluitend op basis van de Wgbo kunnen zijn opgenomen en in de terminologie van de Wet Bopz derhalve allen vrijwillig, komt het ook hier voor dat bewoners, met name degene die reeds op een wachtlijst voor een verpleeghuis staan, reeds Bopz-geïndiceerd zijn. Eén verzorgingshuis plaatst diens bewoners die daarvoor in aanmerking komen fictief op de wachtlijst.

'Zoals het nu is, zouden wij een actief overplaatsingsbeleid moeten voeren naar het verpleegthuis. En dat doen we niet. En trouwens, het verpleeghuis heeft toch geen plaats. En we hebben ook achter de schermen om met het verpleeghuis afgesproken dat we bewoners met PG-substitutie op de wachtlijst zetten, maar dat het verpleeghuis deze bewoners niet plaatst' (directeur Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Ook uit de onderzochte zorgdossiers blijkt dat er bewoners met een Bopz-indicatie verblijven in niet-aangemerkte verzorgingshuizen.

In geen van de tien verzorgingshuizen zijn bewoners opgenomen via een RM of IBS.

4.4.2 Wils(on)bekwaamheid

De vertegenwoordiger zou pas in actie moeten komen als een bewoner wilsonbekwaam voor een bepaalde zorgbeslissing is bevonden. In de meeste bezochte instellingen zijn de zorgverleners daar ook goed van doordrongen.

'Iemand kan geestelijk zo verschrikkelijk in de war zijn en dingen niet willen. Dan nog vind ik dat je naar een mogelijkheid moet zoeken hoe je de persoon kan begrijpen van wat wil je dan wel, en dat je dan tot een overeenstemming komt waar je alle twee mee tevreden kan zijn. Uiteindelijk, dat vind ik, beslist die persoon wat ie wel en wat ie niet wil. In welke hoedanigheid die op dat moment ook verkeert. Ik vind dat je altijd ervan uit moet gaan dat iemand weet wat ie wil, ook al is ie nog zo dement.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Als de bewoner echt, ja in feite zover weg is dat er niks zinnigs meer uitkomt, zo van dat als je dan iets vraagt aan een bewoner dan is het zo van ja of nee en dat slaat eigenlijk nergens op, dan gaan we meestal in overleg met de familie, Maar we proberen altijd de bewoner erbij te betrekken, ook al is er familie bij, dan proberen we nog de bewoner erbij te betrekken. (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Je kan niet zeggen we pakken gelijk een vertegenwoordiger. Van laat hem of haar maar voor de cliënt beslissen. Het is ook een proces dat heel geleidelijk gaat. Iemand is ook niet van de een op andere dag helemaal dement.' (verpleegkundige Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

In de meeste verzorgingshuizen is men goed op de hoogte van wat wilsonbekwaamheid inhoudt.

'Er zijn natuurlijk allemaal mooie definities van wilsonbekwaamheid. In mijn ogen is een bewoner wilsonbekwaam als hij zijn belangen ter zake niet meer goed kan behartigen. In dit geval zijn dat natuurlijk heel vaak de belangen in medische zin. Dat zijn dan toch mensen die geen ziekte-inzicht hebben, die onvoldoende kunnen overzien of iets goed is. Het belangrijkste is natuurlijk het kunnen beoordelen of een behandeling wel of niet zou kunnen plaatsvinden. Maar goed, als iemand dat

niet meer goed overwogen kan oordelen dan zou ik zeggen dat iemand niet wilsbekwaam is voor dat probleem. Mensen kunnen op andere zaken weer wel wilsbekwaam zijn. (...) In principe ben ik degene die bepaalt of iemand wilsbekwaam of –onbekwaam is Als er een middel of maatregel wordt toegepast dan gebeurt dat in overleg met mij. [...] Er wordt dus per bewoner van moment tot moment bekeken of deze wilsbekwaam is.’ (Verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

In drie gevallen zijn er twijfels of de respondent wel goed op de hoogte is van dit begrip. Twee zijn afkomstig uit een huis zonder aanmerking, één is afkomstig uit een huis met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling.

‘PG-bewoners zijn denk ik wel wilsbekwaam. Want ja, een hoop dingen weten ze gewoon niet meer, dus ze kunnen gewoon niet meer zichzelf beslissen. Niet meer voor zichzelf opkomen. (...) En qua kleding of zo: ik vraag het dan wel, maar meestal vinden ze het allemaal goed en ja dan heb ik zoiets van dan beslis ik. Dus ja, of ik vraag het aan de familie. We hebben ook een bewoner en daar doet de familie alles klaarleggen en dat geven wij dan.’ (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking).

‘Als het zorgplan wordt opgemaakt, wordt niet van geval tot geval bekeken of iemand wilsbekwaam is; er wordt eigenlijk min of meer van uitgegaan. Omdat dat allemaal begeleidingsbehoeftige PG-patiënten zijn, dus allemaal dementerende mensen die in de groepsverzorging zitten, dat is de enige groep eigenlijk die daarvoor in aanmerking komt. Maar we laten ze wel meebeslissen.’ (verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

‘Iemand is wilsbekwaam als die PG is. Dan is zo’n bewoner geïndiceerd natuurlijk. Wij gaan naar een arts als wij denken dat deze bewoner mentaal achteruit gaat. De arts vraagt dan uiteindelijk een indicatie aan. Wij zijn immers wel degenen die de bewoners elke dag meemaken.’ (verzorgende Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

In geen van de tien onderzochte verzorgingshuizen wordt in het zorgdossier genoteerd of een bewoner wilsbekwaam of -onbekwaam is. Er gelden nergens vaste procedures voor en evenmin zijn er protocollen met betrekking tot de vaststelling van wilsbekwaamheid ontwikkeld. Eén arts acht dit ook niet mogelijk.

‘Wanneer iemand de grip op of de lijnen van het leven kwijt is, is hij naar mijn idee wilsbekwaam. De inspectie kan op geen enkele manier, ook niet in de vorm van beleidsregels, helpen bij het eventueel vaststellen van wilsbekwaamheid ten gevolge van de Bopz.’ (verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Wel geven de meeste zorgverleners, zowel verzorgenden, huisartsen als verpleeghuisartsen aan van geval tot geval te beoordelen in hoeverre een bewoner zelf nog iets kan beslissen en wanneer deze dat niet meer kan. Net als in verpleeghuizen gaat het bij het oordeel echter dikwijls meer om een gevoel dan om een afgewogen beslissing. Daarnaast benadrukken veel respondenten dat psychogeriatrische bewoners op sommige terreinen veel langer wilsbekwaam kunnen zijn dan op andere gebieden. Bewoners kunnen bijvoorbeeld wel beslissen welke kleding zij die dag aantrekken, maar niet meer over medicatie of de verdere inhoud van het zorgplan. Gaat het om medische beslissingen dan is het de verpleeghuisarts, of de huisarts die verantwoordelijk is voor de bepaling van de wilsbekwaamheid. Bij de verzorgingshuizen met een verpleegunit is het de verpleeghuisarts die de wilsbekwaamheid bepaalt; in de andere gevallen adviseert hij de huisarts of andere zorgverleners binnen het verzorgingshuis. In twijfelgevallen wordt er overlegd. Ook verpleeghuisartsen geven aan dat de beslissing soms dermate ingewikkeld is, dat overleg is gewenst.

‘De wilsbekwaamheid wordt door ons beiden bepaald, de huisarts en ik. Ik kan mij niet voorstellen dat dat niet in overleg gaat. Stel ik wil iemand wilsbekwaam verklaren, dan is het oordeel van de huisarts ook belangrijk, omdat de huisarts in de regel de cliënt al veel langer kent dan ik.’

Om daar een oordeel over te geven is echt heel zwaar. En in echte probleemsituaties dan vraag ik de psychiater ook in consult.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

4.4.3 Vertegenwoordiging

Alle verzorgingshuizen gebruiken de term 'contactpersoon' als aanduiding voor vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners. Niet in alle gevallen is de contactpersoon directe familie van de bewoner. Van de geïnterviewde vertegenwoordigers waren er twee géén familie. Eén vertegenwoordiger was een goede kennis van de vrouw die hij vertegenwoordigde, een ander vertegenwoordigde haar schoonmoeder. Uit de interviews blijkt dat voor een ver familielid, bijvoorbeeld een (achter)neef of nicht, of een kennis wordt gekozen, als er geen direct familielid (meer) voorhanden is.

Drie verzorgingshuizen met een Bopz-aanmerking noteren bij binnenkomst van de bewoner in het zorgplan een eerste en soms ook een tweede contactpersoon. Bij één instelling met een verpleegunit gaf de verzorging aan, zowel op financieel vlak als op het terrein van de zorg een vertegenwoordiger vast te leggen. Eén verzorgingshuis met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling heeft geen zorgplan, maar geeft wel aan met contactpersonen te werken. Deze worden echter niet als vertegenwoordiger in zorgbeslissingen betrokken.

De verzorgingshuizen zonder Bopz-aanmerking, hanteren dezelfde werkwijze als de instellingen met een aanmerking en leggen ook allemaal bij binnenkomst van een nieuwe bewoner vast wie contactpersoon is.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de contactpersoon in het algemeen de rol van vertegenwoordiger vervult, zoals die in de Wgbo en de Wet Bopz is aangegeven. De meeste respondenten zijn zich bewust van de rol van de vertegenwoordiger in het zorgproces.

'Als de bewoner echt, ja in feite zo ver weg is dat er niks zinnigs meer uit komt, zo van dat als je dan iets vraagt aan een bewoner dan is het zo van ja of nee en dat slaat eigenlijk nergens op, dan gaan we meestal in overleg met de familie. Maar we proberen altijd de bewoner erbij te betrekken, ook al is er familie bij, proberen we nog de bewoner erbij te betrekken.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Het zorgplan wordt samen met de bewoner en anders met de vertegenwoordiger opgesteld. Er wordt sinds een aantal jaar uitgegaan van het 'menselijk model' i.p.v. het 'medisch model'. De tijd is gelukkig afgelopen dat wij doen waarvan we denken dat dit het beste is voor de bewoner.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Ook uit de interviews met de vertegenwoordigers blijkt dat zij zich meer voelen dan contactpersoon. Ze zijn echter niet op de hoogte van al hun bevoegdheden als vertegenwoordiger. Een voorbeeld van een bevoegdheid die bij de meesten niet bekend is, is het inzagerecht. Slechts twee vertegenwoordigers hebben wel eens in het zorgplan gekeken van de bewoner die zij vertegenwoordigen. Het grootste gedeelte van de geïnterviewde vertegenwoordigers blijkt niet te weten dat zij inzagerecht hebben in het zorgplan. Enkele vertegenwoordigers geven aan niet de behoefte te hebben om hierin te lezen.

Eén van de geïnterviewde vertegenwoordigers wordt minder betrokken bij de zorg van haar moeder.

'Nee, eigenlijk hoor ik er helemaal niets van de verzorgenden van de afdeling waar haar kamer zich bevindt. Ik hoor alles op de groepsverzorging. Misschien ook omdat ze daar zit alle dagen. 's Avonds gaat ze vaak weer naar haar eigen kamer. Misschien ook dat ze daarom de informatie

daar aan mij geven. Ik weet eigenlijk niet of mijn moeder nog betrokken wordt bij beslissingen die genomen moeten worden, zoals medicijnen. Ik word daar dus ook niet van op de hoogte gehouden. Dat gaat allemaal automatisch. Ik hoor ook nooit iets van de de dokter [=huisarts]'. (vertegenwoordiger Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

In deze instelling is men ook nog niet zover met het betrekken van een vertegenwoordiger bij alle belangrijke zorgbeslissingen.

'De vertegenwoordiger heeft geen rol bij de opstelling van het zorgplan. Zover zijn we nog niet. Officieel in het verpleeghuis moet de familie daar ook tekenen voor het zorgplan, dat ze het gezien hebben, dat ze weten wat wij doen. Maar hier zijn we zover nog niet. Dat hoort wel natuurlijk. Aan de bewoner wordt gewoon uitgelegd wat de bedoeling is. Waarom je iets voor ze doet of waarom die regel er is. Maar is natuurlijk ook een deel,, waar het niet doordringt.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Ook in een andere instelling is men nog niet zover dat de vertegenwoordiger wordt betrokken bij zaken als de opstelling van het zorgplan.

Op dit moment geeft de vertegenwoordiger nog nergens toestemming voor. Het is een kwestie van goed bespreken met elkaar en dat je tot een compromis komt. Ze kunnen wel meedenken in het proces. Het is niet zo dat de familie uiteindelijk de belangen van de cliënt behartigt, in zodanige manier dat hij kan bepalen wat er wel en wat er niet gebeurt. (...) De rol van de familie gaat wel veranderen. We gaan ook een multidisciplinair teamoverleg krijgen. Dat komt dus nog. Want we denken als je meer contact hebt met de familie je meer kan bereiken. Het is de bedoeling dat de vertegenwoordiger daar aanwezig is, mits de cliënt het zelf wil. Tenzij de cliënt dementerend is, dan is de vertegenwoordiger erbij. (teamleider Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking).

In een verzorgingshuis met een Bopz-aangemerkt meerzorgafdeling worden vertegenwoordigers niet om toestemming gevraagd bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen en ook niet als het gaat om het voorschrijven van medicatie.

'Vertegenwoordigers hoeven in strikte zin van het woord geen toestemming te geven voor toepassingen van middelen en maatregelen, maar ze moeten wel net zoals hier in het verpleeghuis op de hoogte gebracht worden. Als nu een wettelijk vertegenwoordiger zegt v an daar ben ik het niet mee eens. Dan heb je bezwaar in de zin van de wet en dan moet dat aan de inspectie gemeld worden.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkt meerzorgafdeling)

Samenvattend kan gesteld worden dat de vertegenwoordiger in zeven verzorgingshuizen goed wordt betrokken bij het zorgproces. In twee verzorgingshuizen zonder Bopz-aanmerking en één verzorgingshuis met een Bopzaangemerkt meerzorgafdeling wordt de vertegenwoordiger in het gunstigste geval wel geïnformeerd, maar wordt diens rol overigens onvoldoende erkend. In het algemeen blijkt dat vertegenwoordigers zelf onvoldoende op de hoogte zijn van hun rol en bevoegdheden in het zorgproces.

4.5 Totstandkoming en inhoud zorgplan

In twee van de zes verzorgingshuizen zonder aanmerking wordt (nog) géén zorgplan opgesteld voor bewoners. Bij één van de verzorgingshuizen was de invoering hiervan net een aantal weken bezig, en ook in het andere verzorgingshuis werkt men aan de ontwikkeling ervan. Ook bij één van de huizen met een aangemerkt meerzorgafdeling worden voor de bewoners geen zorgplannen opgesteld. Deze instelling heeft een voorlopige Bopz-aanmerking. Eén van de voorwaarden om van deze voorlopige Bopz-aanmerking een definitieve Bopz-aanmerking te maken, is het invoeren van zorgplannen. De instelling heeft de voorlopige Bopz-aanmerking inmiddels driekwart jaar, maar het experimenteren met zorgplannen is net begonnen.

Alle overige verzorgingshuizen werken wel met zorgplannen.

Bij het opstellen van het zorgplan wordt in de meeste verzorgingshuizen een soortgelijke procedure gevolgd. Ten eerste wordt bij binnenkomst van de bewoner een gedeelte ingevuld samen met de bewoner en de vertegenwoordiger over het leven van de bewoner zelf. Verder worden in de eerste gesprekken voorlopige zorgdoelen opgesteld samen met de bewoner en de vertegenwoordiger. Indien bij binnenkomst van de bewoner, de bewoner de regie over het eigen leven reeds heeft verloren of aan het verliezen is, wordt het voorlopige zorgplan door de verzorgende (vaak de eerst verantwoordelijk verzorgende, EVV-er genoemd) en de vertegenwoordiger opgemaakt.

'Jazeker ben ik betrokken geweest bij het zorgplan, want ik heb recentelijk nog een gesprek gehad met de arts van de afdeling. Daar is weer heel de situatie doorgesproken. Daar is het zorgplan inderdaad ook doorgesproken en daar heb ik ook voor getekend.' (vertegenwoordiger Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Ten tweede wordt dit voorlopige zorgplan in zeven verzorgingshuizen in een multidisciplinair overleg (MDO) definitief gemaakt. De hierboven genoemde twee verzorgingshuizen zonder aanmerking verzorgingshuizen die met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling, maken nog geen gebruik van MDO's. Deze verzorgingshuizen geven echter alledrie aan binnenkort wel met een MDO te gaan starten.

In zo'n MDO kunnen de onder meer de volgende disciplines aanwezig zijn: verpleeghuisarts, psycholoog, verzorging, fysiotherapie en logopedie. Bewoners zijn bij géén van de instellingen bij een MDO zelf aanwezig. Twee verzorgingshuizen, één met meerzorgafdeling en één zonder gesloten afdeling, nodigen vertegenwoordigers uit voor een MDO op het moment dat zij dit noodzakelijk achten. Eén verzorgingshuis zonder aanmerking geeft aan de vertegenwoordigers en bewoners in de toekomst wel uit te gaan nodigen voor het MDO.

'...Dat zou wel heel fijn zijn, want je praat toch eigenlijk over een bewoner waar ze niet bij zijn. En dat is wel eens jammer. Ik vind niet dat je achter een bewoner om iets moet bespreken.' (zorgcoördinator Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

In de overige gevallen worden na een MDO de vertegenwoordigers achteraf op de hoogte gesteld van de resultaten uit de MDO.

'Nee, de bewoners of hun vertegenwoordigers worden niet uitgenodigd voor de periodieke zorgplanbesprekingen. Het wordt wel van tevoren verteld. Met de vertegenwoordiger wordt later de evaluatie gedaan. Als er naar aanleiding van de bewonersbespreking bepaalde veranderingen doorgevoerd moeten worden dan wordt ook de familie gebeld of aangesproken.' (teamleider Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Er zijn verzorgingshuizen waar naast de MDO's tevens bewonersbesprekingen worden gehouden met alleen het verzorgend personeel. In deze bewonersbesprekingen staat voornamelijk het leeraspect van het verzorgend personeel t.a.v. het omgaan met gedrag van psychogeriatrische bewoners centraal. In één verzorgingshuis met meerzorgafdeling en Bopz-aanmerking en in één verzorgingshuis zonder aanmerking werd dit gedaan.

'Het personeel op de meerzorgafdeling is niet hoger geschoold dan op de reguliere afdelingen. Het is voornamelijk bijgeschoold. Zowel intern als extern. De gedragsbesprekingen van de psycholoog voegen ook veel toe aan het kennisniveau van het personeel. Deze bewonersbesprekingen worden tweewekelijks gehouden.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Ten derde evalueren alle zeven verzorgingshuizen die met MDO's werken, in dit overleg ook het zorgplan. De tijdspanne tussen twee evaluaties varieert van eens in de zes weken tot twee keer per jaar.

4.4.2 Inhoud zorgplan

Vaste onderdelen die in het zorgplan aan de orde kunnen komen zijn de inbreng van verschillende hulpverleners, zoals verzorgenden, fysiotherapie, maatschappelijk werk, arts. Daarnaast krijgen persoonlijke kenmerken, medische gegevens en medicijnen de aandacht. Een apart onderdeel vormt de rubriek vrijheidsbeperkingen, in het zorgplan meestal met 'middelen en maatregelen' (M&M) aangeduid. De zeven verzorgingshuizen die reeds werken met zorgplannen geven onderling geen in het oog springende verschillen te zien. Eén verzorgingshuis met een meerzorgafdeling en één met een verpleegunit, beiden met een aanmerking, werken bij de opbouw van hun zorgplan volgens het zogeheten het SAMPC –model. Dit staat voor Somatische problematiek, ADL, Motoriek/ Maatschappelijk, Psychische problematiek en Communicatie. In dit model wordt psychogeriatrische problematiek ondergebracht bij psychische problematiek. Ook de middelen en maatregelen die mogen worden toegepast, kunnen dan worden teruggevonden onder dit onderdeel van het zorgplan. De ondertekende M&M-formulieren zitten in dit onderdeel.

Twee verzorgingshuizen zonder Bopz-aanmerking hebben geen zorgplan. In het zorgdossier zijn echter wel de dagelijkse rapportages terug te vinden die worden gebruikt voor overdrachten naar collega's die diensten overnemen. Ook in alle andere zorgdossiers zijn zulke rapportages overigens terug te vinden.

Bij het verzorgingshuis met de Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling waar nog niet met zorgplannen wordt gewerkt, zijn de oude dossiers niet logisch en duidelijk ingedeeld. De M&M-formulieren zijn wel in het huidige dossier opgenomen, maar niet als apart onderdeel.

Regelmatig worden vrijheidsbeperkingen als onderdeel van het zorgplan opgenomen. In de volgende paragraaf wordt uitgebreid ingegaan op vrijheidsbeperkingen en de wijze waarmee daar in de praktijk wordt omgegaan.

4.5 Vrijheidsbeperkingen als onderdeel van het zorgplan, in het kader van dwangbehandeling en in noodsituaties

In voorgaande paragraaf is de totstandkoming van het zorgplan beschreven. In deze paragraaf wordt met name de uitvoering van vrijheidsbeperkingen belicht. Beschreven wordt welke vrijheidsbeperkingen worden toegepast, wat de redenen zijn om deze toe te passen. Ook komt aan de orde welke partijen bij de besluitvorming worden betrokken, in welke mate er dwang gebruikt wordt en op welke wijze het toezicht is georganiseerd. Tot slot wordt ingegaan op enkele procedurele aspecten als melding en registratie.

4.5.1 Vrijheidsbeperkingen

De meeste respondenten verstaan onder vrijheidsbeperkingen – in het veld veelal 'middelen en maatregelen' (M&M) genoemd – zaken die een bewoner in zijn fysieke vrijheid beperken. Dit wordt meestal al snel aangenomen. Zo wordt ook het gebruik van belmatjes, of een deuralarm door een aanzienlijk deel van de respondenten genoemd als toepassingen van vrijheidsbeperkingen. Enkele respondenten beschouwen belmatjes niet als vrijheidsbeperkende maatregel, bijvoorbeeld omdat ze daarover overleg met de inspectie hebben gehad of omdat ze van mening zijn dat de bewoner er niet door fysiek beperkt wordt in de bewegingsvrijheid. In vrijwel

alle onderzochte verzorgingshuizen worden deze middelen ook gebruikt.

Daarnaast komt geregeld voor het gebruik van bedhekken, een tafelblad voor de rolstoel, een plaatsen van een plank onder een stoel, waardoor een bewoner niet meer zelfstandig op kan staan, het gebruik van diepe stoelen of kantelstoelen, het gebruik van een verpleegdeken en in een enkel geval wordt een Zweedse band gebruikt. Dit laatste komt in ieder geval voor bij een verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking, een huis met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling en twee huizen met een verpleegunit met Bopz-aanmerking. Ook in deze huizen wordt zeer terughoudend gebruik gemaakt van de Zweedse band.

'Een Zweedse band, dat kan ik wel zeggen, wordt bijna nooit gebruikt omdat iedereen er vanuit gaat dat het eigenlijk niet mag. Daar gaan we heel voorzichtig mee om. Er wordt heel goed naar gekeken van wat gaan we daarmee doen, er wordt niet van de een op andere dag een beslissing in genomen.' (verpleegkundige Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'We hebben Zweedse banden, maar deze worden niet gebruikt op het moment. Een zitbroek, dat een broek die voorkomt dat de bewoner kan gaan staan, die gebruiken we.' (verzorgende Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

Veel respondenten geven aan een Zweedse band voor de setting van het verzorgingshuis geen goed middel te vinden. Opvallend is daarbij dat regelmatig een verpleegdeken als alternatief wordt genoemd, terwijl de beperkende werking van dit middel even groot is als dat van de Zweedse band. Een ander verzorgingshuis met een verpleegunit met Bopz-aanmerking gebruikt een zitbroek, een broek die voorkomt dat de bewoner kan gaan staan, als alternatief voor de Zweedse band.

Of bedhekken geïndiceerd zijn wordt in alle verzorgingshuizen zorgvuldig afgewogen. Nergens worden ze klakkeloos toegepast. Op veel plaatsen wordt aangegeven dat als een bewoner onrustig is men liever bedhekken niet toepast, omdat dit mogelijk kan leiden tot meer ernstige valincidenten, dan wanneer de hekken omlaag blijven. Men past bedhekken dan alleen toe als de bewoner er zelf expliciet om vraagt, of wanneer een bewoner fysiek niet meer in staat is om op te staan, maar in de slaap dermate onrustig is dat deze nog wel uit bed kan rollen.

Andere verzorgingshuizen gebruiken in die gevallen een combinatie van bedhekken en andere middelen zoals een verpleegdeken, of medicatie. Dit wordt beschreven in twee verzorgingshuizen één met een Bopz-aangemerkte verpleegunit en één zonder aanmerking.

Een verzorgingshuis met een Bopz-aangemerkte verpleegunit is bezig met de ontwikkeling van een chip in de kleding van bewoners, om te voorkomen dat mensen weglopen.

In de onderzochte tien verzorgingshuizen zijn geen duidelijke verschillen met betrekking tot de aard van de vrijheidsbeperkingen die worden toegepast. Het al dan niet hebben van een Bopz-aanmerking lijkt op dit punt dus geen invloed te hebben.

Het initiatief voor een toepassing ligt dikwijls bij verzorgenden. Er vindt in die gevallen echter meestal overleg met de arts plaats. Dikwijls zijn bij de besluitvorming twee artsen betrokken, waarbij de verpleeghuisarts een adviserende functie heeft en de huisarts als verantwoordelijke ondertekent. Bij de verzorgingshuizen met Bopz-aangemerkte afdeling, beslist de verpleeghuisarts alleen en heeft de huisarts geen rol bij de toepassing van (fysieke) vrijheidsbeperkingen. Als de instelling gebruik maakt van een multidisciplinair overleg (MDO), dan worden hierin toepassingen van vrijheidsbeperkingen eveneens besproken. De besluitvorming rondom toepassingen wordt dan veel meer een teambeslissing. Er vinden dan ook geregeld evaluaties plaats.

Redenen om een vrijheidsbeperking te passen zijn bescherming, en het tegengaan van dwalen of onrust. Ook het ernstig overlast veroorzaken bij andere bewoners, bijvoorbeeld doordat psychogeriatrische bewoners hun kamer binnenlopen wordt wel genoemd als reden om een vrijheidsbeperkende maatregel, zoals het plaatsen van een belmatje, te nemen. In slechts

enkele gevallen wordt gevaar genoemd als reden voor een toepassing. In de interviews bleek echter in het algemeen wel dat vrijheidsbeperkingen bij onrust of dwalen meestal pas worden toegepast als daardoor gevaarlijke situaties ontstaan, bijvoorbeeld een bewoner komt 's nachts op straat terecht met alle risico's van dien, of er is valgevaar in trappenhuisen of op andere plaatsen.

Enkele respondenten melden dat door personeelsgebrek situaties kunnen ontstaan, waarbij een vrijheidsbeperking nodig is.

'Maatregelen worden toegepast ter compensatie van het schaarse personeel. Het zou nooit zo mogen gebeuren, maar in de praktijk is het wel zo. Ik ben er toch van overtuigd dat als je voldoende formatie zou hebben. (...) Kijk als je een één op één situatie zou hebben dan hoef je iemand niet in zijn vrijheid te beperken. Vaak is dit een wenselijke, maar nooit een uitvoerbare situatie en dan zou je toch op momenten van schaarste zo'n maatregel toe moeten passen.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Ook tijdens de invitational conference wordt personeelsgebrek als groot knelpunt ervaren. Zo geeft een verpleeghuisarts aan dat bij haar in huis alle Melkertbanen worden afgeschaft. Dat betreft bijvoorbeeld ook de avondportiers, terwijl de avond net het moment is waarop mensen met weglooptgedrag gaan zwerven.

Zonder uitzondering geven respondenten aan een vrijheidsbeperking een ultimatum remedium te vinden. Pas als geen alternatief mogelijk is, wordt ertoe overgegaan.

Eén verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking uitgezonderd, hebben alle verzorgingshuizen die onderzocht zijn binnen de instelling een formulier voor de toepassing van vrijheidsbeperkingen, een zogeheten M&M-formulier (middelen en maatregelen-formulier), geïntroduceerd. Het M&M-formulier dient te worden ondertekend door de verantwoordelijke arts (huisarts en op de Bopz-aangemerkte verpleegunits en meerzorgafdelingen de verpleeghuisarts). Daarnaast wordt in het algemeen aan de familie ook om toestemming gevraagd indien een bewoner wilsonbe-kwaam is om die toestemming te verlenen. Een teamleider van een verpleegunit met Bopz-aanmerking meldt dat dit pas sinds kort beter verloopt:

'In het begin ging dat allemaal nog niet echt perfect, maar nu gaat dat goed. Er zijn nu echt formulieren bij, die moeten worden ondertekend door de contactpersoon.' (teamleider Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit).

De vertegenwoordiger moet in de meeste instellingen tekenen voor toestemming op het betreffende M&M-formulier. Dit tekenen kan voor, maar eventueel ook na de toepassing van het middel of maatregel. Bij dit laatste dient de vertegenwoordiger wel vooraf telefonisch toestemming te hebben geven. Bij één verzorgingshuis met een verpleegunit tekenen de vertegenwoordigers het middelen en maatregelen formulier niet los, maar tekenen zij het gehele zorgplan van de bewoner.

'Er moet van tevoren toestemming worden gevraagd aan de familie. Anders kunnen wij geen maatregelen toepassen.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Als de familie geen goedkeuring geeft dan mag het niet. (...) In de praktijk gebeurt het dan ook niet. Als bij een plotseling besluit, bijvoorbeeld 's avonds en wij vinden dat het bedhek omhoog moet en er is geen formulier dan mag het niet en dan doen wij het ook niet.' (Verzorgende Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Een verzorgingshuis met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling dat nog geen zorgplan heeft, meldt dat de vertegenwoordiger het M&M-formulier niet hoeft te ondertekenen.

'Tekenen in strikte zin van het woord niet, maar ze moeten wel net zoals hier in het verpleeghuis, de wettelijk vertegenwoordiger moet wel op de hoogte gebracht worden. Als nu een wettelijk vertegenwoordiger zegt van daar ben ik niet mee eens. Dan heb je bezwaar in de zin van de wet en dan

moet dat de inspectie gemeld worden. Als er een m&m wordt afgesproken dan laat ik het over aan de EVV-er [eerst verantwoordelijke verzorgende] of aan het afdelingshoofd dat de vertegenwoordiger op de hoogte gebracht wordt. Er kan dus geen maatregel plaatsvinden zonder dat een vertegenwoordiger het er niet mee eens is.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Een verzorgingshuis met verpleegunit geeft aan dat het zich nog in een transitiefase bevindt. In nieuwe situaties waarbij overwogen wordt een vrijheidsbeperkende maatregel toe te passen wordt er met de vertegenwoordiger overlegd, maar er zijn ook bewoners waarbij dat in het verleden niet is gebeurd.

'Niet alle vertegenwoordigers zijn ervan op de hoogte als bij hun naaste een M&M wordt toegepast. Dat heeft te maken met het feit dat wij eigenlijk pas begonnen zijn. Er waren hier al een heleboel mensen die op duurzaam verblijf zaten en die al die M&M's al hadden. Die zijn daar mee doorgestroomd. De familie was daar dus al van op de hoogte. Degene die nu nieuw worden opgenomen daar wordt het nu mee overlegd.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

Een vertegenwoordiger van een ander verpleeghuis met verpleegunit meldt dat ze niet om toestemming is gevraagd voor het plaatsen van beddekken bij haar moeder. Wel zijn ze gestopt met de beddekken toen de betreffende vertegenwoordiger dit verzocht. In de procedure houdt men echter wel rekening met de inbreng van de vertegenwoordiger. Verder heeft ook de andere geïnterviewde vertegenwoordiger aangegeven dat haar om toestemming is gevraagd, zodat bovenstaande mogelijk een incident betreft.

Bij twee instellingen zonder Bopz-aanmerking is de rol van de vertegenwoordiger bij het toepassen van middelen en maatregelen nog onderkend. De vertegenwoordiger hoeft geen toestemming te geven. Het nemen van een vrijheidsbeperking wordt medegedeeld. De beide huizen hebben aangegeven dat zij met een eerstverantwoordelijke verzorgende (EVV-er) gaan werken en dat het in de toekomst wel de bedoeling is dat de vertegenwoordigers hun toestemming geven en dat ook het zorgplan met de vertegenwoordigers besproken gaat worden.

In de meeste onderzochte verzorgingshuizen is overleg met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen echter gangbaar.

'In drie maanden tijd is mijn moeder helemaal omdat ze zo aan het dementeren was, helemaal afgetakeld. Maar de laatste weken is ze, omdat ze zo opstandig werd, in overleg met mij en in overleg met de verpleging en de dokter besproken dat haar stoel iets naar achter gekanteld moest worden zodat zij er niet meer uit kon, want ze ging lopen. Zelfs in bed werd ze geconfronteerd met banden om haar vast te leggen. (...) De middelen zijn tussentijds aangepast. Eerst is begonnen met de stoel met een blad ervoor, zodat ze er niet uitkon om de boel af te breken. Je staat er versteld van hoe krachtig die mensen kunnen zijn. En toen moest het bed ook. Het begon met beugels aan de zijkant et cetera.' (Vertegenwoordiger Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Mensen zijn bekend met de middelen en maatregelen die hun naaste krijgt, omdat zij daar toestemming over hebben moeten geven.

De zeven verzorgingshuizen die met een zorgplan werken, nemen toepassingen van vrijheidsbeperkingen als onderdeel in dit plan op. Bij de overige twee, waar dit plan nog in ontwikkeling is, is dit uiteraard niet het geval.

Toepassingen van vrijheidsbeperkingen worden meestal ook geëvalueerd, zeker als het verzorgingshuis ook met MDO's werkt. De frequentie waarin een dergelijk overleg plaatsvindt varieert van maandelijks tot twee tot vier keer per jaar.

4.5.1.1 Medicatie

Hoewel medicatie, met name psychofarmaca of sederende medicatie, dikwijls wordt voorgeschreven als alternatief voor fysieke vrijheidsbeperkingen en de vrijheidsbeperkende werking ervan wordt onderkend, wordt dit door vrijwel geen van de respondenten, op enkele verpleeghuisartsen na, gekwalificeerd als vrijheidsbeperkende maatregel. In tegenstelling tot de fysieke vrijheidsbeperkingen wordt het verstrekken van medicatie niet apart geregistreerd, waardoor er geen zicht is op wat het gebruik ervan is op een afdeling of binnen de hele instelling. Overigens wijken verzorgingshuizen met dit beleid niet af van verpleeghuizen of instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, zo bleek ook uit de tweede Bopz-evaluatie. (Arends, et al., 2002) Formeel is een dergelijke gang van zaken ook niet in strijd met hetgeen de Wet Bopz, en/of de Wgbo voorschrijft. Pas wanneer deze middelen bij wijze van dwang of in een noodsituatie worden toegepast is registratie en melding ingevolge de Wet Bopz noodzakelijk.

Naast het eerdergenoemde gevaar dat er vanwege het ontbreken van speciale aandacht voor toepassingen van psychofarmaca en sederende medicatie geen overzicht is brengt het tevens met zich mee dat verzorgenden onvoldoende onderkennen wanneer er sprake is van dwang. Dit kan het geval zijn wanneer medicatie gecamoufleerd wordt verstrekt, bijvoorbeeld in pap of koffie, hetgeen in de praktijk nogal eens voorkomt.

'Als iemand zijn medicijnen niet wil slikken dan wordt hier denk niet door iemand gezegd van hier mevrouw uw medicijnen. Ik denk ook niet dan het nut heeft als je diep dementerend bent. Er is ook medicatie die gebruikt kan worden bij mensen die dementerend zijn die moeite hebben met slikken dan doe je ze in drankvorm. Dit doe je zelfs al op advies van de huisarts of apotheek. Dat is niet alleen als mensen moeilijk kunnen slikken maar ook voor mensen die niet willen. Dus ook bij medicijnen uitspugen.' (teamleider verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Dat de werking van medicatie in gegeven voorbeeld vrijheidsbeperkend is, wordt in de overweging van hoe om te gaan met het gecamoufleerd toedienen niet meegenomen, waardoor er in sommige verzorgingshuizen minder zorgvuldig mee om wordt gegaan dan met fysieke vrijheidsbeperkingen. In een verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking wordt het gecamoufleerd toedienen van medicatie wel overigens wel bijgehouden in de rapportage, maar er wordt geen M&M-formulier voor ingevuld.

'In de registratie wordt dan zoiets geschreven als 'mevrouw wilde medicatie niet innemen, medicatie toch gegeven door middel van camouflage.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Voor een ander verzorgingshuis is het gecamoufleerd toedienen van medicatie echter wel degelijk een vrijheidsbeperkende maatregel.

'Je hebt wel een meneer die weigert zijn medicijnen in te nemen en die zitten wel door de koffie, maar dat staat helemaal beschreven en dat weet de familie ook. Het is dus wel officieel.' (verzorgende Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

Eén verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking vraagt geen toestemming aan de familie bij toepassing van sederende medicatie of psychofarmaca. Dit verzorgingshuis werkt nog niet met zorgplannen, maar is dit wel aan het ontwikkelen.

'Dipiperon hoeft ook niet, dat kan buiten de familie om. We melden het wel altijd want als je als dochter komt en je moeder gaat een beetje vreemd doen vanwege de dipiperon ja. Even op de hoogte stellen dat doen mijn collega's ook hoor. Dat is gevoelsmatig, dat staat niet vast. Het is uit fatsoen. Bedhekken vallen volgens de wet onder M&M's en medicijnen is gewoon zal ik maar zeggen voor de gezondheid van een bewoner.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Nee, voor medicijngebruik van bewoners wordt geen toestemming gevraagd aan vertegenwoordigers. Of het moet een heel zwaar middel zijn, maar dan denk ik dat je fatsoenshalve wel even contact op neemt met de familie. We gebruiken ook morfinepleisters maar daar hoeft je ook geen toestemming voor te vragen. Dipiperon hoeft ook niet, dat kan buiten de familie om. We melden het

wel altijd want als je als dochter komt en je moeder gaat een beetje vreemd doen vanwege de dipiperon ja. Even op de hoogte stellen dat doen mijn collega's ook hoor. Dat is gevoelsmatig, dat staat niet vast. Het is uit fatsoen. Bedekken vallen volgens de wet onder m&m's en medicijnen is gewoon zou maar zeggen voor de gezondheid van een bewoner.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Ook uit interviews met de vertegenwoordigers blijkt dat zij niet weten welke en hoeveel medicatie hun naaste slikt. Zij geven aan dit toch wel graag te willen weten.

'Toen ze hier kwam wonen [op de meerzorgafdeling] was ze heel onrustig. Toen heeft ze van die tabletjes gekregen waar ze rustig van wordt. Ik weet niet wat het is hoor, want ik heb alles uit handen moeten geven., Ik heb het idee gekregen dat ze hier niet van lastige patiënten houden. Die de rust verstoren en op wat voor manier doen ze daar ook wat aan. Daar hebben ze wel wat voor. Wat precies dat vertellen ze niet. Als mijn moeder 's nachts wakker wordt dan zegt de verpleging, dan krijgt ze een capsuletje, zodat ze weer verder kan slapen. Wat voor capsuletje dat is dat weet ik niet hoor. Dat is denk ik ook een verdovingsmiddel.' (Vertegenwoordiger Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

'Het verstrekken van medicijnen gaat allemaal automatisch, ik word daar niet bij betrokken. Nu hoorde ik dat ze druppeltjes heeft, omdat ze agressief wordt, dat hoorde ik op de groep.' (vertegenwoordiger Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Een verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking beschouwt als enige instelling het gebruik van psychofarmaca en sederende medicatie wel degelijk als vrijheidsbeperkende maatregel. Alle respondenten noemen hier medicatie als mogelijke vrijheidsbeperking.

'Bedekken, medicatie wordt natuurlijk gegeven. Medicatie die in verband gebracht kan worden met het grondlijden: dus dan praat je over een antidepressivum of wellicht een rustgevend middel. Dat wordt geregistreerd. We hebben een band en een blad in de stoel, belmatjes. Een Zweedse band wordt hier ook niet in de nacht gebruikt, ik kan mij dat niet voorstellen, wel een verpleegden'. (verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Bij de twee verzorgingshuizen met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling heeft de verpleeghuisarts in tegenstelling tot wanneer het gaat om fysieke vrijheidsbeperkingen slechts een adviesfunctie met betrekking tot de toepassing van medicatie aan de huisarts.

'Voor de medicatie is het meestal een consult en heb ik een adviesfunctie. Dat betekent dat een huisarts het advies naast zich neer kan leggen. In de praktijk gebeurt dat niet zo snel. De huisarts die ondertekent het ook.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

4.5.2 Dwangbehandeling

Dwangbehandeling kan zich op twee momenten voordoen. Het eerste moment is als de zorgaanbieder en de bewoner en/of vertegenwoordiger het niet eens worden over het zorgplan en waarvan de uitvoering toch noodzakelijk is om ernstig gevaar te voorkomen. Het andere als de bewoner en/ of vertegenwoordiger het niet eens is dat bepaalde onderdelen van het zorgplan worden uitgevoerd. Ook dan mag er alleen uitvoering plaatsvinden als dit noodzakelijk is om ernstig gevaar te voorkomen.

Waar het gebruik van vrijheidsbeperkingen in het algemeen wordt geaccepteerd in verzorgingshuizen, is dwangbehandeling veel minder vanzelfsprekend.

'Dwang komt hier niet voor, dat is ook het randje, want het is een verzorgingshuis. Het is een vrije instelling en mensen mogen gaan en staan waar ze willen. Wij hebben niet het recht om te zeggen van u mag niet naar buiten.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

In het algemeen geeft men in de interviews aan dat dwang in de verzorgingshuizen niet of zeer weinig voorkomt.

'We hoeven alleen maar een dwangmaatregel te melden. Die hebben we tot nu toe nog maar één keer gehad.' (directeur Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Toch is net als bij verpleeghuizen dikwijls sprake van een schimmig gebied waarin moeilijk te onderkennen is of er nu sprake is van dwang of niet, zoals blijkt uit onderstaande reeks voorbeelden.

'We hebben een mevrouw gehad die had een soort pak, die ze zelf niet open kan doen. Je merkt dan dat ze dat niet fijn vindt. Dat merk je aan haar gedrag. (...) Ze krijgt het pak dan toch. Je probeert het toch, door een soort benadering haar het pak aan te krijgen.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Als iemand er overheen [bedekken] gaat stappen dan passen wij al geen bedekken toe. Dan denken wij eerst aan een belmatje. Bij verzet zouden wij niet snel bedekken gebruiken(...) Tja, als een bewoner zich verzet tegen het belmatje, daar kan ze zich tegen verzetten, maar dat ligt er hè, dus dat is weinig verzet. Dat is voor haar niet belemmerend.' (teamleiders Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking).

'Als een bewoner zich verzet tegen medicijnen dan stoppen wij ermee. Wij gaan niet iemand zijn neus dichtknijpen. Dat is dan jammer. Dat gaat ook weer in overleg met de vertegenwoordiger eventueel en met de huisarts. Als de cliënt of de vertegenwoordiger blijft weigeren, dan biedt je alternatieven aan en je gaat op zoek naar andere oplossingen. In het uiterste geval moet je dan zeggen van ja dan hebben we geen alternatieven meer en dan zal het het verpleeghuis worden. Dat kan ook nog. Dat is wel eens een keer gebeurd. Als wij onze grenzen bereikt hebben ja dan houdt het op.' (teamleiders Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Ik denk dat er sprake van kan zijn als iemand zich heel reëel verzet tegen bijvoorbeeld medicatie. Dat moet wel heel realistisch zijn. Ik wil hier niet zijn en ik wil dat die band afgaat en ik wil naar mijn huis en die is daar en daar. Bij PG kan het ook zijn dat als iemand zich onprettig voelt en die zegt ik wil naar mijn moeder en die is al 30 jaar dood, dat is geen realistisch verzet. De betere PG-bewoners kunnen zich toch wel verzetten. Maar op die afdeling kan ik mij geen geval herinneren dat iemand zich daadwerkelijk verzet.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

'Ja, we hebben een meneer die verzet zich af en toe in de rolstoel als hij vastzit. Hij wil eruit stappen en opstaan. Als je dan met hem praat en hem rustig krijgt dan zegt ie van ja het is wel goed.' (verzorgende Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

'Bij medicatie is het niet zozeer het middel waar ze op reageren, maar het is vaak dat je ze benadert in hun belevingswereld en dat is dat de tegenwerking maar niet zozeer dat ze dat medicijn moeten, want daar hebben ze vaak geen besef van. Dat is niet op de maatregel zelf. Dat is ook met de bedekken, je moet dat heel individueel bekijken. Hoe is zo iemand wat kan er achter zitten. Ik vind het een groot verschil in de benaderingswijze als je het dan hebt over medicijnen. De Bopz zorgt voor de psychiatrie juist. Voor psychiatrische bewoners is het wel duidelijk wat voor middelen ze krijgen. Bij dementerenden is dat anders. Zij weten niet wat voor medicijn ze nemen. Het proeft bitter, maar voor de rest.' (teamleiders Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Als de familie het er niet mee eens is, dan ligt de verantwoording bij de familie. Ze worden in ieder geval wel zo begeleid in de gesprekken dat de familie zich gaat realiseren wat de consequenties zijn. Bijvoorbeeld dat iemand echt gevaarlijk wordt. Dan confronteer je ze in een gesprek. Weet je als iemand een heup breekt heeft dat ook weer gevolgen voor het geestelijke. Zij krijgen een ontzettende optater van de narcose en van de revalidatie.' (verzorgende Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

Hieronder wordt de wijze waarop men in de onderzochte verzorgingshuizen met verzet en

dwang omgaat verder uitgediept, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen verzet van de bewoner en verzet van de familie.

4.5.2.1. Bewoner

Zoals aangegeven wordt onder andere van dwang gesproken wanneer er toestemming ontbreekt tegen de uitvoering van het zorgplan. Van dwangbehandeling is ook sprake wanneer het goedgekeurde plan wordt uitgevoerd en de betreffende bewoner zich plotseling verzet tegen de uitvoering ervan. Hierbij maakt het niet uit of de zich verzettende bewoner wilsbekwaam of wilsonbekwaam is. De term verzet wordt in de wet Bopz omschreven als het verbaal maar ook non-verbaal te kennen geven van het niet instemmen van het handelen ten aanzien van zijn persoon. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat er regelmatig middelen en maatregelen voorkomen, maar dat zij vaak niet de noemer 'dwang' krijgen. De reden hiervan is niet zozeer dat de instellingen niet weten wat onder verzet wordt verstaan, maar dat verzet van bewoners zelden als zodanig geïnterpreteerd wordt, omdat men sommige weigeringen inherent vindt aan het ziektebeeld.

'Wij interpreteren als verzet ook wel naargelang het ons uitkomt. Als een dementerende op een afdeling verblijft en op een gegeven moment niet meer eet of drinkt of dit afweert, bij de eerste noemen wij het verzet om vooral maar geen sonde te hoeven geven. Maar staat iemand aan de deur te rammelen, dan zeggen we dat interpreteren wij niet als verzet. Het is je maar net wat je als hulpverlener op dat moment uitkomt. Als je de wet letterlijk neemt, elke uiting van verzet, dan wordt de inspectie overspoeld met meldingen. Je moet er natuurlijk heel zorgvuldig mee omgaan. Maar ik denk als iemand een blad op zijn stoel heeft en aan zijn blad zit te rammelen en die persoon doet dat vanmiddag nog dan denk ik nou ja goed. Dan zal ik dat ter kennisgeving aannemen. Maar als hij dat herhaaldelijk doet dus morgen en overmorgen ook en hij wordt daar onrustig van dan moet je kijken naar een alternatief. Het grappige is dat je dat in de praktijk eigenlijk nooit meemaakt. Weet je het is moeilijk te interpreteren, is het verzet of is het een uiting van iets anders. Voor ons is het met name van belang als je iemand opneemt die vrijwillig binnenkomt. Eigenlijk kan dat niet, de meeste moeten via een art 60 binnen komen. Als iemand zegt ik wil naar huis, dan gaan wij niet zeggen prima gaat u maar. Dat doe je niet. Op het moment dat iemand echt heel onrustig van wordt en daar ook echt in persisteert en er een coherent verhaal omheen kan brouwen, dan moet je daar iets mee doen. Ik laat het meestal afhangen van het ongenoegen, de lijdingsdruk die mensen uiten. Mensen laten zien dat ze er echt onder lijden.' (Verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Van verzet is sprake als er voor mij aan drie dingen zijn voldaan. Ten eerste moet er een afwijzing zijn om iemand goed te doen. Ten tweede als er sprake is van herhaling en ten derde als er ook wel een mate van een verstandcomponent aan vast zit.' (Verpleeghuisarts Oranjehaave)

Vooral het begrip 'persistent verzet' komt vaak voor. Aangegeven wordt dat wanneer bewoners aangeven bijvoorbeeld hun medicijnen niet in te willen innemen of het bedhek niet omhoog te willen hebben, de verzorgenden dit in eerste instantie ook niet doen. Zij proberen het na een tijdje weer of ze laten het een andere verzorgende proberen. Meestal is dan het 'verzet' verdwenen. Op dit vlak is er geen verschil tussen de verzorgingshuizen met en die zonder een Bopz-aangemerkte afdeling en evenmin met verpleeghuizen. (Arends, et al., 2002)

In alle instellingen wordt opgemerkt dat wanneer je de bewoners van de afdeling leert kennen, je als hulpverlener ook weet wanneer iemand echt iets niet wil. Er wordt aan de wensen van de bewoner gehoor gegeven door met de familie en met de behandelend arts te gaan praten en een ander alternatief te zoeken. Uit de interviews komt naar voren dat binnen alle instellingen en onder alle medewerkers verzet van bewoners een zeer interpretabel begrip is en dat er daardoor bijna nooit sprake is van dwang. Bewoners met psychogeriatrische problematiek kunnen zich wel verzetten, maar persisteren daar veelal niet in.

4.5.2.2. De vertegenwoordiger

Ook vertegenwoordigers kunnen zich verzetten tegen een voorgestelde vrijheidsbeperking of behandeling. Het komt voor dat familieleden niet met voorgestelde middelen of maatregelen instemmen. Sommige verzorgingshuizen merken op dat zij de betreffende middelen en maatregelen dan niet toepassen, zoals in een van de hiervoor gegeven voorbeelden. Hier wordt soms heel strikt aan gehouden wat kan leiden tot gevaarlijke situaties. Een instelling gaf aan dat een bewoner uit haar bed was gevallen omdat er nog geen bedhekken waren geplaatst. Dit was nog niet gebeurd, omdat de familie nog geen toestemming had gegeven.

'Als een vertegenwoordiger het niet eens is met een middel of maatregel, dan gaat het pertinent niet door. Als er valgevaar is, dan moet het opnieuw bekeken worden. We moeten dan voor ons zelf heel goed weten of zo'n maatregel echt nodig is. Ik denk dat ik dan wel M&M-dwang doe. Ik heb het nog nooit bij de hand gehad. Ik heb twee keer een weigering gehad van familie. Die weigering heb ik gehonoreerd en ik had zoiets van kijken wat er gebeurt. Het ging dus heel goed [met de bewoner]. Je moet je denk ik heel serieus afvragen of je niet iets te snel wilt.' (Verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Bij echte weigering van de vertegenwoordiger geven verzorgenden aan dat zij de familie doorsturen naar de behandelend arts. Zij hebben de ervaring dat wanneer familie meer uitleg krijgt, de familie ook inzicht krijgt waarom het toepassen van een vrijheidsbeperking noodzakelijk is. De toestemming wordt dan in het algemeen alsnog verkregen.

Wanneer vertegenwoordigers na een gesprek nog steeds geen toestemming geven voor het toepassen van een vrijheidsbeperking wordt er op verschillende manieren op gereageerd. Sommige instellingen zonder Bopz-aanmerking geven aan dat wanneer er geen toestemming is voor een middel of maatregel, deze ook niet wordt toegepast. De vertegenwoordiger krijgt wel te horen dat eventuele gevolgen van het niet toepassen van de middelen of maatregelen voor hun verantwoording is. Verschillende andere instellingen stellen dat wanneer de familie niet instemt de bewoner overgeplaatst zou moeten worden naar een verpleeghuis, omdat zij zonder het middel of maatregel geen verantwoorde zorg meer kunnen leveren aan de betreffende bewoner.

'We proberen aan de hand van gesprekken met de familie toch wel te laten inzien dat er iets nodig is. We hebben het vorig jaar gehad met een PG-bewoner die geestelijk zo achteruit ging dat een verpleeghuisopname echt noodzakelijk was, maar dat werd tegengehouden door de familie. Nou en bij elk akkefietje dan belden we gewoon d'r gewoon [de dochter] van ja luister uw moeder is zo in de war en we krijgen haar niet rustig en ze roept al om je. Nou hoe meer ze de zorg ging overnemen, hoe beter ze het ging inzien, van ja mijn moeder hoort hier niet meer.' (teamleider Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

In verzorgingshuizen met een Bopz-aanmerking gebeurt de omgang met vertegenwoordigers die geen toestemming geven eigenlijk niet anders dan in een verzorgingshuis zonder een Bopz-aanmerking. Wanneer een vertegenwoordiger niet wil dat een middel of maatregel wordt toegepast bij een naaste proberen zij ook in gesprek te gaan met de familie om hun op die manier in te laten zien dat het echt noodzakelijk is. Wanneer er echt geen andere alternatieven denkbaar zijn en het gevaar is dus niet op een andere manier afwendbaar dan zal het middel of maatregel volgens enkele respondenten wel onder dwang worden toegepast. Hiervan wordt dan melding gemaakt bij de inspectie. Geen van de onderzochte verzorgingshuizen met Bopz-aanmerking had dit echter ooit bij de hand gehad.

4.5.3 Noodsituaties

Middelen en maatregelen mogen volgens de wet Bopz ook worden gebruikt ter overbrugging

van een tijdelijke noodsituatie die wordt veroorzaakt door de bewoner als gevolg van een psychogeriatrische stoornis. Alle instellingen geven aan dat er sprake is van een noodsituatie wanneer een bewoner een gevaar wordt voor zichzelf of voor een ander. Dit gebeurt, zo wordt aangegeven, bijvoorbeeld wanneer een bewoner agressief wordt, een delier krijgt of in een psychose raakt. Echte noodsituaties komen, zo delen respondenten mee, maar zelden voor, hooguit enkele keren per jaar.

'Afgelopen jaar hebben we het behoorlijk voor onze kiezen gehad. Toen waren er een aantal bewoners, die dus een behoorlijke psychose hadden. Dan moet je niet in termen van maandelijks denken, maar dan heb ik het over een aantal keer per jaar.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Een echte noodsituatie, nou dat is lang geleden. Maar ik heb een keer iemand meegemaakt, ja dat is al lang geleden hoor, die was zo agressief die moest echt op zijn kamer blijven. Die kwam gewoon met zijn stok, die kwam gewoon zo zijn kamer uit. Die was ook heel snel naar de PG hoor. Dat gaat dan wel heel snel. En mensen die bijvoorbeeld echt in een psychose zitten of zo, dan, maar meestal gaan die gelijk over bij ons.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'In het verleden hebben we hier wel eens een noodsituatie gehad. Met een mevrouw met medicatie. Die had meteen haldol nodig. Intramusculair. Die mevrouw ging helemaal door het lint, toen mochten we haar van de verpleeghuisarts onder dwang die medicatie toedienen.' (teamleider Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

'Het toepassen van M&M onder dwang of nood is zeer zeldzaam. Ik kan mij er niet één herinneren van de afgelopen twee jaar. Echt niet één.'

Wanneer er sprake is van een noodsituatie mogen er middelen en maatregelen toegepast worden, mits toestemming is verkregen van een behandelend arts.

'In een noodsituatie mag er pas gehandeld worden als de verpleeghuisarts zijn toestemming heeft gegeven.' (verpleegkundige Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

In een van de verpleeghuizen zonder Bopz-aanmerking, wordt bij noodsituaties niet de verpleeghuisarts ingeschakeld, maar is de huisarts verantwoordelijk voor mogelijke toepassingen van middelen of maatregelen.

'Mij bellen ze nooit. In principe is de huisarts eindverantwoordelijk. De verzorgenden moeten toestemming hebben van de huisarts, want anders mogen zij het niet toepassen. Kijk, ze bellen de huisartsenpost en de dienstdoende arts die geeft dan advies.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Uit de interviews blijkt niet dat men in de verzorgingshuizen met een Bopz-aangemerkte afdeling anders omgaat met noodsituaties dan de instellingen die dit niet hebben. Noodsituaties komen in de beleving van de respondenten zeer weinig voor. Verder komt uit de interviews naar voren dat het toepassen van een vrijheidsbeperking in een noodsituatie in de beleving van zorgverleners niet anders is dan wanneer toepassing van vrijheidsbeperkingen worden overeengekomen in het zorgplan. In het geval van een noodsituatie wordt eerst met een arts overlegd. Aan de vertegenwoordiger wordt achteraf om goedkeuring gevraagd. Ook in verpleeghuizen gaat men op een dergelijke manier met noodsituaties om, waarbij in de beleving van de zorgverleners daar de grond voor melding komt te vervallen. (Arends, et al., 2002)

4.5.4 Melding en registratie

Zoals hiervoor reeds werd besproken hebben de vrijwel alle verzorgingshuizen M&M-formulieren ontwikkeld (zie part 4.5.1) die, indien vrijheidsbeperkingen nodig zijn, in het zorgplan worden opgenomen.

'De middelen en maatregel worden op een apart formulier vastgelegd en achter een apart tabblad' (verpleegkundige Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'De M&M komen ook in het zorgplan te staan op een apart blad' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Eén verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking heeft `uit efficiencyoverwegingen een formulier ontwikkeld per huisartsenpost.

'Sinds kort registreren we M&M door middel van een registratieformulier. De huisarts vond het nogal problematisch dat er van alle bewoners die een middel en of maatregel hadden om maandelijks een document te ondertekenen. Daarom hebben we in overleg met de huisarts en de verpleeghuisarts een document ontwikkeld waar per huisartspost alle mensen op één A4 staan die middelen en maatregelen hebben, plus welke M&M en dat wordt dus maandelijks bekeken tijdens het MDO en dat wordt ondertekend daarna wordt het gestuurd naar de huisarts en die ondertekent het en als het terug komt wordt het ook ondertekend door de verpleeghuisarts.' (teamleider Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Vervolgens wordt er een aparte aantekening van de toepassingen van M&M in het zorgplan gemaakt.

Eén verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking gebruikt geen M&M-formulieren, maar noteert het gebruik van vrijheidsbeperkingen wel in het zorgdossier.

Uit de interviews en ook uit de zorgdossiers komt naar voren dat medicijnen, ook psychofarmaca en sederende medicatie in acht van de tien instellingen niet als middel of maatregel worden geregistreerd in het zorgplan. Eén verzorgingshuis doet dit wel.

De M&M-formulieren worden door de verzorgingshuizen (met en zonder Bopz-aanmerking) die er gebruik van maken ook, consequent ingevuld, en toegevoegd aan het zorgplan.

'We registreren alles. Bedekken zijn niet altijd in alle gevallen een maatregel, maar bij ons wel.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

In één verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking is men bezig met het aanleggen van een digitaal registratiesysteem van de bewonerdossiers. Ook de registratie van vrijheidsbeperkingen wordt hierin opgenomen. Alle gegevens van de bewoners, ongeacht van welke locatie, worden centraal bewaard en kunnen vanaf iedere locatie met een wachtwoord opgehaald worden. Dit is bij uitstek handig wanneer de verpleeghuisarts om advies gevraagd wordt, maar niet op de juiste locatie is. Deze kan dan via een computer de juiste gegevens van een bewoner opvragen om tot een goed advies te komen. Ook kan deze registratie gebruikt worden om actief beleid te ontwikkelen om toepassingen vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk terug te dringen.

Meldingen van noodsituaties of dwangbehandelingen aan de inspectie vinden vrijwel nooit plaats. In de eerste plaats omdat deze, zoals hiervoor werd beschreven, vrijwel nooit voorkomen, en in de tweede plaats omdat voor de verzorgingshuizen zonder Bopz-afdeling ook geen verplichting bestaat om dit te doen.

De geïnterviewde zorgverleners weten adequaat aan te geven wat er volgens de inspectie juist wél en wat niet gemeld dient te worden. Vermeldenswaard is dat bij verschillende huizen, met én zonder BOPZ –aanmerking, aangegeven wordt dat de inspecteurs weinig moeite doen om zich in te leven in de praktijk en zich teveel bezig houden met de geformuleerde regels en

regelgeving. Een directeur illustreert:

'Over heel theoretische zaken kan de inspecteur echt te ver doordraven. Bijvoorbeeld dat niet goed op papier staat wie de verpleeghuisarts heeft aangesteld. En dat niet in ieder document staat de verpleeghuisarts ook de Bopz-arts is hier. Dat we in onze documenten spreken over een begeleidingsafdeling, in plaats van over een gesloten meerzorgafdeling. Ook, en daar heeft hij overigens wel gelijk in, staat niet in ieder zorgplan duidelijk vermeld of een bewoner een Bopz-indicatie van het RIO heeft(...) Mijn medewerkers hadden na het gesprek met de inspecteur het gevoel van doen wij dan niks meer goed? Terwijl wij van het NIVEL, een onderzoeksinstituut, een dikke zeven kregen voor de werkwijze op onze meerzorgafdeling. De inspecteur zegt, doordat je een Bopz-erkenning hebt moet je aan verpleeghuisnormen voldoen, in alles. Hij is zelfs gaan zeuren over het aantal vierkante meters. Tja, die hebben we niet. En daar kunnen we ook echt niets meer aan doen. Dat stoort me. Ik denk dat hij onvoldoende ziet wat we allemaal wel goed doen en zeker in vergelijking met verzorgingshuizen die wel M&M's toepassen, maar geen erkenning hebben. (directeur Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Een verpleeghuisarts meldt over een fixatie die niet werd gemeld bij de inspectie:

'Het is niet gemeld aan de inspectie, omdat dat bij mij niet zozeer in mijn hoofd zit. En ik denk dat dit bij de hele stichting niet zozeer direct voor op onze tong ligt. We hebben het wel heel erg gedaan met maandelijkse overzichten, rapporten en melden, maar toen heeft de inspecteur gezegd van jongens hou daar alstublieft mee op, want ik word overvoerd met materiaal. Nu hebben we weer een nieuwe inspecteur en die wil alles te horen krijgen. Daar is een stuk onduidelijkheid. Een centrale registratie hadden we dus wel, maar nu niet meer en nu moet het weer komen.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

Een andere verpleeghuisarts zegt:

'We hebben vrij recent een inspectiebezoek gehad. Dit naar aanleiding van onze erkenning. Deze man komt dan kijken naar of wij de wet goed toepassen. De letterlijke toepassing van de wet strookt vaak niet met de praktijk. Kijk, uiteraard moeten wij m&m volgens bepaalde protocollen toepassen. Er moeten de juiste indicaties liggen. Het moet geëvalueerd worden(...) Toch zie je, en of dat terecht is, is niet aan mij om dat te beoordelen, dat de inspectie heel erg bijna met oogkleppen probeert de wet toe te passen op een verzorgingshuis. En dat lukt gewoon simpelweg niet! Wij moeten van de inspectie aan verpleeghuisnormen voldoen, maar we zijn niet voor niets een verzorgingshuis. We geven aanvullende verpleeghuiszorg en om dat goed te doen, moeten wij soms m&m's toepassen. Daarom hebben wij een Bopz-erkenning en voldoen aan alle eisen om zo'n erkenning te mogen hebben. Maar helemaal gedetailleerd passen we die wet niet helemaal toe. Omdat we nu eenmaal geen verpleeghuis zijn.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

4.6 Toezicht

Zoals in hoofdstuk 3 reeds is beschreven, is het hebben van een 24-uurs gesloten afdeling één van de vereisten om een Bopz-aanmerking te krijgen voor een verzorgingshuis. De achterliggende gedachte van een 24-uurs gesloten afdeling is dat bewoners niet van de afdeling af kunnen en dat er permanent sprake is van toezicht. Het begrip toezicht is een ruim begrip. Uit de interviews blijkt dat men onder toezicht het "direct contact hebben met de bewoner" verstaat. De wijze waarop het toezicht is georganiseerd is mede afhankelijk van de manier waarop de psychogeriatrische zorg is ingericht. Het meeste toezicht is aanwezig bij de verzorgingshuizen met een verpleegunit, omdat hier meer financiën beschikbaar zijn om personeel in te zetten. In één van de huizen met een Bopz-aangemerkte verpleegunit hebben de bewoners ieder een eigen appartement, waar ze gedurende de nacht verblijven. Overdag worden ze naar de grote

huiskamer verplaatst, waar ze de hele dag verblijven, tenzij ze naar een activiteit gaan. In de huiskamer is permanent een personeelslid aanwezig dat toezicht houdt.

De Bopz-aangemerkte meerzorgafdelingen hebben in vergelijking tot de verzorgingshuizen zonder Bopz-afdeling het voordeel dat de afdelingsdeur gesloten is. Psychogeriatrische bewoners kunnen niet van de afdeling afdwalen, waardoor zij aan toezicht onttrokken zijn.

4.6.1 Toezicht overdag

De verzorgingshuizen zonder Bopz-aanmerking hebben alle de zorg voor psychogeriatrische bewoners zodanig ingericht dat overdag sprake is van meer toezicht. Er zijn huiskamerprojecten, groepsverzorging, en dagopvang ontwikkeld. Hier worden de meest zorgbehoevende psychogeriatrische bewoners overdag opgevangen met onder meer als doel om meer dagstructuur te bieden, hetgeen belangrijk is voor psychogeriatrische patiënten. Deze bewoners hebben dan meestal een indicatie voor aanvullende verpleeghuiszorg (AVZ). Bij de vier van de vijf huizen zonder aanmerking, vindt de opvang tot 's avonds acht á negen uur plaats.

'De groepsverzorging gaat open om 11.30 uur tot 18.00 uur. Er is ook niet voor al die mensen die wij als PG hebben ruimte en plek. Ze zijn ook gebonden aan een aantal minimum en maximum plaatsen. Er zijn hier 94 bewoners. Daarvan hebben er vijftien een PG-indicatie en daarvan zouden er zeker zo'n dertig een PG-indicatie nodig hebben. Deze mensen hebben geen indicatie, omdat wij er maar maximaal vijftien mogen hebben. Ze zitten er wel met een kanttekening, maar wettelijk gezien mag je daar maar heel weinig mee(...) Op deze niet-geïndiceerde bewoners worden ook wel middelen en maatregelen toegepast.' (verpleegkundige Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Het ene verzorgingshuis geeft meer ruimte aan psychogeriatrische bewoners om zich aan deze vormen van opvang te onttrekken en op de eigen kamer te verblijven dan de andere.

'Nou, de groepsverzorging zit op de gesloten afdeling [het verzorgingshuis deelt het gebouw met een verpleeghuis], dus in principe kunnen ze wel uit de ruimte, maar ze kunnen niet van de afdeling af. Voorheen was dat best wel een probleem, dan zaten ze wel in het verzorgingshuis en dan hadden de verzorgenden wel een s moeite om de bewoners bij de groep te betrekken. Dat ze echt aan de deur stonden te rammelen, dat ze de deur wel eens op slot moesten draaien. Maar nu kunnen ze gewoon naar het toilet, de ruimtes in. Dat is wel beter geregeld.' (zorgcoördinator Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking).

Een ander verzorgingshuis dat de bewoners overdag minder ruimte biedt om op de eigen kamers te verblijven, geeft de bewoners ondersteuning op het moment dat ze van het huiskamerproject weg willen lopen. Ze worden dan met zachte hand van de deur weggeleid, voornamelijk door te praten. De deur is niet afgesloten, maar het toezicht is dusdanig dat mensen nooit weglopen.

De huizen die psychogeriatrische bewoners die toezicht behoeven meer vrije ruimte geven om op de eigen kamers te verblijven, melden meer problemen met toezicht te hebben en geven vaker dan de andere verzorgingshuizen aan dat zich incidenten voordoen zoals valpartijen, het verdwalen van bewoners of het lastig vallen van andere bewoners.

'Nu is het zo van stel iemand zit in de huiskamer AVZ [aanvullende verpleeghuiszorg], die mevrouw wil 's middags rusten. Die mevrouw heeft haar woning op de vierde etage of op de begane grond. Mevrouw wordt naar haar kamer gebracht voor een uurtje slapen. Mevrouw vergeet of ze nou 1 of 2 uur op bed ligt en wil er al eerder uit en die valt. Dat zijn allemaal incidenten die ook hier gebeuren, omdat er vanuit het huiskamerproject die op een andere etage is niet direct toezicht is op die etage. Concentreer je het op de etage van het huiskamerproject dat is het voor een AVZ sneller de mogelijkheid om eens even te kijken. Dat doe je dan eerder dan dat er iemand op de gang loopt. Je laat de deur op een kier staan. Nu is dat niet overzichtelijk. Valincidenten zijn er hier

toch wel heel veel, omdat er geen toezicht is. Het probleem is dus dat heel veel mensen op de huiskamer zouden moeten zijn, maar niet in de huiskamer vertoeven. Het kan ook zijn dat de huiskamers vol zijn, want er zijn beperkte plaatsen.’ (teamleider Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Naast het hiervoor genoemde komt het soms ook voor dat AVZ-geïndiceerde bewoners in het geheel niet naar de groepsverzorging gaan, omdat er onvoldoende plaatsen zijn. Deze bewoners blijven dan op hun kamer. Een geïnterviewde verpleegkundige van een niet-Bopz-aangemerkte instelling suggereert dat er veel meer bewoners zijn die geïndiceerd zouden moeten worden, maar dat dit achterwege wordt gelaten, omdat er onvoldoende plaatsen zijn.

De instellingen met Bopz-aanmerking hebben in het algemeen meer toezicht op de Bopz-afdeling, omdat zich hier meer personeel bevindt. Ook zijn de afdelingen gesloten, zodat mensen niet van de afdeling af kunnen dwalen. Op gesloten afdelingen worden ook huiskamerprojecten georganiseerd. Mensen worden gestimuleerd mee te doen, maar in de meeste gevallen kunnen zij zich ook terugtrekken op hun eigen kamer. Het toezicht vindt dan plaats door af en toe de kamer van de bewoner op te lopen. In één verpleegunit worden de kamers van de bewoners afgesloten. De bewoners kunnen dan niet zelfstandig terug naar hun kamer. De reden die hiervoor wordt gegeven, is dat anders sommige bewoners de spullen van anderen zoek maken. Een dergelijke maatregel leidt echter tot minder bewegingsvrijheid.

Voor alle instellingen zowel degene met Bopz-aanmerking als zonder, geldt dat zich buiten de opvang overdag en buiten de Bopz-afdelingen ook psychogeriatrische bewoners bevinden. Het toezicht moet dan overdag op een afdeling plaatsvinden met in het algemeen twee verzorgenden. Op een afdeling van bijvoorbeeld 20 bewoners bevinden zich dan drie tot zes psychogeriatrische bewoners, waarvan degene die het meest zorgbehoefstig zijn overdag naar de groepsverzorging worden overgebracht. In verschillende verzorgingshuizen is het multidisciplinair overleg (MDO) het kwaliteitsinstrument waarmee de stand van zaken met betrekking tot een bepaalde bewoner wordt bijgehouden. In dit overleg wordt regelmatig besproken of de status quo ten aanzien van een bewoner gehandhaafd kan blijven, of dat iemand geheel of gedeeltelijk moet worden overgeplaatst.

‘Al die mensen worden besproken in het MDO en als wij zoiets hebben van nu wordt het een gevaar, mevrouw valt van de trap of het gaat gewoon echt niet meer. Dan wordt er in overleg met de huisarts een verpleegindicatie aangevraagd. Ook in overleg met de familie natuurlijk of zaakwaarnemer’ (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Instellingen met een Bopz-afdeling hebben daarbuiten soms ook nog zorgproducten als huiskamerprojecten of groepsverzorging ontwikkeld voor psychogeriatrische bewoners. Daar wordt dan op dezelfde manier omgegaan met toezicht als hierboven beschreven.

‘We hebben in ieder geval dagbesteding en dan hoop je ook dat ze daar gebruik van willen maken. Want zeggen ze nee en gaan ze wandelen, dan moet je ze loslaten, want je mag niet dwingen. Dan probeer je toezicht te houden zoveel mogelijk als in onze macht ligt om te doen. Dat is ja, toch vrijheid blijheid op die gangen. We hebben niet zoveel personeel dat je om de vijf minuten kan gaan kijken, wat is er aan de hand. Het is gewoon veel te gevaarlijk.’ (clusterhoofd Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Eén instelling met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling heeft een strikt beleid dat buiten de Bopz-afdeling geen vrijheidsbeperkingen mogen worden toegepast. In combinatie met een beperkt toezicht heeft dit tot gevolg dat veel mensen gaan dwalen, hetgeen soms tot gevaarlijke situaties kan leiden.

‘Je kan het niet verantwoorden voor die mensen. Het is gewoon een levensgevaarlijke situatie. Wij zitten hier met een trap, maar in wezen ben je met handen en voeten gebonden, want je mag he-

4.6.2 Toezicht 's nachts

In de avonduren is er vaak nog maar één verzorgende en 's nachts zijn vrijwel overal twee verzorgenden aangesteld die de zorg hebben in het hele verzorgingshuis. De mate waarin toezicht wordt gehouden in de nacht is voor verzorgingshuizen met Bopz-afdeling nauwelijks anders dan voor verzorgingshuizen die dat niet hebben.

'Toezicht in de avonduren is denk ik niet anders dan in een verpleeghuis. In de avonduren, afhankelijk van de bewoner, loopt de verzorgende af en toe de kamer op.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Overal wordt aan psychogeriatrische bewoners extra aandacht besteed. Vaak gaat men er drie á vier keer per nacht langs. Als het verzorgingshuis een Bopz-afdeling heeft, dan fungeert deze bij drie van de vier instellingen als uitvalsbasis voor het nachttoezicht in het hele huis.

'Bij psychogeriatrische bewoners buiten de gesloten afdeling, gaan ze standaard drie á vier keer per nacht een keer langs. Mochten bewoners overdag echt onrustig zijn geweest dan zijn ze geneigd om dan toch nog een extra ronde te lopen bij die bewoner.' (clusterhoofd Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

's Nachts sta je met zijn tweeën altijd op het gehele huis. De nachtdienst zit dan altijd op afdeling 1 [meerzorgafdeling] Deze heeft altijd twee piepers bij zich. En die lopen dan op een gegeven moment toch wel hun rondes. Dus dan is er niet altijd iemand aanwezig op de meerzorgafdeling. Wij hebben ook valpreventiesystemen. En bij de mensen waarvan wij denken dat dat nodig is, zetten wij die aan. En dan kan je toch heel erg snel bij een bewoner zijn op het moment dat deze uit zijn bed komt.' (teamleider Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Verschillende instellingen gebruiken voor de nacht belmatjes, of andere elektronische meldingssystemen, om een adequaat toezicht te kunnen bieden. De elektronische meldingssystemen of belmatjes worden uitsluitend gebruikt voor die bewoners bij wie dit noodzakelijk is.

Wordt er geen gebruik gemaakt van hulpmiddelen dan is het toezicht en het overzicht in de nacht al snel onvoldoende.

'Je zit nu wel in een fase dat mensen gaan zoeken, dat ze naar een andere kamer gaan. Er gebeuren wel gekke dingen, maar het maakt wel angstig bij andere bewoners. Ze lopen op de gang en weten niet waar ze zijn. Als mensen gaan dwalen in de nacht dan zitten er twee verzorgenden op een centraal punt. Zij doen rondes in de nacht en die weten ook niet waar ze [de dementerende bewoners] naar binnen gaan of kloppen. Wij komen alleen bij bewoner als een bewoner dat heeft aangegeven dat ze controle wil. Bij bewoners waar je weet dat ze ziek zijn of onrustig zijn ook, maar anders niet.' (teamleider Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

4.7 Verantwoorde zorg

In paragraaf 3.5.2 zijn de voorwaarden besproken die door de Inspectie zijn opgesteld, waaraan een verzorgingshuis moet voldoen om een Bopz-aanmerking te kunnen verkrijgen. Een hoofdeis die daarbij, genoemd is dat de instelling verantwoorde zorg in de zin van art. 2 en 3 KWZ, levert met betrekking tot psychogeriatrische patiënten. Daarbij stelt de Inspectie dat daarbij in ieder geval hoort dat er voldoende personeel is en dat dit personeel bovendien voldoende deskundig is met betrekking tot de doelgroep. Verder moet het personeel het werk op een juiste verantwoordelijkheidstoedeling doen en gebruik kunnen maken van adequate materialen voor de toepassing van dwangbehandeling en middelen of maatregelen. Hieronder wordt op ieder van deze aspecten nader ingegaan.

4.7.1 Voldoende personeel

Diverse respondenten in dit onderzoek benadrukken dat er een verband is tussen de hoeveelheid personeel en de mate waarin vrijheidsbeperkingen worden toegepast bij bewoners. Dat door de inspectie wordt gesteld dat er voldoende personeel moet zijn is dan ook terecht. Alleen rijst de vraag wat voldoende is. Een verpleeghuisarts stelt over dit onderwerp:

'Maatregelen worden toegepast ter compensatie van het schaarse personeel. Het zou nooit zo mogen gebeuren, maar in de praktijk is het wel zo. Ik ben er toch van overtuigd dat als je voldoende formatie zou hebben, dan heb je een maatregel niet nodig, omdat iemand dan al direct in kan grijpen en dan hoeft je iemand niet in zijn vrijheid te beperken. Vaak is een één op één situatie wenselijk, maar nooit uitvoerbaar en dan zou je toch op momenten van schaarste zo'n maatregel moeten toepassen.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)
'Ik persoonlijk denk dat een groot gedeelte van de valpartijen komt, omdat er geen toezicht op is. En we gaan het al bijna gewoon vinden dat er zoveel valpartijen zijn.' (teamleider Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Deze uitspraken illustreren het dilemma waar verzorgingshuizen zich voor geplaatst zien. Men weet dat in veel gevallen vrijheidsbeperkingen voorkomen zouden kunnen worden, indien er meer personeel zou zijn, maar dit is in lang niet alle gevallen mogelijk. Overigens speelt dit probleem ook in verpleeghuizen, zo blijkt ook uit de tweede evaluatie van de Wet Bopz (Arends, et al., 2002), en uit het volgende citaat:

'Bij heel veel verpleeginstellingen worden M&M gebruikt wegens personeelstekort. Ik ga geen namen noemen, maar ik weet honderd procent zeker dat het gebeurt. Absoluut. Daar gaan mensen gewoon vast achter een tafelblad. Of dat mensen gewoon de hele dag op bed blijven. Nou je zal maar uit een verzorgingshuis komen, omdat je daar onrustig bent en vervolgens daar de hele dag op bed liggen. Het gebeurt wel. Het is echt waar, het is schrijnend, maar het gebeurt.' (verzorgende Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

De vraag rijst dan ook wat voldoende personeel in dit verband is. Een optimum van één verzorgende op één psychogeriatrische bewoner is immers niet haalbaar, dus er moet per situatie bekeken worden wat acceptabel is. En dan hangt voldoende personeel ook samen met andere factoren, zoals bijvoorbeeld de bouw van het verzorgingshuis. Veel respondenten noemen bijvoorbeeld de aanwezigheid en bereikbaarheid voor psychogeriatrische bewoners van trappenhuizen als reden voor het ontstaan van gevaarlijke situaties, met name als die bewoners dwaalgedrag gaan vertonen en er niet wordt ingegrepen. Ook de wijze waarop een afdeling is ingedeeld kan maken dat er te weinig personeel is om goed overzicht te houden.

'We hebben hier twee personen per afdeling. Het loopt hier in een T-splitsing, dus je hebt altijd een gedeelte dat je niet kan zien. Jij bent hier bezig en daar komt een mevrouw uit de kamer en wat dan? En de gevolgen, ik hou mijn hart vast...voor je het weet staat ze bij de trap.' (teamleider Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Een andere factor die bepalend is voor de beantwoording van de vraag of de hoeveelheid aanwezig personeel voldoende is om verantwoord zorg te kunnen leveren aan psychogeriatrische patiënten is gelegen in de grenzen die het verzorgingshuis zelf stelt aan wat verantwoorde zorg is binnen de setting van de eigen instelling. Als een verzorgingshuis bijvoorbeeld van mening is dat Zweedse banden binnen de eigen setting kunnen worden toegepast, is meer personeel nodig voor toezicht dan wanneer een verzorgingshuis niet op een dergelijke manier fixeert. Op grenzen van verantwoorde zorg wordt nader ingegaan in paragraaf 4.7.5.

4.7.2 Scholing

In alle onderzochte verzorgingshuizen wordt door respondenten onderkend dat een goede scholing bijdraagt aan een betere omgang met psychogeriatrische bewoners. Zo heeft een verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking een cursus 'belevingsgerichte zorg' georganiseerd:

'Belevingsgerichte zorg dat is het ingaan op de belevingswereld van jouw PG-bewoner. (...) En ja een voorbeeld van een bewoner die eigenlijk niet uit bed wil, omdat hij zich niet lekker voelt, maar dat eigenlijk elke dag heeft en dat het ook een beetje door zijn ziekte komt(...) Als jij daartegenin gaat, heb jij gewoon kans dat een bewoner agressief reageert, of zegt van jij zeurt maar een beetje. Het is zijn beleving op dat moment en je kan wel in discussie gaan, maar het is zijn beleving.' (zorgcoördinator Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Een betere omgang kan toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen voorkomen.

'Ik kwam een keer 's ochtends hier [op de verpleegunit] en toen was er een man gefixeerd, omdat hij er elke keer uitkwam. En als ik dan uit mijn slof schiet dan krijg ik wel te horen van ik doe het voor zijn bestwil en dan kan ik zeggen dat zij inderdaad niet goed weten met de problematiek om te gaan. Dus een stuk scholing is essentieel hierin.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

Ondanks die onderkenning hebben de verzorgingshuizen uiteenlopend gereageerd om de psychogeriatrische problematiek het hoofd te kunnen bieden. In één verzorgingshuis met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling wordt zelfs door de clusterhoofden aangegeven dat het personeel minder hoog geschoold is dan elders in het verzorgingshuis.

'Ik denk dat de verpleging de meeste VIG-ers heeft, in de gewone afdeling zitten er ook redelijk wat, maar in de gesloten PG-afdeling hebben wij er maar één. Er zijn redelijk veel bejaardenhelpenden zonder diploma.' (clusterhoofd Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Benadrukt wordt hier dat het belangrijker is om affiniteit te hebben met psychogeriatrische problematiek, dan om hoog geschoold te zijn. Dit wordt overigens door meer respondenten betoogd.

Ook het personeel op de andere Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling is niet hoger geschoold dan elders in het verzorgingshuis. Toch wordt hier wel veel ondernomen om het kennisniveau ten aanzien van psychogeriatrische patiënten verbeteren, voornamelijk met behulp van bijscholing, zowel door middel van externe als door interne cursussen. Verder wordt aangegeven dat ook de gedragsbesprekingen van de psycholoog veel toevoegen aan het kennisniveau van het personeel. Deze besprekingen worden tweewekelijks gehouden. De verpleeghuisarts zegt over de meerzorgafdeling:

'Het niveau van de meerzorgafdeling voor psychogeriatricie is van een iets hoger niveau dan elders in het verzorgingshuis. Zorginhoudelijk denk ik dat het goed genoeg is als ik kijk naar hoe dingen geregistreerd worden en hoe het dossier wordt bijgehouden.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Op de twee Bopz-aangemerkte verpleegunits, zijn maatregelen genomen om het personeel beter te scholen. Zo is op één van de units een groot deel van de verzorgenden VIG-geschoold, dat wil zeggen gediplomeerde ziekenverzorgenden. Verder heeft men hier een bereikbaarheidsdienst voor verpleegkundigen gecreëerd. Daarnaast zijn er op de unit helpenden: zorgassistenten die meer gericht zijn op de huiskamer en die de lichtere zorg mogen verlenen. Toch is de verpleeghuisarts nog ontevreden over het kennisniveau:

'Ja, er is meer en ander geschoold personeel nodig. Zowel kwantiteit als kwaliteit. Dat is precies wat ik op deze verpleegunit heb gezien het afgelopen jaar, dat het verzorgend personeel, wat eigenlijk bejaardenverzorgenden en bejaardenhelpenden zijn, en een enkele VIG-er absoluut kwali-

teit te kort heeft'. (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

Niet duidelijk is of men op de unit hoger geschoold is dan elders in het verzorgingshuis. Respondenten uit dit verzorgingshuis doen hier verschillende uitspraken over.

Bij de andere verpleegunit is het personeel niet hoger geschoold dan elders in het verzorgingshuis, maar heeft men wel speciaal op psychogeriatrische problematiek gerichte interne cursussen gedaan. Regelmatig worden hier klinische lessen georganiseerd. Verteld wordt dat er lessen gedaan zijn over dementie, en over Korsakov. Verder staan cursussen voor het omgaan met onrust en agressie op het programma.

Een verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking heeft, om de problemen rondom vrijheidsbeperkingen het hoofd te kunnen bieden ander geschoold personeel aangetrokken. Er zijn verpleegkundigen aangenomen. Dit heeft men niet alleen gedaan omdat er meer mensen zijn die onder de Bopz vallen, maar ook omdat over het algemeen de zorgvraag verandert: deze wordt zwaarder en vraagt andere handelingen. Daarnaast hebben alle personeelsleden het boekje van VWS over de Wet Bopz ontvangen. Ook is er een Bopz-cursus waar jaarlijks twee medewerkers naartoe mogen.

Een tweede verzorgingshuis stimuleert medewerkers om een hogere bevoegdheid te behalen.

'We proberen ook wat aan de kwaliteit te doen door wat meer mensen te scholen. Vroeger had je bejaardenverzorgers en helpenden. Wij zijn nu bezig meer mensen op te leiden tot VIG of ZV-er. Daar hebben we pas 2004 profijt van als deze mensen willen blijven.' (teamleider Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Een ander verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking probeert deskundigheid binnen de instelling te ontwikkelen door met gespecialiseerde zorgteams te gaan werken, die ieder een specifieke groep cliënten onder hun hoede hebben. Het gaat om drie groepen die ingedeeld worden naar zorgvraag. De verzorgenden zijn ingedeeld bij het zorgteam dat hun voorkeur heeft. Het is echter wel de bedoeling dat alle psychogeriatrische bewoners door een team worden behandeld dat gespecialiseerd is in psychogeriatrische problematiek. Ieder zorgteam opereert dan door het hele verzorgingshuis, echter wel met één of twee afdelingen als uitvalsbasis. Gedurende de fase waarin de interviews plaatsvonden was men juist bezig met de introductie van dit nieuwe systeem, dus er waren nog geen ervaringen bekend.

Een vierde verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking schoolt de medewerkers intern bij. Er zijn onlangs voor het eerst door de verpleeghuisarts speciale klinische lessen gegeven aan verzorgenden over toepassing van vrijheidsbeperkingen en de Wet Bopz. Men is van plan om dit jaarlijks te organiseren.

Het vijfde verzorgingshuis erkent dat de scholing van de medewerkers totnogtoe tekortschiet, maar heeft nog geen initiatieven ondernomen om dit te verbeteren.

4.7.3 Verantwoordelijkheidstoedeling

4.7.3.1 Verhouding verzorgenden – artsen

Hiervoor (in par. 4.5.1) werd al besproken dat het initiatief voor een vrijheidsbeperking dikwijls bij verzorgenden ligt. Dat is op zichzelf ook logisch: zij maken bewoners de hele dag mee en signaleren derhalve het eerste dat er een noodzaak tot toepassing ontstaat. In de meeste gevallen vindt dan overleg met een arts plaats. Afhankelijk van de plaats kan dit een huisarts of een verpleeghuisarts zijn. Het overleg dient uit te monden in een moment waarop de arts toestemming geeft voor de vrijheidsbeperking, dan wel hij die onthoudt. Deze toestemming wordt door de betreffende arts gegeven door een handtekening te geven op het daarvoor bestemde M&M-formulier. Opmerkelijk is dat de verzorgenden uit verschillende instellingen aangeven dat zowel de verpleeghuisarts als de huisarts hun toestemming wel eens geven

zonder dat zij de betreffende bewoner hebben geconsulteerd. De artsen gaan dan af op het oordeel van de verzorgenden over de bewoner. Bij deze uitspraken moet een nuancering gemaakt worden. Verpleeghuisartsen consulteren minimaal één keer per maand bewoners met een aanvullende verpleeghuis indicatie. Zij zijn bekend met de recente problematiek van de bewoner(s) en hebben, zoals een verpleeghuisarts omschrijft een band opgebouwd met een bewoner. Wanneer zij telefonisch hun toestemming geven doen zij dat op vrij recente eigen verkregen informatie. Huisartsen daarentegen zien de bewoners sporadisch, zij gaan op het moment van toestemming geven, volledig af op de informatie van de verzorgenden.

'De huisartsen denken daar heel verschillend over. De ene zegt van geef mij maar zo'n formulier dan vul ik het wel in. Dan zeggen wij van de middelen en maatregelen formulier moet wel geëvalueerd worden en dan zegt hij van dat hoeft niet. Wij kunnen het faxen en dan faxen de zij(NVVA) het getekend terug. Is dat nou een manier? Ik vind dat niet kunnen, want ze hebben de cliënt niet zelf gezien.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Huisartsen reageren heel verschillend op hun inbreng voor toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Meestal verdiepen zij zich er bijzonder weinig in. Dan sturen ze een M&M-formulier terug terwijl ze de patiënt zelf niet gezien hebben. Ik vind dat niet kunnen want ze hebben de cliënt zelf niet gezien. Het is niet duidelijk wie daar verantwoordelijk is: de huisarts of de verpleeghuisarts.' (verpleegkundige Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

In die gevallen vindt dan geen specifieke deskundige inbreng plaats, waarmee de kans bestaat dat een vrijheidsbeperking onnodig wordt toegepast, omdat alternatieven onvoldoende zijn onderzocht. In het merendeel van de gevallen wordt de verantwoordelijkheid van een vrijheidsbeperkende toepassing echter wel degelijk genomen door artsen, door middel van overleg, en door ondertekening van het M&M-formulier.

Tot slot leidt onwetendheid/onkunde ertoe dat geen overleg plaatsvindt met de arts, zoals een verpleeghuisarts van een verpleegunit met Bopz-aanmerking aangeeft:

'Het personeel besluit hier zelf, zonder mijn mening, over te gaan op bedekken. Dat is iets wat ze vanuit het verleden van het verzorgingshuis nog heel sterk in zich hebben van we doen alles voor de bestwil van de bewoner. We doen liever een bedhek omhoog dan dat er iemand uit bed valt en zijn heup breekt. Het is echt het bestwilprincipe wat dus tegenwoordig expliciet staat in de wet dat het niet mag, maar ze doen het hier en ik denk ook wel in andere huizen nog steeds wel.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

4.7.3.2 Verhouding huisarts - verpleeghuisarts

De aanwezigheid van de huisarts in het zorgsysteem rondom psychogeriatrische bewoners levert, zo benadrukken verschillende respondenten nogal eens problemen op. Van oudsher hebben bewoners in een verzorgingshuis hun eigen huisarts. Een verzorgingshuis en daarmee het personeel kan met veel verschillende huisartsen te maken krijgen. Een instelling gaf aan met minimaal 24 huisartsen contact te hebben over hun psychogeriatrische bewoners. Dit maakt het organiseren van de zorg complex.

De huisarts is betrokken bij en verantwoordelijk voor zowel het somatische als het psychische wel en wee van de bewoner. Dit houdt in dat de huisarts eindverantwoordelijk is voor de uitvoering van de zorg die beschreven staat in het zorgplan. Wanneer een huisarts geen toestemming geeft voor uitvoering van het zorgplan, dan mag het geen doorgang vinden. Zodra een bewoner een aanvullende verpleegzorg (AVZ) indicatie of een verpleeghuisindicatie krijgt dan komt een verpleeghuisarts in beeld. Een verzorgingshuis heeft dan te maken met twee behandelend artsen. De rol en verantwoordelijkheid van beide artsen met betrekking tot de uitvoering van het zorgplan varieert per type instelling.

In alle onderzochte verzorgingshuizen zonder een Bopz-afdeling vervullen verpleeghuisartsen een adviserende en consulterende rol met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkin-

gen bij bewoners met psychogeriatrische problematiek. Een verpleeghuisarts adviseert, in overleg met de verzorging, de huisarts over de te nemen middelen en maatregelen. Een huisarts kan het advies van de verpleeghuisarts naast zich neerleggen. Aangegeven wordt dat de huisarts veelal het advies van de verpleeghuisarts overneemt.

'Voor M&M's ben ik officieel niet eindverantwoordelijk, dat is de huisarts eigenlijk. Nee wij doen dat samen, na goed overleg en bij problemen weten wij elkaar goed te vinden. Zelf doe ik iedere maand de evaluatie, maar we onderteken allebei M&M-formulieren; de huisarts blijft de eindbehandelaar en eindverantwoordelijk.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Toch worden er ook wel problemen ervaren.

'Ik heb eigenlijk alleen een adviserende rol. Dat is eigenlijk een hele rare rol. Op zich niet heel praktisch hoor, zoals het nu is. Het is natuurlijk al jaren zo.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking).

Huisartsen zijn eindverantwoordelijk en eindbehandelaar met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen. Voor het toepassen van middelen of maatregelen is dus geen toestemming vereist van de verpleeghuisarts, maar alleen van de huisarts. Bij sommige instellingen wordt er wel door beiden getekend.

'De verpleeghuisarts heeft een adviserende functie. Wij raadplegen hem tijdens een MDO over bijvoorbeeld medicatie. Vervolgens gaan wij naar de huisarts om toestemming te krijgen. De huisarts heeft namelijk wel de eindverantwoordelijkheid over deze dingen. De verpleeghuisarts bepaalt dus niet of iemand bedekken krijgt of een belmatje. Dit beslist de huisarts. Maar als er een acute situatie is en de huisarts is niet bereikbaar, dan raadplegen wij altijd de verpleeghuisarts.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

In de verzorgingshuizen met een Bopz-erkende meerzorgafdeling is de rol van de verpleeghuisarts aangescherpt. De wet Bopz geldt op deze afdeling en deze geeft aan dat er een Bopz-arts eindverantwoordelijk is voor de middelen of maatregelen die worden toegepast bij een bewoner. De behandelend verpleeghuisarts is in beide onderzochte verzorgingshuizen de Bopz-arts en daarmee verantwoordelijk voor de middelen of maatregelen van de bewoners van de gesloten afdeling. Voor de niet-dementiële problematiek is de huisarts eindverantwoordelijk. In paragraaf 4.5.1.1 is aan de orde gekomen dat sederende medicatie en psychofarmaca bij de onderzochte Bopz-aangemerkte meerzorgafdelingen net als bij de overige instellingen niet onder vrijheidsbeperkingen worden begrepen. De huisarts is dan verantwoordelijk voor de medicatie. De verpleeghuisarts kan hierin een consulterende rol spelen. In één instelling is de rolverdeling van de huisarts en de verpleeghuisarts vastgelegd in een protocol.

Verpleeghuisartsen noemen als voordeel van de betrokkenheid van de huisarts, dat deze de patiënt doorgaans al van oudsher kent en daardoor kan bijdragen in een meer op de patiënt afgestemde zorgbeslissing. Toch ervaren zorgverleners ook hier de samenwerking tussen huisartsen en verpleeghuisartsen soms als lastig of ingewikkeld qua procedure.

'De relatie tussen de huisartsen en de verpleeghuisarts is nogal eens verwarrend. Vooral de communicatie is heel erg slecht. De huisartsen zijn ook met heel velen. Wij moeten dus ook met veel huisartsen contact zien te houden. Ik denk ook dat een heleboel huisartsen hun patiënten gewoon niet kwijt willen. "Ik ben toch de huisarts, dus laat mij dat maar allemaal doen." Het is dus vooral moeilijk wanneer een verpleeghuisarts een andere mening heeft over bijvoorbeeld medicatie dan de huisarts. Dat kan nogal eens discussie opwerpen. Sommige huisartsen hebben ook echt te weinig kennis over PG-problematiek. Ik zeg altijd, die mogen wel eens een cursus omgangkunde gaan doen. Over hoe ze met dementerende bewoners om moeten gaan.' (teamleider Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

'Een verpleeghuisarts die kent naar mijn gevoel deze bewoners. Die weet wat er speelt, die heeft veel meer begrip naar de bewoner en naar ons toe dan een huisarts. Die doen ook wel eens van

och die bewoner is al zo oud en dit en dat. De verpleeghuisarts komt beter op voor de belangen van deze bewoners. Niet elke huisarts is hetzelfde hoor. Dat is ook weer verschillend natuurlijk hoor. Maar er zijn er ook waarvan wij denken van het loopt soms niet lekker, hoor.' (verzorgende Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

'Het is natuurlijk altijd arbeidsintensief. Je moet toestemming vragen om de verpleeghuisarts in te schakelen. Daarna geeft of de verpleeghuisarts of de verzorgende de bevindingen door. Die informatie gaat weer naar de huisarts en deze moet akkoord gaan. Vaak gaat het heel goed, zeker bij de wat jongere huisartsen die kunnen makkelijker toegeven dat de verpleeghuisarts daar toch iets meer kennis over heeft. De wat oudere garde daar ondervind ik nog wel eens behoorlijke tegenstand. Die dan roepen ik vind het niet nodig, ik kan het zelf wel en dan gelijk een pilletje voorschrijven dat meteen averechts werkt.' (clusterhoofd Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Een verpleeghuisarts van een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling zegt:

'Het betekent dat ik de mensen minder goed ken en dat ik minder betrokken ben op de afdeling, dus ook moeilijker medicatie en maatregelen kan afspreken. Want in elke situatie moet ik mij opnieuw verdiepen. Als een huisarts zegt van kijk eens mee, dan zal ik daar dan toch apart heen moeten en daar uitgebreid de verpleging uitvragen en de patiënt zelf zien en onderzoeken om zo zelf tot een oordeel te kunnen komen. Eigenlijk is het een onmogelijke situatie, daar komt het op neer. Dat heeft te maken met het feit dat de huisarts behandelaar is en dat de locatie voor mij ver weg ligt. Het is een half uur reizen heen en terug. Het zou toch anders moeten.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

De rol van zowel de huisarts als de verpleeghuisarts is het meest helder in een verpleegunit. Binnen een verpleegunit is alleen de verpleeghuisarts de behandelend arts en deze is eindverantwoordelijk voor alle zorg, dus ook de middelen en maatregelen, die aan de bewoner wordt gegeven. Huisartsen spelen hier geen rol meer bij de zorgverlening.

Alle instellingen, ongeacht de aanwezigheid van een Bopz-aanmerking, geven aan dat het wenselijk is dat, er één behandelend arts verantwoordelijk is met betrekking tot de zorg voor psychogeriatrische cliënten in het algemeen en de toepassing van vrijheidsbeperkingen in het bijzonder. Dit schept helderheid voor de verzorging met betrekking tot wie zij nu om toestemming moeten vragen. Daarnaast zorgt het voor meer snelheid in de gang van zaken, omdat er niet tussen de huisarts en de verpleeghuisarts gecommuniceerd hoeft te worden. De voorkeur voor een behandelend arts gaat uit naar een verpleeghuisarts, omdat deze meer kennis heeft over de dementieel gerelateerde problematiek en daarmee beter kan beslissen over toe te passen vrijheidsbeperkingen.

4.7.4 Adequat materiaal

Tot slot schrijft de Inspectie met betrekking tot verantwoorde zorg voor dat de aan te merken Bopz-afdeling van een verzorgingshuis moet beschikken over adequate materialen voor de toepassing van vrijheidsbeperkingen. Op dit punt komen uit het onderzoek nauwelijks problemen naar voren. Het enige knelpunt dat hierover door enkele respondenten wordt aangedragen is dat bewoners in verschillende verzorgingshuizen nog beschikken over een eigen bed. Het is dan niet mogelijk om beddekken te plaatsen, wanneer dit noodzakelijk is. Dit wordt dan soms opgelost door de lakens strak te spannen. Of dit onverantwoorde situaties oplevert kan echter zonder nader onderzoek niet worden beantwoord.

'Mensen die hier komen hebben een eigen bedje. Iemand die verward wordt en gaat dwalen. Een Zweedse band kan je dan überhaupt niet gebruiken want er zijn geen beddekken bij zo'n seniorenbed. Dat zijn al beperkingen.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

4.7.5 Grenzen verantwoorde zorg

Verantwoorde zorg leveren betekent, naast de door de Inspectie genoemde voorwaarden, ook signaleren wanneer de grenzen van de zorg die geboden kan worden aan psychogeriatrische bewoners bereikt zijn. In een dergelijk geval is overplaatsing naar een zwaardere zorgvorm geïndiceerd. Een overplaatsing kan in dit verband ook betekenen dat iemand overdag bij de groepsverzorging of een huiskamerproject wordt geplaatst. Ook kan overplaatsing naar een gesloten afdeling plaatsvinden. In het uiterste geval moet iemand worden overgeplaatst naar een verpleeghuis. In een verpleegunit is dit in principe niet aan de orde, omdat hier al volwaardige verpleeghuiszorg wordt geleverd. Aan de respondenten is gevraagd wat aspecten zijn die tot de beantwoording van de vraag of overplaatsing is geïndiceerd nopen. Het blijkt dat de grenzen die gehanteerd worden eensluidend zijn. Er is geen onderscheid tussen niet-aangemerkte verzorgingshuizen, een aangemerkte meerzorgafdelingen en verpleegunits. Aan respondenten op de verpleegunits is overigens gevraagd wanneer iemand vanuit het verzorgingshuis werd overgeplaatst naar de unit. Ook bij de Bopz-aangemerkte meerzorgafdelingen is dit onderwerp besproken, maar hier bleef tevens de vraag relevant wanneer een bewoner overgeplaatst moest worden naar een verpleeghuis.

Respondenten noemen dwaalgedrag van de bewoner als belangrijkste reden om iemand over te plaatsen. Hiermee wordt bedoeld dat door het wegloopgedrag van bewoners gevaarlijke situaties kunnen ontstaan, bijvoorbeeld valgevaar in trappenhuizen, gevaar op straat 's nachts. Ook het binnenlopen bij andere bewoners wordt in dit verband genoemd, waarbij eigenlijk al een tweede reden voor overplaatsing wordt aangesneden, die veelvuldig aan de orde komt, te weten het veroorzaken van overlast bij andere bewoners.

'Het gaan dwalen met die trappen, ja dat risico kun je gewoon niet nemen. Andere punten zijn als ze andere mensen gaan lastig vallen, bijvoorbeeld daarbinnen gaan lopen of 's nachts aan de deuren kloppen of roepen. Ja dat is voor de oudere medebewoners die goed zijn, is dat niet acceptabel. Met een belmatje of een deuralarm kunnen we dat dwalen wel wat onderscheppen.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Een derde reden is dat de zorgzwaarte dermate groot wordt, dat die door het verzorgingshuis niet meer geleverd kan worden. Hieronder wordt niet alleen verstaan dat er veel zorg geleverd wordt, maar ook dat de deskundigheid van de medewerkers tekortschiet om adequate zorg te kunnen verlenen. Een locatiemanager van een niet-Bopz-aangemerkt verzorgingshuis benadrukt dat als iemand alleen planbare zorg nodig heeft, dat iemand dan in het algemeen gewoon in het verzorgingshuis kan blijven, maar zodra er veel onplanbare zorg nodig is, zodat iemand in de buurt moet blijven, dan zijn de grenzen bereikt. Bij veelvuldig dwaalgedrag 's nachts speelt dit probleem, zo geeft zij als voorbeeld. Dit verzorgingshuis geeft overigens aan zich ingedekt te hebben tegen het leveren van onverantwoorde zorg aan psychogeriatrische cliënten door te werken met een zogeheten garantieregeling.

'Een garantieregeling dat houdt dus in dat mensen tekenen voor als het niet gaat of als het te zwaar is of als wij de zorg niet kunnen leveren. Dat iemand dan toch terug naar huis gaat of in ieder geval in het verpleeghuis opgenomen wordt of in een andere situatie komt. De familie moet daar dan ook achter staan en daarvoor tekenen. Want anders komen mensen hier binnen en stel je voor dat het helemaal geen verzorgingshuis geïndiceerde is en de familie geeft ook geen toestemming om te indiceren voor het verpleeghuis. Dan zit je wel met een dementerende waar je eigenlijk geen zorg voor kan dragen.' (locatiemanager Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Een vierde reden voor overplaatsing die genoemd wordt is onrust bij de bewoner.

'Belangrijke redenen voor overplaatsing zijn gedragsstoornissen die absoluut niet hanteerbaar zijn in het verzorgingshuis. Mensen die zo ontzettend onrustig worden dat ze maar rond blijven lopen op de meerzorg. Ik heb nu een mevrouw die wil ontsnappen en die wil via het raam naar buiten

klimmen. Dat is niet handig als je op de derde verdieping woont.’ (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Enkele respondenten noemen als criterium voor overplaatsing het moment dat de bewoner een gevaar wordt voor zichzelf of voor zijn omgeving.

Alle respondenten vinden overplaatsing een ultimum remedium. Dikwijls hebben bewoners of hun familie weerstand tegen overplaatsing, omdat dit als neerwaarts glijdende schaal wordt gezien. Daarom wordt altijd eerst geprobeerd om de bewoner zo lang mogelijk in het verzorgingshuis te houden. Middelen die dan gebruikt worden zijn het plaatsen op de groepsverzorging, het voorschrijven van sederende medicatie of psychofarmaca en voor 's nachts het gebruik van belmatjes, inluisterapparatuur of videocamera's om adequaat toezicht te kunnen geven om op die manier gevaarlijke situaties te voorkomen. Een grens in het zoeken naar alternatieven is volgens een respondent dat het verblijf in het verzorgingshuis een meerwaarde moet hebben voor de bewoner ten opzichte van overplaatsing. Als een bewoner beter af is met verblijf in het verpleeghuis dient daarvoor te worden gekozen.

‘Wanneer een bewoner echt te zwaar wordt, zullen we er nog alles aan doen om deze hier te houden. Maar kijk, je krijgt een keer een moment waarop wij het niet meer kunnen verantwoorden. Dat wij die mensen tekort doen. Zowel kwalitatief als kwantitatief heeft het verpleeghuis veel meer mogelijkheden dan wij hebben. Dan plaatsen we over. En er kan ook een moment komen waarop de bewoner schadelijk voor zichzelf of anderen wordt. Ook dan gaan we nadenken over een overplaatsing.’ (directeur Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Zoals eerder aangegeven wordt een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling in tegenstelling tot een verpleegunit niet als eindstation gezien. Hoewel men van mening is dat in vergelijking tot het overige deel van het verzorgingshuis meer zorg kan worden geboden, omdat er meer personeel is en de afdeling kan worden afgesloten, ervaart men ook hier een grens.

‘Op dit moment zie je, dat ondanks de extra begeleiding van zo'n gesloten afdeling [meerzorgafdeling], kunnen mensen niet meer in die groep functioneren. Dan plaatsen wij ze meteen over naar een verpleeghuis. Het is wel zo dat met de zorg op maat middelen, die alsmaar gegroeid zijn de laatste jaren, dat we wel steeds meer deskundigheid kunnen inzetten. We hebben reeds kwalitatief personeelsuitbreiding gehad. Dat maakt dat er nog maar een heel klein percentage, ik denk dat van de 28 bewoners er nog een of twee, naar het verpleeghuis gaat.’ (directeur Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling)

Tot slot is vermeldenswaard dat verblijf in het verzorgingshuis met een aparte Bopz-afdeling geen garantie inhoudt dat een bewoner hier ook wordt geplaatst. In twee gevallen (een meerzorgafdeling en een verpleegunit) worden psychogeriatrische bewoners wel al in een vroeg stadium op de wachtlijst geplaatst, zodat ze wel zo snel mogelijk geplaatst kunnen worden wanneer dit echt nodig is. In de andere gevallen worden ze gewoon geplaatst waar plaats is, of wordt in het gunstigste geval langer gewacht tot op de eigen afdeling wel een plaats vrijkomt. Bij de meerzorgafdelingen speelt daarnaast nog het probleem dat een bewoner dermate achteruit kan zijn gegaan, dat een directe overplaatsing naar het verpleeghuis geïndiceerd is.

Hiervoor werden criteria genoemd die verzorgingshuizen hanteren bij de beantwoording van de vraag of een bewoner moet worden overgeplaatst. Die criteria zijn overal nagenoeg eensluidend. De vraag of aan een bepaald criterium in een concreet geval voldaan wordt, wordt echter niet overal op dezelfde manier beantwoord en hangt ook sterk af van plaatselijke omstandigheden, zoals de hoeveelheid aanwezig personeel, de deskundigheid van het personeel, de organisatie van de zorg, de bouw van het verzorgingshuis en de plaats waar de psychogeriatrische bewoner in het verzorgingshuis verblijft.

‘Wat de grenzen van het verzorgingshuis zijn, wat nog verantwoord is, dat hangt ook van het huis zelf af, van de hele structuur. (...) De zwervers, ja die moeten ook weg en mensen die gaan zwerfen en zomaar de trappen aflopen, terwijl ze dat niet kunnen, die kunnen daar niet meer wonen.’

Dus dan is het niet verantwoord, dus die horen daar dan ook niet meer. En daar wordt zeker wat aan gedaan. Anders zou je je ernstig ongelukkig voelen.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

Ook de zorgvisie van de instelling speelt een rol: er worden verschillende grenzen gehanteerd met betrekking tot gebruik van medicatie of toepassing van vrijheidsbeperking binnen de setting van het verzorgingshuis.

'Iedereen weet dat als iemand zwerfgedrag heeft, dan houdt het op. Als hier iemand met druppels goed te handhaven is, dan hoeft overplaatsing ook nog niet.' (teamleider Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Bewoners moeten worden overgeplaatst als ze te zwaar onder de medicijnen moeten zitten.' (verzorgende Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Wij doen hier geen separatie en geen afzondering. Een Zweedse band gaat voor ons ook veel te ver' (manager Verzorgingshuis zonder Bopz-aanmerking)

'Zodra je iemand moet fixeren dan ben je de grens van het verzorgingshuis voorbij. Daarbij denk ik dan meer aan medicatie of het vastzetten in een band. Als je die moet gebruiken ben je de grens voorbij. Dan moet je echt praten over een verpleeghuis.' (verpleeghuisarts Verzorgingshuis met Bopz-aangemerkte verpleegunit)

5

Slotbeschouwing

Hoewel vrijwel alle verzorgingshuizen in toenemende mate te maken krijgen met psychogeriatrische cliënten en de noodzaak om af en toe vrijheidsbeperkingen toe te passen, maakt totnogtoe een relatief klein gedeelte van de verzorgingshuizen gebruik van de sinds 1999 gecreëerde mogelijkheid om een Bopz-aanmerking aan te vragen. De belangrijkste reden daarvoor is, zo komt uit het vorige onderzoek dat in opdracht van Arcares met betrekking tot dit onderwerp werd uitgevoerd naar voren, dat de meeste verzorgingshuizen geen aparte afsluitbare afdeling voor psychogeriatrische cliënten willen creëren. Motieven daarvoor zijn onder andere dat een aparte afdeling niet aansluit bij de zorgvisie, dat het bouwkundig niet mogelijk is en ook is men niet altijd bekend met de noodzaak om een Bopz-aanmerking aan te vragen.

Op 1 april 2003 is met de inwerkingtreding van het Besluit zorgaanspraken AWBZ een belangrijke stap gezet in de omzetting van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd zorgsysteem en een daarmee gepaard gaande flexibilisering van het zorgaanbod. In relatie tot de Wet Bopz brengt de functiegerichte benadering echter enkele knelpunten met zich mee. Deze werden beschreven in par. 3.5 van dit rapport. Kort gezegd verhoudt een aparte Bopz-afdeling en een verplichting voor Bopz-geïndiceerde bewoners die vrijheidsbeperkingen behoeven zich niet met de flexibilisering die wordt nagestreefd.

Omdat thans slechts weinig verzorgingshuizen gebruik maken van de mogelijkheid om onder de Wet Bopz te vallen, blijven vele psychogeriatrische cliënten verstoken van de extra rechtsbescherming die door de Wet Bopz wordt beoogd. Dit gegeven was aanleiding voor Arcares om een vervolgonderzoek te laten uitvoeren naar de mogelijkheid om de Wet Bopz toe te passen in het hele verzorgingshuis.

Gekozen is voor een kwalitatief onderzoek onder negen instellingen (10 verzorgingshuizen). In totaal zijn 71 mensen op diverse niveaus geïnterviewd, te weten vertegenwoordigers, verzorgenden en verpleegkundigen, teamleiders, verpleeghuisartsen, en managers/directeuren. Gekozen is om drie groepen verzorgingshuizen met elkaar te vergelijken, te weten verzorgingshuizen zonder Bopz-aanmerking, verzorgingshuizen met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling en verzorgingshuizen met een Bopz-aangemerkte verpleegunit.

Het onderzoek is nadrukkelijk niet bedoeld om de stand van zaken in de verzorgingshuizen van Nederland weer te geven. Daarvoor is het percentage onderzochte huizen te klein. Het onderzoek geeft echter wel een goede impressie van de problematiek die met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische cliënten in verzorgingshuizen een rol speelt. Ook maakt het onderzoek inzichtelijk welke factoren een rol spelen in de wijze waarop met vrijheidsbeperkingen wordt omgegaan en de mogelijkheden om die vrijheidsbeperkingen op een verantwoorde manier door het hele verzorgingshuis toe te passen.

Hieronder volgt, aan de hand van de in hoofdstuk 2 geformuleerde deelvragen, een nadere analyse van de bevindingen van het onderzoek, zoals die in hoofdstuk 4 beschreven zijn. Deze worden, waar relevant, aangevuld met uitkomsten van de invitational conference.

5.1 Bekendheid met de bepalingen uit de Wet Bopz en de toepassing ervan in de praktijk

De geest van de Wet Bopz is bij de ondervraagde zorgverleners goed bekend. Iedereen weet dat vrijheidsbeperkingen een ultimum remedium zijn en derhalve in een uiterste geval dienen te worden toegepast. Ook is iedereen ervan op de hoogte dat het zelfbeschikkingsrecht van de bewoner in beginsel prevaleert en dat dwangbehandeling in het kader van de Wet Bopz binnen de setting van het reguliere verzorgingshuis niet is toegestaan.

Op detailniveau zijn de bepalingen minder algemeen bekend, hetgeen ook tot uitdrukking komt in de toepassing van verschillende bepalingen. Het betreft dan met name de opstelling van een zorgplan en de onderdelen daarvan. Enkele instellingen blijken nog in het geheel niet met een zorgplan te werken. In paragraaf 4.4 is dit uitgebreid besproken. Tijdens de invitational conference wordt benadrukt dat het zorgplan een zeer relevant instrument is ten behoeve van het samenstellen en organiseren van op het individu toegesneden zorg. Het dwingt zorgverleners om doelen vast te stellen en de zorg daarop in te richten en geeft handreikingen om daarover verantwoording af te leggen.

Daarnaast is bekendheid met het begrip wils(on)bekwaamheid bij sommige zorgverleners en daarmee ook de toepassing ervan bij sommige zorgverleners een probleem. Ook de rol van de vertegenwoordiger wordt in verschillende instellingen nog onderkend (par. 4.3). Opvallend daarbij is dat hoewel de meeste zorgverleners in de interviews duidelijk maakten te weten welke betekenis de vertegenwoordiger heeft in het zorgproces, verschillende vertegenwoordigers aangaven niet om toestemming te zijn gevraagd voor toepassing van medicatie en vrijheidsbeperkingen. Sommigen waren daarnaast ook niet goed geïnformeerd over deze zorgaspecten.

Daarentegen zijn alle zorgverleners goed op de hoogte van wat een vrijheidsbeperkende maatregel inhoudt. Ook van minder duidelijke vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals het kantelen van een stoel of het gebruik van een diepe stoel waar een bewoner niet zelfstandig uit kan komen, wordt het vrijheidsbeperkende karakter door de respondenten onderkend. Daarnaast rekenen veel respondenten ook het gebruik van belmatjes en soortgelijke middelen, alsmede inluisterapparatuur tot de vrijheidsbeperkende maatregelen.

Met toepassingen van vrijheidsbeperkingen wordt op terughoudende wijze omgegaan. Wanneer men in de verzorgingshuizen voor vrijheidsbeperkende maatregelen kiest, lijkt men er overal van doordrongen te zijn dat voor de minst ingrijpende maatregel dient te worden gekozen. Ook tijdens de invitational conference blijkt dat men de toepassing van vrijheidsbeperkingen een ultimum remedium vindt. Beleid van instellingen dient gericht te zijn op preventie.

Uit de uitspraken van de respondenten komt naar voren dat relatief weinig voor fixatiemateriaal als Zweedse banden wordt gekozen. De meeste verzorgingshuizen geven ook aan de Zweedse band binnen de eigen setting niet verantwoord te vinden.

Welke maatregelen wel en welke niet binnen de eigen setting zijn toegestaan is verder afhankelijk van de zorgvisie van de instelling en ook de mogelijkheden tot toezicht. Hierop wordt hieronder in paragraaf 5.2 nader ingegaan. Opvallend is dat het gebruik van psychofarmaca en sederende medicatie, dikwijls gebruikt als alternatief voor fysieke vrijheidsbeperkingen, op één verzorgingshuis na, nergens als vrijheidsbeperking wordt onderkend. De verzorgingshuizen handelen hiermee echter niet anders dan verpleeghuizen, waar men deze medicatie evenmin als vrijheidsbeperkend beschouwt. De aanwezigen op de invitational conference erkennen het vrijheidsbeperkende karakter van bepaalde medicatie, maar benadrukken dat doel van voorschrijven veelal niet het beperken van de vrijheid is. Gepleit wordt voor het maken van onderscheid tussen medicatie die wordt voorgeschreven met een vrijheidsbeperkend doel en medicatie die om andere redenen wordt voorgeschreven. In het eerste geval zou de medicatie net als andere vrijheidsbeperkingen tevens apart geregistreerd moeten worden, terwijl in het andere geval opnemings in het zorgplan volstaat. Erkend wordt echter wel dat het onderscheid tussen beide doelen soms moeilijk te maken is. Verder wordt tijdens de conferentie aangegeven dat

medicatie die gecamoufleerd wordt toegediend in ieder geval als vrijheidsbeperking moet worden aangemerkt.

Vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische bewoners in het verzorgingshuis worden in de meeste verzorgingshuizen gebruikt in het kader van het zorgplan. Toestemming wordt dan in het algemeen aan de vertegenwoordiger gevraagd. Zorgverleners proberen de bewoner zelf wel bij het besluit te betrekken, maar in de meeste gevallen beschouwt men deze niet meer wilsbekwaam voor een dergelijke beslissing. Lang niet overal wordt van geval tot geval iedere keer opnieuw bekeken of een bewoner ter zake wilsbekwaam is. Evenmin wordt ergens de bevinding dat een bewoner in een concreet geval wilsbekwaam is schriftelijk vastgelegd. Ook hierin verschilt de werkwijze echter niet van die van verpleeghuizen.

Als een bewoner wilsbekwaam wordt bevonden, wordt deze volgens de meeste respondenten dan toch nog wel zoveel mogelijk bij de wijze van uitvoering van de beslissing betrokken en in ieder geval geïnformeerd. In één verzorgingshuis met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling en twee verzorgingshuizen zonder Bopz-aanmerking wordt de vertegenwoordiger evenmin om toestemming gevraagd bij de toepassing van sederende medicatie of psychofarmaca. Met toepassingen van fysieke vrijheidsbeperkingen gebeurt dit meer.

Ook met het begrip verzet wordt in verzorgingshuizen op dezelfde wijze omgegaan als in verpleeghuizen. Dat betekent dat aan het gedrag, en/of de uitlatingen van de psychogeriatrische bewoner eisen worden gesteld, vooraleer het verzet wordt gevonden. Criteria die worden genoemd zijn dat het verzet reëel moet zijn, consistent, en persisterend. Toch geven de meeste respondenten aan dat, indien blijkt dat een bewoner aanhoudend onrust vertoont door het gebruik van een bepaalde vrijheidsbeperking, naar een andere oplossing wordt gezocht.

Dwangbehandeling komt daarom volgens de respondenten in het eigen verzorgingshuis maar weinig voor. Van dwangbehandeling is echter ook sprake als de vertegenwoordiger van een wilsbekwame bewoner het niet eens is met de uitvoering van het zorgplan. De situatie dat een vertegenwoordiger zich uitspreekt tegen de toepassing van een fysieke vrijheidsbeperking of vrijheidsbeperkende medicatie komt vaker voor. Toch leidt dit zelden tot echte dwangbehandeling in de zin van art. 38 lid 3 Bopz, omdat dan door zorgverleners ofwel naar een alternatief wordt gezocht, of men probeert de vertegenwoordiger te overtuigen, dan wel met zachte dwang te overreden om alsnog met de vrijheidsbeperking in te stemmen. (Zie hierover meer in par. 4.5.2.2.) In vergelijking met de verpleeghuizen komt dwangbehandeling nog veel minder vaak voor. Veel verzorgingshuizen melden dat het in het geheel niet voorkomt tot hooguit één á twee gevallen per jaar. Het verschil met verpleeghuizen is niet verklaarbaar doordat men met het begrip 'verzet' op een andere manier omgaat: er doen zich immers op dit punt geen verschillen voor. De uitspraken over dwangbehandeling in dit onderzoek verschillen niet met die van de tweede Bopz-evaluatie. (Arends, et al., 2002) Het verschil vindt vooral oorzaak in het feit dat verzorgingshuizen in vergelijking tot verpleeghuizen minder psychogeriatrische bewoners herbergen. Bovendien zijn deze in het algemeen minder zorgbehoefstig dan die in het verpleeghuis.

Ook noodsituaties komen in vergelijking tot verpleeghuizen maar weinig voor. Vaak is de toepassing van een vrijheidsbeperking in een noodsituatie in de beleving van respondenten niet anders dan wanneer vooraf wordt overeengekomen om een vrijheidsbeperkende maatregel toe te passen. In het algemeen wordt de vertegenwoordiger dan ook achteraf geïnformeerd en om toestemming gevraagd, waarmee de kous dan af is.

In alle verzorgingshuizen worden toepassingen van fysieke vrijheidsbeperkingen geregistreerd. De meeste hebben daarvoor een middelen en maatregelen-(M&M-)formulier. Voor medicatie wordt zo'n formulier op één verzorgingshuis na, niet ingevuld. Geen van de onderzochte verzorgingshuizen heeft een centraal registratiesysteem, maar één van de huizen zonder aanmerking ging een geautomatiseerd centraal systeem wel op zeer korte termijn introduceren. Tijdens de invitational conference wordt opgemerkt dat een centrale registratie een relevant instrument is om een actief beleid te ontwikkelen om toepassingen van vrijheidsbeperkingen

zoveel mogelijk terug te dringen en te voorkomen. Een centrale registratie kan verantwoord gebruik derhalve bevorderen. Wel moet duidelijk zijn wat er precies geregistreerd moet worden. De registratie moet niet verworden tot een bureaucratisch instrument waar vervolgens niets mee gebeurt. Diverse genodigden wezen er tevens op dat een centrale registratie niet ten koste moet gaan van een verantwoord beleid op individueel niveau. Registraties van toepassingen van vrijheidsbeperkingen moeten daarom eveneens deel uit blijven maken van het individuele zorgdossier en zorgplan.

Alle verantwoordelijken waren goed op de hoogte van wat wel en wat niet aan de inspectie gemeld moest worden, waarbij sommigen de frustratie uitspraken dat de inspectie niet meer geïnformeerd wilde worden als er geen sprake was van dwang of als de melding afkomstig was van niet Bopz-aangemerkte plaatsen.

In het onderzoek is een vergelijking gemaakt tussen verzorgingshuizen met een Bopz-aangemerkte afdeling en verzorgingshuizen die dit niet hebben. Als het gaat om bekendheid met de (geest van de) wet Bopz en de uitvoering van bepalingen van de wet blijken de verschillen die tussen verzorgingshuizen aangetroffen zijn niet per sé terug te voeren op het hebben van een Bopz-aanmerking. Uit het onderzoek komt naar voren dat het hebben van een aanmerking geen garantie is dat men volgens de Wet Bopz werkt, terwijl verschillende verzorgingshuizen die geen Bopz-aanmerking hebben juist wel Bopz-conform zijn. De verschillen treden op door de mate waarin personeel geschoold en de wijze waarop de zorg georganiseerd is. Hieronder in par. 5.2 wordt daar verder op ingegaan.

5.2 Kwaliteit van zorg

In dit onderzoek is bekeken welke uitspraak gedaan kan worden over de kwaliteit van zorg in het verzorgingshuis met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarbij is niet alleen gekeken naar de bekendheid met de Wet Bopz, maar vooral ook naar een aantal andere factoren, te weten de organisatie van de zorg, de organisatie van het toezicht en, de afsluitbaarheid van de afdeling/instelling, de deskundigheid van het personeel, en grenzen van verantwoorde zorg.

5.1.1 Organisatie van de zorg

De instellingen die werken met een zorgplan en een multidisciplinair overleg (MDO) werken systematischer, houden meer rekening met wensen van bewoner en vertegenwoordiger. Een MDO maakt verzorgenden bovendien bewuster van de omgang met psychogeriatrische bewoners en vrijheidsbeperkingen, hetgeen mogelijk kan bijdragen tot terugdringing ervan: men gaat sneller op zoek naar alternatieven. Drie van de vier instellingen met een Bopz-aanmerking werken met een zorgplan en een MDO. Ook drie van de vijf verzorgingshuizen zonder Bopz-aanmerking werken met een zorgplan en een MDO. Ook hier is het vergunnen van een Bopz-aanmerking dus geen noodzakelijke voorwaarde om een goede organisatie op touw te zetten. Tijdens de invitationale conference wordt de meerwaarde van zowel het zorgplan als het multidisciplinair overleg eveneens benadrukt. Een zorgplan is een waardevol instrument bij het invullen en toetsen van individueel gerichte zorg. Een MDO is niet alleen praktisch, maar geeft tevens de gelegenheid van elkaars expertise te leren. Met name bij de omgang met psychogeriatrische bewoners en toepassing van vrijheidsbeperkingen hebben deelnemers met betrekking tot dit laatste zeer goede ervaringen.

Naast de ontwikkeling van een zorgplan en een goede overlegstructuur met andere professionals en vertegenwoordigers en/of bewoners, is van belang dat goed is vastgelegd wie de verantwoordelijkheid heeft voor het nemen van een beslissing tot de toepassing van een

vrijheidsbeperkende maatregel of het voorschrijven van sederende medicatie of psychofarmaca. Bij deze materie zijn meestal twee artsen betrokken: de huisarts en de verpleeghuisarts. Als beide artsen optreden, blijft de rol van de verpleeghuisarts in de niet Bopz-aangemerkte instellingen beperkt tot een consultatiefunctie. In de verzorgingshuizen met een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling is de huisarts beslissingsbevoegd met betrekking tot medicatie, terwijl de verpleeghuisarts hierover advies kan geven. Gaat het om fysieke vrijheidsbeperkingen dan is de verpleeghuisarts degene die de beslissing neemt. Hoewel het voordeel van de betrokkenheid van de eigen huisarts bij het zorgproces kan zijn dat deze de patiënt van oudsher beter kent, waardoor een meer op de patiënt afgestemde zorgbeslissing kan worden genomen, blijkt dat het optreden van beide artsen naast elkaar problemen kan geven. Met name als er veel huisartsen betrokken zijn, kan de organisatie van de zorg onoverzichtelijk worden. Met hoe minder huisartsen men te maken heeft, hoe gemakkelijker en beter de zorg kan worden georganiseerd. Daarnaast is het sterk afhankelijk van de (huis)arts of de samenwerking met de verpleeghuisarts goed verloopt. Door zorgverleners wordt de verpleeghuisarts in het algemeen als veel deskundiger beschouwd.

In Bopz-aangemerkte verpleegunits speelt dit probleem niet, omdat hier de medische zorg geheel is overgedragen aan de verpleeghuisarts.

Tijdens de invitational conference wordt ook aangegeven dat de verpleeghuisarts in het algemeen veel deskundiger is met betrekking tot de medische zorg voor psychogeriatrische patiënten. De problemen die uit het onderzoek met betrekking tot de samenwerking met huisartsen naar voren komen, worden herkend. Problemen rondom met organisatie en samenwerking met huisartsen spelen met name als het verzorgingshuis met veel verschillende huisartsen van doen heeft. Sommige verzorgingshuizen hebben de medische zorg zo weten in te richten dat men maar met enkele huisartsen van doen heeft. In die gevallen worden samenwerkingsproblemen minder ervaren.

5.1.2 Organisatie van het toezicht

Bij het onderzoek naar hoe het toezicht in de verschillende verzorgingshuizen is georganiseerd is een onderscheid gemaakt tussen het toezicht 's nachts en het toezicht overdag. Gedurende de nacht vinden naar zeggen van de respondenten de meeste vrijheidsbeperkingen plaats. De deur van het appartement gaat in enkele huizen 's nachts dicht, er worden soms beddekken gebruikt, en verschillende verzorgingshuizen maken gebruik van belmatjes of inluisterapparatuur. Ook sederende medicatie wordt gedurende de nacht frequent gebruikt, om te voorkomen dat mensen onrustig worden of gaan dwalen. De onderzochte verzorgingshuizen hebben 's nachts desondanks meestal maar twee verzorgenden die toezicht houden in de hele instelling. Bij de instellingen met een Bopz-afdeling wordt dit toezicht vanaf de afdeling georganiseerd, die dan als uitvalsbasis fungeert. Doordat het merendeel van de cliënten die het meeste toezicht behoeft ook bij elkaar ligt, wordt het toezicht daardoor iets vergemakkelijkt. In andere verzorgingshuizen wordt dit echter ondervangen door het gebruik van belmatjes en aanverwante hulpmiddelen, die soms ook worden gekoppeld aan een telefonische verbinding, waardoor het een verzorgende niet kan ontgaan als een psychogeriatrische bewoner uit bed gekomen is.

De beoordeling van het toezicht overdag is complexer. Alle niet Bopz-aangemerkte verzorgingshuizen hebben voor overdag een groepsverzorging of een huiskamerproject waar de meest hulpbehoevende psychogeriatrische bewoners naartoe worden gebracht. Enkele verzorgingshuizen geven nadrukkelijk aan dat deelname hieraan vrijblijvend is. Bewoners kunnen zich er ook aan onttrekken. Deze liberale opstelling gaat echter wel ten koste van het toezicht en deze instellingen maken dan ook vaker dan de andere gewag van gevaarlijke situaties doordat dwalende mensen in het trappenhuis terecht komen met alle risico's van dien. Ook komt in het in deze verzorgingshuizen vaker voor dat psychogeriatrische bewoners overlast veroorzaken bij andere bewoners. Op de groepsverzorgingsafdeling of het huiskamerproject is continu toezicht

aanwezig; buiten de groepsverzorging/huiskamer blijft het toezicht beperkt tot ongeveer twee verzorgenden per afdeling. De groepsverzorging of huiskamer is in vrijwel geen van de verzorgingshuizen gesloten. Eén verzorgingshuis heeft de groepsverzorging gesitueerd op een gesloten afdeling van een verpleeghuis dat in hetzelfde gebouw is gevestigd. Wel houden sommige verzorgingshuizen de bewoner met zachte drang op de afdeling. Deze verzorgingshuizen melden in vergelijking tot degene met een liberalere opstelling minder gevaarlijke situaties en overlast.

In de verzorgingshuizen met een gesloten Bopz-afdeling wordt de zorg en het toezicht overdag op dezelfde manier geregeld als bij de verzorgingshuizen zonder aanmerking. Dit betekent dat de bewoners ook hier zoveel mogelijk op de groepsverzorging of in een huiskamerproject verblijven over dag. De belangrijkste verschillen lijken hier te zijn: in de eerste plaats de afsluitbaarheid van de afdeling. Dat bewoners niet weg kunnen worden door de medewerkers als groot voordeel genoemd. Het tweede verschil is dat er dikwijls meer personeel aanwezig is. Dit laatste leidt trouwens mogelijk tot minder vrijheidsbeperkende toepassingen. Veel respondenten geven aan dat te weinig personeel vaak de oorzaak is van toepassingen van vrijheidsbeperkingen.

Kortom: of er gevaarlijke situaties ontstaan is vooral afhankelijk van de mate waarin verzorgingshuizen in staat zijn overdag een adequaat toezicht te organiseren. Een groepsverzorging of een huiskamerproject is een adequate manier. Niet iedere bewoner is echter geschikt om in een groep opgevangen te worden, of wil dit. Een liberaal beleid is op dit vlak is dan alleen mogelijk als het toezicht daarbuiten ook afdoende is. Anders kan dit leiden tot gevaarlijke situaties. Dit laatste speelt niet alleen bij de niet-Bopz-aangemerkte afdelingen, maar ook in de verzorgingshuizen met een Bopz-afdeling. Buiten de Bopz-afdeling zijn in deze huizen wat dit betreft weinig verschillen met de overige verzorgingshuizen, met dien verstande dat men soms strikter hanteert dat op die plaatsen geen vrijheidsbeperkingen mogen worden toegepast, ook tot gevaarlijker situaties kan leiden.

Tijdens de invitational conference is het toezicht ook onderwerp van discussie geweest. De uitkomst daarvan is dat psychogeriatrische bewoners zoveel mogelijk vrijheid wordt gegund. Vrijheid is een groot goed en die mag alleen worden beperkt als daarvoor zwaarwegende argumenten zijn. Of die inbreuk in een concreet geval moet worden gemaakt, is mede afhankelijk van de plaatselijke omstandigheden. Voor sommige verzorgingshuizen zouden dan de omstandigheden met zich mee kunnen brengen dat een ruimte waar de groepsverzorging plaatsvindt afsluitbaar is. Een voorbeeld van een dergelijke omstandigheid is dat de betreffende ruimte is gelegen naast een trappenhuis, zodat er een groot gevaar bestaat dat dwalende bewoners vallen. Voor degenen die nog zonder dit gevaar buiten de groepsverzorging kunnen begeven zou de ruimte echter open moeten blijven. In samenhang hiermee zijn de aanwezigen van mening dat een ruimte niet afgesloten moet hoeven worden, als geen gevaarlijke situaties ontstaan doordat bewoners die ruimte verlaten.

5.1.3 Deskundigheid van het personeel

Uit de interviews blijkt dat de deskundigheid van het personeel heel belangrijk is. Een goede omgang met psychogeriatrische bewoners leidt tot minder onrust en kan de noodzaak van vrijheidsbeperkende maatregelen voorkomen. Of verzorgenden die zich bezighouden met psychogeriatrische bewoners ook beter geschoold worden is vooral afhankelijk van het beleid van het management. Ook hier lijkt het hebben van een Bopz-aanmerking daar niet bepalend in te zijn. Enkele verzorgingshuizen zonder aanmerking scholen hun personeel heel actief, zowel door middel van interne als externe cursussen. De meeste verzorgingshuizen met Bopz-aanmerking doen dit ook. In het algemeen hebben de verzorgenden hier overigens geen

hogere opleiding, maar worden ze vooral intern bijgeschoold. In één verzorgingshuis met een Bopz-meerzorgafdeling wordt zelfs aangegeven dat het personeel op deze afdeling gemiddeld lager geschoold is dan elders in het verzorgingshuis.

Tijdens de invitational conference wordt het organiseren van scholing zeer belangrijk gevonden. Scholing moet bovendien niet worden tot één moment, maar dient herhaald terug te keren en bij voorkeur een voortdurend proces te zijn. Met betrekking tot dit laatste kan het multidisciplinair overleg een relevante bijdrage leveren. Bij scholing gaat het niet alleen om het niveau van de zorgverleners – al is een zo hoog mogelijk opleidingsniveau wenselijk – maar vooral ook om affiniteit met psychogeriatrische bewoners en de problematiek rondom vrijheidsbeperkingen. Informatieverstrekking en scholing aan zorgverleners moeten zich daar mede op richten.

5.1.4 Grenzen verantwoorde zorg

Relevant is dat verzorgingshuizen onderkennen welke zorg ze wel kunnen bieden en in welk stadium de zorg moet worden overgedragen. Er is een grote druk om een bewoner zo lang mogelijk binnen de eigen muren te houden, enerzijds omdat men zelf de bewoners zo lang mogelijk in een eigen omgeving wil laten wonen, maar anderzijds ook omdat de familie deze wens nadrukkelijk uit. Overplaatsing naar een verpleeghuis wordt gezien als een onomkeerbare route en is daarom een emotioneel belaste beslissing. Dit laatste geldt overigens niet voor verpleegunits, omdat hier de hier geboden zorg (vrijwel) identiek is aan het hetgeen in een verpleeghuis geboden wordt. Uit de interviews komt naar voren dat verzorgingshuizen zich bewust lijken te zijn van de risico's die zich met betrekking tot de zorgverlening kunnen voordoen en grenzen te hanteren in wat men nog verantwoord vindt. Daarbij keren vier redenen voor overplaatsing in de meeste interviews terug:

1. dwaalgedrag van de bewoner,
2. het veroorzaken van overlast bij andere bewoners,
3. de te verlenen zorg wordt te zwaar,
4. de onrust van de bewoner kan niet meer in toom gehouden worden.

Daarbij valt op dat de grenzen niet voor ieder verzorgingshuis hetzelfde liggen, maar afhankelijk zijn van bijvoorbeeld de bouw van het verzorgingshuis, de deskundigheid van het personeel, en de mate waarin toezicht kan worden gehouden. Ook hier is het hebben van een Bopz-aanmerking niet bepalend, maar doordat een afdeling gesloten is, kan dit wel met zich meebrengen dat de marges van welke zorg nog verantwoord is opschuiven.

Of grenzen in de praktijk ook daadwerkelijk herkend worden is mede afhankelijk van scholing: als zorgverleners op de hoogte zijn van wat mogelijk is, zijn ze er ook beter van doordrongen wanneer grenzen bereikt zijn.

Samenvattend kan gesteld worden dat de kwaliteit van zorg ten behoeve van psychogeriatrische bewoners in verzorgingshuizen in het algemeen en met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in het bijzonder, niet zozeer wordt bepaald door het hebben van een Bopz-aanmerking, maar vooral door een helder beleid, een adequate organisatie, een goede scholing en het onderkennen van de grenzen van wat verantwoord is binnen de eigen setting.

Een uitkomst van de invitational conference is dat het herkennen van grenzen van verantwoorde zorg uiterst belangrijk is bij de beantwoording van de vraag of toepassing van vrijheidsbeperkingen door het hele verzorgingshuis heen mogelijk is. Benadrukt wordt dat de zorg voor een psychogeriatrische bewoner afgestemd moet zijn op het individu. Toepassing van vrijheidsbeperkingen is een ultimum remedium, maar als toepassing noodzakelijk is moet dit gebeuren op een plaats waar dit voor de betreffende patiënt het beste is en het minst ingrijpend. Per individu binnen een verzorgingshuis kan dit verschillend uitpakken. Daarbij spelen ook de

omstandigheden en voorzieningen binnen het verzorgingshuis een rol. Om adequate en verantwoorde zorg op dit terrein te kunnen bieden is het daarbij van cruciaal belang dat het verzorgingshuis zich bewust is van wat er mogelijk is, maar ook van wat niet mogelijk is en waar derhalve de grenzen liggen.

5.2 Beleid in overeenstemming met inhoud en doelstellingen Bopz?

Verzorgingshuizen met een Bopz-aanmerking mogen de Wet Bopz uitsluitend toepassen op de Bopz-afdeling. Elders in het verzorgingshuis verblijven dan doorgaans ook psychogeriatrische bewoners. Indien de zorgwaarde toeneemt kan men niet zonder meer worden overgeplaatst; de bewoner komt dan op een wachtlijst. Wil men in het eigen verzorgingshuis blijven dan moet er soms langer worden gewacht. Het onverkort vasthouden aan het uitsluitend toepassen van vrijheidsbeperkingen op de Bopz-afdeling kan dan leiden tot gevaarlijke situaties met alle risico's van dien. In tenminste één van de verzorgingshuizen met een Bopz-aanmerking, te weten één met een meerzorgafdeling werd dit beleid gehanteerd en maakte men gewag van meer valincidenten. De overige verzorgingshuizen passen (ook) vrijheidsbeperkingen toe op niet-Bopz-aangemerkte plaatsen. In de meeste instellingen houdt men zich daarbij echter wel aan de voorschriften die de Wet Bopz stelt: er wordt een zorgplan opgesteld, vrijheidsbeperkingen worden besproken met vertegenwoordigers en opgenomen in het zorgplan door middel van een M&M-formulier. Bij het besluit is een arts betrokken. Net als bij verpleeghuizen maakt onder meer de omgang met het begrip verzet dat van dwangbehandeling uiterst zelden sprake is. Dwangbehandeling en toepassingen van M&M worden gemeld aan de Inspectie, indien deze dit wil weten. De wijze waarop met het begrip dwangbehandeling, noodsituaties en vooral met verzet wordt omgegaan, is voor discussie vatbaar, maar die discussie is voor verzorgingshuizen niet anders dan voor verpleeghuizen.

In een aantal verzorgingshuizen, zowel Bopz-aangemerkt als niet-Bopz-aangemerkt, kan het zorgproces in het algemeen en met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkingen in het bijzonder, nog zorgvuldiger en meer Bopz-conform worden ingevuld. Ook hierin verschillen de verzorgingshuizen echter niet zoveel van verpleeghuizen en is voor de beantwoording van de probleemstelling van dit onderzoek ook minder relevant. Het gaat immers om de vraag of een Bopz-conforme aanpak door het hele verzorgingshuis heen mogelijk is. In de conclusies wordt hier nader op ingegaan.

6

Conclusies en aanbevelingen

6.1 Conclusies

In dit onderzoek staat de vraag centraal of een verantwoorde toepassing van de Wet Bopz mogelijk is door het hele verzorgingshuis. Ter beantwoording van deze vraag zijn in tien verzorgingshuizen interviews gehouden en dossierstudies gedaan, waarvan vijf geen Bopz-aanmerking hadden, twee huizen een Bopz-aangemerkte meerzorgafdeling en in twee een Bopz-aangemerkte verpleegunit werd gerund.

Het onderzoek laat zien dat in alle verzorgingshuizen frequent vrijheidsbeperkingen worden toegepast. De meeste verzorgingshuizen, ook verschillende huizen zonder aanmerking, hebben een actief beleid dat is geënt op de Wet Bopz. Het is niet duidelijk in hoeverre hier strijd is met de Wet Bopz. In feite is een mogelijk conflict met de Wet Bopz immers pas aan de orde op het moment dat het gaat om dwangbehandeling of een noodsituatie. Hiervan is volgens de respondenten uiterst zelden sprake: het gaat vrijwel steeds om wilsonbekwame bewoners voor wie toestemming voor de vrijheidsbeperking is gekregen van hun vertegenwoordigers. Uiteraard blijft de interpretatie van het begrip verzet hierbij een probleem.

Wellicht volstaat de Wgbo in de gevallen waarin wel sprake is van dwang. Eventueel verzet richt zich immers niet op het verblijf in het verzorgingshuis, maar tegen de behandeling, hetgeen voor verschillende rechters voldoende is gebleken om de Wet Bopz niet van toepassing te verklaren. Zolang bij die gedwongen toepassing van een vrijheidsbeperking gesproken kan worden van een geneeskundige behandeling in de zin van de Wgbo, zou de Wet Bopz dan buiten schot kunnen blijven. Toch zijn psychogeriatrische bewoners niet gebaat bij deze uitleg. De Wet Bopz beoogt in vergelijking tot de Wgbo meer rechtsbescherming. Een belangrijk winstpunt ten opzichte van de Wgbo is de mate van transparantie die wordt betracht en de mogelijkheid die wordt geboden om individueel toezicht te houden. Daarnaast heeft de Inspectie met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van zorg met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van een aanmerking. Op die manier vindt een extra kwaliteitstoets plaats die kan leiden tot extra zorgvuldigheid bij concrete toepassingen.

Dit onderzoek laat echter zien dat de verschillen in aanpak met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen tussen verzorgingshuizen met een Bopz-aanmerking en zonder in de meeste bezochte instellingen niet zo groot zijn. Tenminste één verzorgingshuis met een aanmerking handelt niet Bopz-conform, hetgeen illustreert dat de kwaliteitstoets van het vergunningsstelsel bovendien niet altijd werkt. Wellicht vindt dit zijn oorzaak in het feit dat de meeste waarde wordt gehecht aan het creëren van een aparte afsluitbare psychogeriatrische afdeling in het verzorgingshuis, terwijl andere factoren meer bepalend zijn voor een zorgvuldige en transparante toepassing van vrijheidsbeperkingen. Die factoren zijn:

1. Een nauwgezet op schrift gesteld beleid ten aanzien van toepassing van vrijheidsbe-

perkende maatregelen. Dit beleid dient in ieder geval te voorzien in:

- a. De opstelling van een zorgplan.
Het voordeel van een zorgplan is dat deze zorgverleners, bewoners en diens vertegenwoordigers een richtpunt geven. Als men besluit tot een toepassing van een vrijheidsbeperking, dient dit op een systematische wijze te worden onderbouwd.
- b. Een bewuste omgang met wils(on)bekwaamheid.
Vrijwel overal, verzorgingshuizen - al dan niet aangemerkt - en verpleeghuizen is het bepalen van de wilsbekwaamheid van een bewoner geen expliciete handeling. Door hier op een meer bewuste manier mee om te gaan en dit bijvoorbeeld schriftelijk vast te leggen, maken zorgverleners hun handelwijze ook hier transparanter. Met name bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen is dit relevant, omdat dergelijke maatregelen bewoners in hun vrijheid beperken, terwijl deze niet worden gezien als dwang zolang zij zich niet verzetten.
- c. De bespreking van het zorgplan met en het vragen van toestemming voor de vaststelling van het zorgplan en de uitvoering daarvan aan (indien mogelijk) de bewoner, of ingeval van wilsonbekwaamheid de vertegenwoordiger.
Enkele verzorgingshuizen in dit onderzoek laten zien dat als dit niet is vastgelegd, dat het dan ook niet (altijd) gebeurt.
- d. Een beschrijving van criteria wanneer vrijheidsbeperkingen geïndiceerd zijn.
Het nauwkeurig vastleggen van criteria in een schriftelijk beleidsstuk, waarbij bovendien rekening kan worden gehouden met de plaatselijke omstandigheden kan bijdragen in de bewustwording van de zorgverleners en stimuleren tot een systematische aanpak.
- e. Het aanwijzen van een tot het besluit tot een toepassing van een vrijheidsbeperking bevoegde verpleeghuisarts.
Uit het onderzoek blijkt dat het naast elkaar optreden van de verpleeghuisarts en de huisarts ten aanzien van de zorg voor psychogeriatrische patiënten geregeld problemen geeft, zowel organisatorisch als inhoudelijk. De verpleeghuisarts is ten aanzien van de zorg voor psychogeriatrische patiënten het meest deskundig en het lijkt erop dat verzorgingshuizen geen problemen hebben met het vinden van een verpleeghuisarts die deze taak op zich kan nemen.
- f. De instelling van een multidisciplinair overleg waarin toepassingen van vrijheidsbeperkingen regelmatig geëvalueerd worden. Ook bij dit overleg dient de bewoner en diens vertegenwoordiger zoveel mogelijk te worden betrokken.
Het multidisciplinair overleg heeft een waarneembaar toegevoegde waarde in de kwaliteit van zorg en de mate van zorgvuldigheid die wordt betracht. Hierin kunnen vrijheidsbeperkende maatregelen en mogelijke alternatieven ervoor worden besproken en geëvalueerd, en vanwege het feit dat er verschillende disciplines bij zijn betrokken gaat er een deskundigheidsbevorderende werking van uit.
- g. Het vaststellen van een registratiesysteem. Van belang is dat er naast individuele registratie in het zorgplan ook een centrale registratie is, zodat het verzorgingshuis een actief beleid kan ontwikkelen om toepassingen van vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te voorkomen. Ook dient in de registratie medicatie te worden betrokken die naar haar aard vrijheidsbeperkend is. Met name bij sederende medicatie en psychofarmaca is dit het geval. Deze vormen van medicatie worden dikwijls voorgeschreven als alternatief voor fysieke vrijheidsbeperkingen. Wanneer dit niet wordt opgenomen in een registratie, blijft een groot deel van de vrijheidsbeperkende toepassingen aan het oog onttrokken en kan er geen actief beleid op plaatsvinden.

- h. Het vastleggen van de meldingsprocedure, zowel intern, als extern aan de Inspectie voor die gevallen waarin dit wettelijk verplicht is gesteld. Voor de inspectie geldt overigens dat zij er goed aan doen met instellingen de afspraak te maken dat zij van die toepassingen die niet wettelijk verplicht zijn om te melden, periodiek door middel van een overzicht op de hoogte worden gehouden, zodat zij kunnen nagaan of een verzorgingshuis een actief beleid voert om het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkingen zo beperkt mogelijk te houden. Een verzorgingshuis zou bijvoorbeeld kunnen rapporteren aan de hand van een hoofdstuk over dit onderwerp in het kwaliteitsjaarverslag.
2. Het adequaat scholen van zorgverleners door middel van interne en externe cursussen. Daarbij dient de scholing zich niet te beperken tot een eenmalige gebeurtenis maar is het belangrijk dat er ook regelmatig bijgeschoold worden door middel van bijvoorbeeld klinische lessen en regelmatig overleg met andere deskundigen, zoals met psychologen en verpleeghuisartsen in een MDO. Inhoudelijk dient de scholing zich te richten op de zorg voor en de omgang met psychogeriatrische bewoners in het algemeen en de toepassing van vrijheidsbeperkingen in het bijzonder. Daarnaast dient de grens van wat binnen de eigen setting met betrekking tot psychogeriatrische patiënten en toepassing van vrijheidsbeperkingen verantwoorde zorg is een specifiek punt van aandacht te zijn.
3. Het toezicht op psychogeriatrische patiënten, zeker als er vrijheidsbeperkingen worden toegepast, moet voldoende zijn.
Het onderzoek laat zien dat de vraag of het toezicht voldoende is, afhangt van de context waarin deze plaatsvindt. De afsluitbaarheid van de afdeling is slechts één van de factoren die daarin mogelijk maar niet noodzakelijk, een rol in kan spelen. Andere factoren zijn de aanwezigheid van voldoende personeel en de deskundigheid van de zorgverleners, de bouw van het verzorgingshuis, en de organisatie van de zorg. De aanwezigheid van groepsverzorging en huiskamerprojecten kan het toezicht overdag sterk verbeteren. Flexibiliteit in de mate waarin participatie door bewoners geweigerd kan worden, heeft echter mogelijk gevolgen voor de veiligheid van die betreffende bewoners. Een instelling dient zich hiervan bewust te zijn, de eigen grenzen van verantwoorde zorg dientengevolge vast te stellen en daarnaar te handelen.
4. Het materiaal dat gebruikt wordt voor vrijheidsbeperkende maatregelen moet voor het doel geschikt zijn, proportioneel en veilig.

Met alle hiervoor genoemde factoren indachtig kan met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkingen verantwoorde zorg op maat geboden worden. Instellingen kunnen op basis van deze factoren een beleidsplan maken met betrekking tot de zorg voor psychogeriatrische patiënten in het algemeen en toepassingen van vrijheidsbeperkingen in het bijzonder.

In de huidige opzet werkt het systeem van Bopz-aanmerkingen eerder als remmende factor in de rechtsbescherming van psychogeriatrische patiënten dan bevorderend. Voor verzorgingshuizen zonder aanmerking bestaan weinig prikkels om een aanmerking aan te vragen, zeker niet als er weinig of geen sprake is van dwangbehandeling of toepassing van middelen of maatregelen in noodsituaties. Er bestaat dan geen verplichting om Bopz-conforme zorginstrumenten te ontwikkelen, zoals een zorgplan. Veel verzorgingshuizen zien ook niets in een aanmerking, omdat zij dan gedwongen worden een afdeling te creëren die niet altijd aansluit bij de eigen zorgvisie.

Daarom verdient het aanbeveling om over te gaan naar een flexibeler beleid met betrekking tot het verlenen van aanmerkingen. Daarbij moeten geen harde eisen worden gesteld, zoals het creëren van een aparte afdeling, maar dient de verlening van een aanmerking afhankelijk te worden gesteld van het beleidsplan dat door het verzorgings-

huis met betrekking tot een verantwoorde zorg voor psychogeriatrische patiënten wordt gepresenteerd. In dit plan dient een duidelijke balans te zijn tussen die vrijheidsbeperkingen die Bopz-conform, worden toegepast en datgene wat binnen de eigen setting verantwoord is. De Inspectie zou in dit verband voor de instelling als coach en adviseur kunnen fungeren om tot een optimaal beleidsplan te komen. Tijdens de invitational conference werd een dergelijke opstelling van de Inspectie zeer wenselijk gevonden, al vroegen sommigen zich af in hoeverre dit zich verhoudt met de toezichhoudende rol die deze vervult. Verschillende aanwezigen hadden echter positieve ervaringen hierover, hetgeen illustreert dat enigermate van coaching/advisering haalbaar is. Overigens kan een beperkte omvang van verantwoorde zorg die in dit verband geleverd kan worden ertoe leiden, dat een verzorgingshuis niet in staat is om patiënten met een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling op te nemen.

Een flexibel toelatingssysteem, waarbij recht wordt gedaan aan de verschillende wijzen waarop en omstandigheden waarin verzorgingshuizen hun zorg met betrekking tot psychogeriatrische patiënten inrichten zonder dat dit ten koste gaat van de zorgvuldigheid en een onnodige beperking van individuele grondrechten van bewoners, sluit bovendien aan bij de wens van de overheid om te komen tot een zorgsysteem dat is gericht op individuele wensen en omstandigheden (vraaggestuurde zorg). Verzorgingshuizen worden dan in hun zoektocht naar op maat ontworpen zorgproducten immers niet meer gehinderd door de eis van het creëren van een aparte afdeling,. Het laten van vallen van die eis geeft daarnaast ook voor bewoners en hun vertegenwoordigers meer vrijheid te zoeken naar een oplossing die optimaal aansluit bij hun zorgbehoefte.

6.2 Aanbevelingen

1. Het huidige systeem waarbij een verzorgingshuis een Bopz-aanmerking kan verkrijgen, mits deze, naast aan andere voorwaarden, voldoet aan het vereiste van het creëren van een aparte, afsluitbare afdeling, dient te worden verlaten en vervangen te worden door een meer flexibel toelatingssysteem.
2. Bij dit nieuwe toelatingssysteem wordt uitgegaan van de in par. 6.1 onder punt 1 tot en met 4 geformuleerde factoren die bepalend zijn voor een verantwoorde toepassing van vrijheidsbeperkingen en een verantwoorde zorg voor psychogeriatrische patiënten.
3. Bij de aanvraag dient de instelling een beleidsplan te presenteren waarbij rekening gehouden is met deze factoren en waarin in ieder geval inzichtelijk wordt gemaakt op welke wijze binnen de instelling verantwoorde zorg aan psychogeriatrische patiënten geleverd kan worden en wat de grenzen daarvan binnen de eigen setting zijn. Verantwoorde zorg omvat daarbij in ieder geval het toepassen van vrijheidsbeperkingen als ultimum remedium en een actief beleid, mede gebaseerd op een centrale registratie, om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te voorkomen.
4. Bij het proces om te komen tot een goed beleidsplan fungeert de Inspectie, uiteraard binnen de grenzen van wat mogelijk is binnen de toezichhoudende rol die wordt vervuld, als vraagbaak en coach. Wanneer het beleidsplan naar het oordeel van de Inspectie tot een verantwoorde zorg met betrekking tot psychogeriatrische bewoners kan leiden, brengt zij een positief advies uit aan het Ministerie van VWS.
5. De medische zorg aan psychogeriatrische bewoners in een verzorgingshuis dient te worden verleend door een verpleeghuisarts. De overheid dient dit mogelijk te maken. Hoewel het vinden van een verpleeghuisarts in het onderzoek geen probleem is gebleken, kan de bekostiging van volledige medische zorg mogelijk wel problematisch zijn. Zolang volledige in-

vulling van de medische zorg door een verpleeghuisarts nog niet mogelijk is, dient de verantwoordelijkheid voor de medische zorg die betrekking heeft op de psychogeriatrische aandoening in ieder geval bij een verpleeghuisarts te liggen.

6. Instellingen moeten gestimuleerd worden om een aanmerking aan te vragen en een beleidsplan met betrekking tot de zorg voor psychogeriatrische bewoners te ontwikkelen. Daartoe dient actieve, mede op de individuele instelling gerichte, voorlichting plaats te vinden door Inspectie, en het Ministerie van VWS.

7

Literatuur

1. Rechtbank Alkmaar, 10 februari 1998, *kBJ* 1998, 43, met noot van T.P. Widdershoven
2. Rechtbank Amsterdam, 10 oktober 2000, *BJ* 2001, 7, met noot van T.P. Widdershoven
3. Rechtbank Den Bosch, 6 oktober 1999, *kBJ* 2000, 30, met noot van Kees Blankman
4. Arends, L.A.P. "De implementatie van de Wet Bopz in verzorgingshuizen." Utrecht: Arcare, 2001.
5. Arends, L.A.P., K. Blankman, en B.J.M. Frederiks. *Interne rechtspositie in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptensector*. 10 delen. deel 3, *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen*. Den Haag: ZonMw, 2002.
6. *Besluit van 2 oktober 1997, houdende regels met betrekking tot het werkterrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen*. 447.
7. "Besluit zorgaanspraken AWBZ. Nota van toelichting." *Staatsblad*, no. 527 (2002).
8. CVZ. "AWBZ functiegerichte aanspraken in operationele termen. Een eerste handreiking. versie 1.0." 20. Den Haag: College voor zorgverzekeringen, 2003.
9. Fabbricotti, I. "Ouderenzorg ontketent de toekomst. Een inventarisatie van huidige en toekomstige samenwerking en producten in de ouderenzorg." Rotterdam: iBMG - Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999.
10. Gezondheidsraad. "Dementie." Den Haag: Gezondheidsraad, 2002.
11. GIGV. "Referentiekader." 1990.
12. Handelingen Tweede Kamer. 25 763. *Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake het Kabinetsstandpunt evaluatie Wet Bopz*, Vergaderjaar 1997-1998.
13. Handelingen Tweede Kamer. 26 631. *Brief van de Staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, inzake de Modernisering AWBZ. nr. 12*, Vergaderjaar 2000-2001.
14. Lomwel, A.B., en E.B. Veen, van. *De Wgbo, de betekenis voor de hulpverleners in de gezondheidszorg*. Lelystad: Koninklijke Vermande B.V., 1996.
15. Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport. "Modernisering AWBZ. Klanten kiezen." Den Haag, 2003.
16. NVVA. "Medische zorg met beleid: handreiking voor de besluitvorming over verpleeghuisgeneeskundig handelen bij dementerende patiënten." Utrecht: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, 1997.
17. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. "Beter (z)onder dwang?" Zoetermeer: RVZ, 1997.
18. "Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO." Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2000.
19. Wettum, G.C., van. *Interne rechtspositie psychogeriatric*. onder redactie van Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. 11 delen. deel

- 8, *Evaluatie Wet BOPZ*. Rijswijk: Ministerie VWS, 1996.
20. Widdershoven, T.P. "Art. 38-40. Aantekeningen." In *Handboek Opneming en Verblijf*, P.J.H. Laurs (red.). Deventer: Gouda Quint, 1997.

Bijlage 1

Verantwoorde toepassing vrijheidsbeperkingen in verzorgingshuizen

Verslag van de invitational conference gehouden op dinsdag 23 september 2003

ARCARES, Utrecht

Verslaglegging: M. van Steijn-Verweij, Top Support B.V.

<i>Deelnemers:</i>	<i>Zorgcentrum Nieuw Vredenveld:</i> De heer M. Passon, directeur
<i>Bosch en Duin:</i> Mevrouw C. Daniëlse, verzorgende, en Mevrouw I. Waldschmit, afdelingshoofd	<i>Zorgcentrum Tabitha Ingenhouszhof:</i> Mevrouw A. Doorn, afdelingshoofd pg, en Mevrouw L. Drexhage, Cliëntenraad
<i>Verzorgingshuis De Dillenburg:</i> De heer J. van Raalte	<i>Landelijke Organisatie van Cliëntenraden LOC:</i> Mevrouw J. Dijkman Mevrouw R. Meijer
<i>Verzorgingshuis Haegenburgh:</i> Mevrouw A. van de Heuvel, teamleider, en Mevrouw C.P.M. Piket-van Lith, zorgmanager	<i>Ministerie van VWS:</i> Mevrouw mr. J.M. Schuite Mevrouw mr. J.D.M. Pattiwael-Bakker
<i>Woon- en Zorgcentrum 't Hamersveld:</i> Mevrouw W. Oosterom	<i>Universiteit Maastricht</i> Mevrouw mr. B.J.M. Frederiks, Universiteit van Maastricht
<i>Woonzorgcentrum De Honinghoeve:</i> Mevrouw M.A. Bogaers, verpleeghuisarts	<i>Organisatie:</i> De heer mr. L.A.P.. Arends, Erasmus Universiteit Rotterdam Mevrouw mr. C. Hoegen, Arcares
<i>Woon- en Zorgcentrum De Molenkamp:</i> De heer S. Leferink, zorgmanager, en De heer L. Stamsnieder, zorgmanager	Verslaglegging: mevrouw M. van Steijn-Verweij, Top Support B.V. (030-635 2885)
<i>Zorgcentrum Berlerode:</i> De heer A. Stouten, directeur	

Inleiding

Vandaag is een zeer gemêleerd gezelschap uitgenodigd om mee te denken over de toepassing van deze wet: sommigen van de aanwezigen zijn afkomstig uit een verzorgingshuis mét BOPZ-aanmerking, anderen uit een verzorgingshuis zónder aanmerking. Ook de Inspectie stond op de lijst van genodigden maar heeft zich helaas moeten afmelden. Daarnaast zijn enkele deelnemers afkomstig van brancheorganisaties, respectievelijk belangenverenigingen. Ook zijn er vertegenwoordigers vanuit het Ministerie van VWS en van universiteiten.

De bijeenkomst wordt geopend door mw. Hoegen. Na een korte introductie geeft zij het woord aan de heer Arends die de bevindingen van het onderzoek presenteert. Hij sluit zijn presentatie af met zeven stellingen die als uitgangspunt dienen voor de rest van de middag.

Stellingen

1. *Vrijheidsbeperkingen zijn mogelijk in het hele verzorgingshuis, mits de instelling een adequaat daarop ingericht zorgsysteem heeft en de grenzen daarvan kent.*
2. *Ook sederende medicatie en psychofarmaca moeten als vrijheidsbeperking worden bestempeld en gemonitord.*
3. *Het is wenselijk dat een vertrek voor groepsverzorging kan worden afgesloten.*
4. *Een verpleeghuisarts is noodzakelijk bij de zorg voor psychogeriatrische bewoners.*
5. *Centrale registratie van toepassingen van vrijheidsbeperkingen is noodzakelijk. Op basis daarvan kan een actief beleid worden geformuleerd om vrijheidsbeperkende maatregelen zoveel mogelijk te voorkomen. Daarom dient het hebben van een dergelijke centrale registratie een voorwaarde te zijn ter verkrijging van een aanmerking.*
6. *Het organiseren van regelmatige scholing is voor alle verzorgingshuizen noodzakelijk en haalbaar. Op deze wijze kan het vereiste deskundigheidsniveau van medewerkers worden behaald om aan de Wet BOPZ te kunnen voldoen.*
7. *De inspectie zou zich in het proces naar een aanmerking meer als coach moeten opstellen; dientengevolge moeten toelatingscriteria opener worden geformuleerd.*

De groep wordt in tweeën gedeeld om de stellingen te bespreken.

Verslag van de discussie in de groepen

GROEP I, o.l.v. de heer Arends

Stelling 1 (groep I)

Vrijheidsbeperkingen zijn mogelijk in het hele verzorgingshuis, mits de instelling een adequaat daarop ingericht zorgsysteem heeft en de grenzen daarvan kent.

Een verpleeghuisarts kan zich in deze stelling vinden: het is heel belangrijk dat dit gebeurt en essentieel dat die aanmerking is geschreven op de persoon en niet op de locatie waar hij verblijft. Er is behoefte aan een op de persoon geschreven zorgplan dat in het hele verzorgingshuis kan worden toegepast.

Eén van de andere participanten wijst op het risico dat er dan meer toepassingen plaatsvinden: het is een gemêleerd gezelschap en dat heeft ook consequenties voor de deskundigheid van het personeel. De eerste spreker beaamt dat, maar wijst erop dat dat in de thuissituatie precies zo is: daar wordt het nog moeilijker, en aangezien dat steeds vaker voorkomt is een op de persoon geschreven zorgplan van groot belang. In een verzorgingshuis zou een aantal personen geautoriseerd moeten worden met de juiste instructies.

De andere deelnemer stelt dat vrijheidsbeperkende maatregelen zo min mogelijk moeten worden toegepast: er moet meer aandacht gegeven worden aan het voorkómen van de *oorzaak*, met name in het verzorgingshuis. Het gevaar van het mogelijk maken van vrijheidsbeperkende maatregelen is natuurlijk dat er minder creatief gezocht wordt naar andere oplossingen.

De verpleeghuisarts denkt dat op te lossen via de voorwaarden die gesteld worden. Wanneer er een verpleeghuisarts bij betrokken wordt is er kwaliteit en preventie; het is altijd een ultimum remedium en dat blijft het ook. Mevrouw Dijkman zou meer nadruk willen leggen op preventie.

Een andere deelnemer interpreteert de wet als volgt: eerst moeten alle mogelijke andere oplossingen geprobeerd zijn (dat moet ook vastgelegd worden)

Anderen kunnen zich daarin vinden, maar men constateert dat instellingen daar heel verschillend mee omgaan.

Vastgesteld wordt dat er niet zoveel overblijft wanneer er een heel duidelijk protocol is dat in alle zaken voorziet. In zijn instelling is het uitgangspunt "at het afsluiten van buitendeuren in principe niet toegepast wordt", echter: soms kan het niet anders. Zweedse banden worden al helemaal niet gebruikt, en bedekken bij hoge uitzondering. Eerst wordt samen met de familie bekeken welke mogelijkheden er nog meer zijn.

Opgemerkt wordt dat sommige cliënten zelf vragen om bedekken lemand reageert daarop dat bij hem in de instelling bepaalde maatregelen slechts in uiterste noodzaak worden toegepast. Vaak is het maar van korte duur, omdat er opname in een verpleeghuis op stapel staat.

Iemand anders is van mening het soms voor de mensen prettiger wanneer de afdeling gesloten is: zij hebben dan de vrijheid om over de hele afdeling te lopen. Anderen denken dat een interne verhuizing toch wel een zeer ingrijpende zaak voor de cliënt is. Zo staat bij iemand anders in de instelling staat de verpleegafdeling op het eigen terrein en krijgen de cliënten de beschikking over een kamer met hoogstens één andere cliënt.

Bij een andere deelnemer is sprake van een andere situatie: van de 43 patiënten vallen er 9 onder de BOPZ.

Weer een ander heeft te maken met 80 patiënten van wie er 36 een BOPZ-indicatie hebben. De instelling heeft ervoor gekozen om niet af te sluiten: de instelling heeft de beschikking over dezelfde soorten appartementen in de verschillende afdelingen en dus komt iemand bij 24-uurs meerzorg in een fotografisch gelijk appartement te wonen. De verandering is dan niet zo ingrijpend.

Stelling 2 (groep I)

Ook sederende medicatie en psychofarmaca moeten als vrijheidsbeperking worden bestempeld en gemonitord.

Een verpleeghuisarts kan het alleen met de stelling eens zijn wanneer de medicijnen worden voorgeschreven met vrijheidsbeperking als doel. Dat onderscheid dient gemaakt worden. De heer Arends antwoordt dat die grens niet altijd duidelijk aan te geven is, waarop de verpleeghuisarts een vergelijking trekt met morfine; het gaat om het primaire doel waarom het medicijn wordt voorgeschreven. Als verpleeghuisarts heeft zij op het gebied van de psychofarmaca veel meer kennis dan de huisarts; de verpleeghuisarts doet eigenlijk alles, maar de huisarts is degene die het recept uitschrijft. Dat loopt prima.

Een andere deelnemer heeft andere ervaringen, en dat houdt verband met de onderlinge verhouding tussen verpleeghuisarts en huisarts. Wat de stelling betreft: spreekster ziet het niet als een vrijheidsbeperking. Wel noemt zij in dit verband het fijnmalen van medicijnen: dan valt het wel onder vrijheidsbeperking. Zij is in huizen geweest waar alles standaard werd fijn gemalen.

Een derde deelnemer denkt dat het verschil uitmaakt met welk doel het gebeurt, of het is omdat iemand niet kan slikken of dat het gebeurt om geen toestemming te hoeven vragen. De heer Arends vraagt zich af of een registratiesysteem mogelijk is, waarin dat geregistreerd zou worden, maar een aanwezige verpleeghuisarts ziet daar het nut niet van in. Andere medicijnen zijn vaak veel riskanter. Een andere deelnemer merkt op dat het zorgplan voldoende is: daar staat alles in, samen met de andere maatregelen.

De verpleeghuisarts beaamt dat. Er speelt veel meer, en dat valt onder de medisch professionele verantwoordelijkheid. Een aanwezige vertelt vanuit een onderzoek van de Rekenkamer dat ontdekt is dat het bij registratie minder snel wordt toegepast: misschien is het daarom toch nuttig om er meer aandacht aan te besteden, om op die manier nutteloos gebruik terug te brengen.

Een deelnemer geeft aan dat een MDO daar een goed middel voor is. Daar zit ook een psycholoog bij en de verpleeghuisarts, en aan hen wordt het probleem voorgelegd. Er vindt toetsing plaats, en er worden eerst allerlei andere ingrepen uitgetoet. Men moet zich verantwoorden. Het is in ieder geval niet zo dat de aanmerking een garantie is voor de kwaliteit die beoogd wordt.

Ook een andere deelnemer wijst nog eens op het belang van goede verhoudingen tussen huisarts en verpleeghuisarts: dat is belangrijker dan dat er meer opgeschreven wordt. Het is niet goed om de papierwinkel uit te breiden en nog meer te noteren.

Dit sluit aan bij stelling 4:

Stelling 4 (groep I)

Een verpleeghuisarts is noodzakelijk bij de zorg voor psychogeriatrische bewoners.

Een aanwezige zorgmanager heeft de ervaring dat er vaak problemen zijn in de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts. Een aanwezige is zelf verpleeghuisarts en vindt het belangrijk om eerst het belangrijk om eerst het vertrouwen te winnen.

De zorgmanager is van mening dat de zorg veel beter wordt gewaarborgd door de verpleeghuisarts dan door de huisarts, ook waar het gaat om de medicatie. Veel huisartsen lopen zomaar binnen, zonder te melden wat ze bij een bewoner komen doen.

Iemand vertelt dat bij haar in huis iedere arts zich meldt bij de receptie, waarop er iemand van de verpleging met hem meegaat naar de patiënt.

De heer Arends stelt de vraag of het nodig is dat er een huisarts bij de zorg betrokken is, of dat de zorg door de verpleeghuisarts overgenomen zou kunnen worden. Een verpleeghuisarts denkt dat dat laatste zeker mogelijk is bij verpleeghuis-geïndiceerde patiënten: het is heel belangrijk dat die totale medische verantwoordelijkheid wordt overgenomen.

Versillende aanwezigen kunnen daarmee instemmen, zeker wanneer er meerdere huisartsen bij betrokken zijn. Iemand informeert of mensen dan niet erg aan hun eigen huisarts gehecht zijn, maar dat valt volgens een respondent erg mee. Bij hem in huis wil men het eigenlijk zo doen: iedereen die in het pand woont moet opgenomen worden in de huisartsgroep op voorwaarde dat hij ermee instemt, maar: voor een verpleeghuis-geïndiceerde bewoner is een verpleeghuisarts wenselijk.

Iemand anders ziet daar een hindernis: de huisarts namelijk beschikt over alle medische gegevens en is niet altijd bereid die te overhandigen. Bij haar in huis wordt dus een zorgplan opgesteld aan de hand van de medicijnen, want verder is er niets bekend. Dat is een groot gemis. Een andere aanwezige stelt vast dat dat de verantwoordelijkheid van het verzorgingshuis te boven gaat.

Het lijkt een participant beter wanneer het onder één huisarts valt, want dan heeft het verzorgingshuis de beschikking over de medische geschiedenis van de bewoners. Veel bewoners zijn wilsonbekwaam, dus zij kunnen het zelf niet vertellen. Een verpleeghuisarts heeft de ervaring dat zij de gegevens desgevraagd van de huisarts krijgt aangereikt, maar mevrouw Doorn heeft andere ervaringen op dat gebied.

Een deelnemer wijst erop dat ook de familie er steeds bij betrokken wordt; mevrouw Doorn doet dat door hen bij het MDO te vragen en hun akkoord te vragen voor het zorgplan. Iemand anders wijst op de belangrijke rol die de mantelzorger in het zorgplan speelt, waardoor het nodig is hem erbij te betrekken, om te voorkomen dat de familieleden een heel andere kant op gaan.

De heer Arends concludeert dat de gespreksdeelnemers van mening zijn dat de verpleeghuisarts noodzakelijk is voor psychogeriatrische bewoners, waarop iemand aangeeft dat bij haar in huis de patiënten hun eigen huisarts mogen houden. Een ander wijst erop dat dat bij een meerzorginstelling inderdaad mogelijk is, maar niet bij een verpleegunit.

De heer Arends stelt vast dat men het bij verpleeghuis-geïndiceerde patiënten wenselijk vindt om alleen met een verpleeghuisarts van doen te doen hebben; verder is het prettig met zo min mogelijk artsen te maken te hebben (en dan wel graag artsen die affiniteit hebben met de problematiek, een verpleeghuisarts aan).

De heer Arends vraagt of dat mogelijk is, dat een verpleeghuisarts zich als enige arts bezighoudt met de verpleeghuis-geïndiceerde patiënten, maar aanwezige vreest dat het financieel niet haalbaar is. Een ander signaleert bovendien het probleem van de waarneming, en een verpleeghuisarts beaamt dat: er is een enorm tekort aan geregistreerde verpleeghuisartsen.

De 24-uursbereikbaarheid is niet zo makkelijk in te vullen, en iemand doet de suggestie om het te beperken tot specifiek pg-problematiek. Een verpleeghuisarts wijst op de sterke overlap, waardoor dat niet altijd te scheiden is: het is nauw met elkaar verbonden. Als er duidelijke afspraken zijn met de huisarts en de verpleeghuisarts is het geen probleem. En dan is die 24-uurs dienst ook beter gewaarborgd.

Stelling 5 (groep I)

Centrale registratie van toepassingen van vrijheidsbeperkingen is noodzakelijk. Op basis daarvan kan een actief beleid worden geformuleerd om vrijheidsbeperkende maatregelen zoveel mogelijk te voorkomen. Daarom dient het hebben van een dergelijke centrale registratie een voorwaarde te zijn ter verkrijging van een aanmerking.

Zojuist werd al gesproken van een papierwinkel, en een deelnemer voegt daaraan toe dat alles al op de BOPZ-afdeling geregistreerd wordt: dat is al vrij centraal. Met die vrijheidsbeperking valt het overigens wel mee: iedereen is doordrongen van het feit dat zoiets niet zomaar gedaan kan worden.

De heer Arends concludeert dat voorkómen een eerste doelstelling is. Registreren zou daar wel bij kunnen helpen. De deelnemer wijst op de procedures die ook nu al nodig zijn: ook daarmee worden dit soort acties ingeperkt. Iemand anders denkt dat die registratie ook veel meer op de klant toegepast zou moeten worden, en niet op de instelling. Daar is het zorgplan al voor. Een derde deelnemer vraagt zich af hoe zinvol registratie is wanneer dergelijke situaties slechts 1 à 2x per jaar voorkomen.

Een andere deelnemer herkent dat: het Middel en Maatregelen formulier wordt ingevuld en dat gaat naar de commissie en ook het eigen dossier. Dat helpt om je er kritisch op te bezinnen. De stichting waar deze deelnemer werkzaam is heeft een verpleeghuis maar ook enkele verzorgingshuizen: in het algemeen vindt zij centrale registratie om beleid te maken en voor bewustwording belangrijker dan dat zij door de wet gedwongen wordt om het in te vullen. Medicatie wordt daarin meegenomen, afhankelijk van de doelstelling waarmee het wordt gegeven.

De heer Arends constateert dat er verschillende meningen zijn: de een vindt registreren nuttig, de ander vindt dat het te weinig voorkomt om er profijt van te hebben.

Iemand merkt op dat de zorg voor de cliënt centraal dient te staan, en niet de administratieve rompslomp. Zelf is zij werkzaam bij een huis van een instelling, die in totaal 35 instellingen onder de geledingen heeft; het lijkt haar niet zinvol om van al die huizen dit soort gegevens te weten. Een aanwezige denkt dat dit inderdaad de verantwoordelijkheid is van een ander niveau van de organisatie.

Een deelnemer werkt in een zelfstandig verzorgingshuis dat is verbonden aan een verpleeghuis op basis van een goede vorm van samenwerking. Die samenwerking is belangrijk; het moet persoonsgebonden, en eventueel locatiegebonden bekeken worden. Uitgangspunt is dat het ook centraal cliëntgebonden wordt gezien.

De deelnemer van de grote instelling concludeert dat je dan wel één stichting kunt zijn, maar dat er toch binnen de huizen verschillen kunnen bestaan.

Stelling 6 (groep I)

Het organiseren van regelmatige scholing is voor alle verzorgingshuizen noodzakelijk en haalbaar. Op deze wijze kan het vereiste deskundigheidsniveau van medewerkers worden behaald om aan de Wet BOPZ te kunnen voldoen.

Scholing is naar de mening van verschillende deelnemers vanzelfsprekend, maar volgens een ander wordt die mening niet door iedereen gedeeld. Iemand anders bevestigt dat vanuit de praktijk: haar huis heeft nu wel een BOPZ-afdeling, maar alle werknemers moeten nog geschoold worden. Het is dus inderdaad niet overal vanzelfsprekend. Eén spreker vindt dat het eigenlijk wel vanzelfsprekend zou moeten zijn: met het oog op preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen is het van belang dat de zorg goed wordt uitgevoerd, en daarom zal in scholing en personeel geïnvesteerd moeten worden.

Ook anderen denken dat scholing belangrijk is, zeker als de situaties zich bijna nooit voordoen. Een belmat bijvoorbeeld wordt niet altijd als een Middel & Maatregel gezien: men denkt dat het gewoon mag.

Stelling 3 (groep I)

Het is wenselijk dat een vertrek voor groepsverzorging kan worden afgesloten.

Dit zou een alternatief voor een 24-uurs gesloten afdeling kunnen zijn; vraag is: is dat ethisch verantwoord?

Een verpleeghuisarts denkt dat er veel dwaalgedrag mee voorkomen kan worden (bijv. door gebruik code), en wat is dan ethiek?

De Bopz-afdeling van een van de aanwezigen is in principe nog steeds een open afdeling. De populatie verandert trouwens voortdurend: soms is er niet één bewoner die zwerft, en soms zijn er meerdere. De instelling kiest liever voor een open karakter met eventueel alarmering voor mensen met zwerfneigingen (een chipje).

In de instelling van een ander zou dat problemen opwerpen: de mensen die door de afdelingsdeur gaan staan meteen voor de trap; die trap is niet afsluitbaar, dus dat is gevaarlijk.

Weer een ander vindt dat dat met de familie besproken moet worden zodra het een probleem wordt. Want wat is dan erger: risico's lopen, of je vrijheid verliezen? Als er altijd mensen aan de deur staan te rammelen geeft dat trouwens ook veel onrust.

Iemand merkt op dat iemand met zwerfneigingen sowieso beschermd moet worden; een ander denkt dat dat een heel ander verhaal wordt wanneer iemand geplaatst wordt in een instelling zonder Bopz-aanmerking. De aanwezige van de Bopz-afdeling vraagt zich of zij dan de deur moet openzetten: iedereen wil uiteindelijk toch naar huis, maar dat kan nu eenmaal niet. Het gaat ook om de rechtspositie, en dan is het huis verantwoordelijk.

Een ander stelt dat in de meeste huizen de mensen met weglooptgedrag bekend zijn, en in zijn huis houdt de vrijheidsbeperkende maatregel in dat iedereen daarvan op de hoogte wordt gesteld. Als er dan een patiënt wegloopt wordt er iemand van de verzorging ingeschakeld.

De heer Arends concludeert dat er dus een spanningsveld is tussen verantwoorde zorg en weglooptgedrag. Er is een voorkeur om afdelingen niet af te sluiten, maar soms moet dat mogelijk zijn. Ook personeel-technisch gezien, voegt een verpleeghuisarts hieraan toe: deze week worden bij haar in huis alle Melkertbanen afgeschafte, dat zijn dus al die avondportiers, en de avond is precies de tijd dat mensen gaan zwerven. Iemand anders merkt op dat zijn instelling de gelden, die daarvoor ontvangen zijn, hebben aangewend om personeel aan te nemen. Financieel is het dus geen probleem. Mevrouw Doorn echter wijst erop dat voor de Bopz de overheid geen geld beschikbaar stelt om die aanpassingen door te voeren.

Stelling 7 (groep I)

De inspectie zou zich in het proces naar een aanmerking meer als coach moeten opstellen; diensten-

gevolge moeten toelatingscriteria opener worden geformuleerd.

Iemand merkt op het interessant te vinden om een meer flexibel toezicht te hebben; een ander stelt dat de Inspectie heldere criteria moet hebben, die voor weinig interpretatie vatbaar zijn. Een derde denkt dat de rol van de Inspectie wel ruimer mag zijn, en weer een ander heeft geconstateerd dat ook voor Inspecteurs zelf niet altijd duidelijk is wat hun taak inhoudt. In het boek van Arcarees staat dat structureel pg-bewoners eigenlijk in een BOPZ-aangemerkte afdeling moeten, maar één van de Inspecteurs zei dat dat niet juist is. Dus blijkbaar zijn ze niet zo van de wet op de hoogte.

Een aanwezige merkt op dat in de uitbreiding van zijn huis de Inspectie helemaal niet in beeld is geweest. De Inspecteur weet niet eens hoeveel plaatsen pg een huis heeft.

Iemand is van mening dat een coach niet iemand is die toezicht houdt, maar meer iemand die meedenkt; dat meedenken lijkt verschillende aanwezigen heel prettig.

De heer Arends wijst erop dat het Ministerie de aanmerking verleent; de Inspectie brengt advies uit.

Een deelnemer denkt dat de toezicht-taak en de meedenk-taak elkaar in de weg kunnen staan: sterk meedenken en coachen verhouden zich niet met toezicht houden. Dat meedenken ligt meer bij de partijen zelf.

Een ander heeft het meedenken van de Inspecteur ervaren doordat hij adviezen heeft uitgebracht en heeft aangegeven dat hij na een jaar zou komen om te zien of de aanpassingen goed gerealiseerd zijn. Op die manier zit die coachende rol er dus eigenlijk al in.

De heer Arends concludeert dat iedereen gevoelsmatig de stelling onderschrijft, maar formeel ligt er een probleem omdat de Inspectie een toezichhoudende taak heeft. Maar binnen die taak ligt een marge om adviezen uit te brengen zonder dat het direct coachen heet.

GROEP II, o.l.v. Mevrouw Frederiks

(Verslag groep II is genoteerd vanaf de band; het eerste deel echter was niet opgenomen)

Stelling 1 (groep II)

Vrijheidsbeperkingen zijn mogelijk in het hele verzorgingshuis, mits de instelling een adequaat daarop ingericht zorgsysteem heeft en de grenzen daarvan kent.

(..... Gedeelte ontbreekt)

Iemand beschrijft de werkwijze in een verzorgingshuis in Amstelveen, waar de mensen op hun eigen kamer verblijven maar overdag naar de Meerzorg gaan; hierdoor zijn ze 's nachts veel rustiger. Wanneer echter de ziekte voortschrijdt kunnen mensen niet meer op hun eigen kamer blijven.

Door een andere aanwezige wordt de vraag gesteld wat eigenlijk "adequaat" precies inhoudt.

Weer een ander herhaalt de woorden van een participant: "niet de deur dicht maar zorg dat je een wegloper kunt traceren". Dat betekent echter wel dat andere mensen worden geconfronteerd met mensen met gedragsproblematiek. Dat telt ook mee bij de keuze om het te concentreren op één deel van de unit. Kies je daarvoor, dan weet je dat de mensen daar zijn en niet ergens anders: ze hebben daar goede opvang en anderen hebben er geen last van. Dat is een lastig dilemma.

Iemand vertelt dat in zijn instelling een soort infrastructuur is gemaakt: er worden niet direct vrijheidsbeperkende maatregelen opgelegd, maar het is meer beschermend. Een aantal bewoners gaat naar een huiskamerproject, en daar participeren ook "goede" bewoners in, het is een heel laagdrempelige groep die duurt tot 20.00 uur en daarna overgaat in het verzorgingssysteem van de verzorgenden. De instelling heeft weinig middelen om mensen 's avonds rustig te houden: zij hebben geen eigen appartement. Drie personen hebben een belmat: als zij uit bed komen en vallen, dan liggen ze nog diezelfde nacht in het ziekenhuis; is dat vrijheidsbeperkend of is dat beschermend? Met Zweedse banden werkt de instelling niet; bedekken willen de meeste mensen zelf, en het is de vraag of dat vrijheidsbeperkend is of niet. Een adequaat zorgsysteem moet voldoen aan de eisen van het zorgsysteem; het heeft te maken met personele inzet. Als er 1 op 1 gedraaid kan worden is er verder niets nodig.

Een van de anderen denkt dat dat toch valt onder vrijheidsbeperking (de patiënt heeft dan immers voortdurend een verzorger naast zich) en een ander reageert met de opmerking dat de Inspectie ook niet goed op de hoogte is. Geen enkele Inspecteur denkt hetzelfde als een ander, en de inspecteur van sprekers instelling is blij met een goed registratiesysteem en een protocol. Een van de dames stelt dat goed in kaart gebracht moet worden welke maatregel voor elke bewoner wordt genomen; daarna zal het in een overleg verantwoord moeten worden, zodat gezamenlijk bekeken kan worden of het goed verloopt en of het effect sorteert.

Iemand acht dat niet efficiënt: het is makkelijk om het groepje in een unit te stoppen. Een ander suggereert deuren met een kliksysteem te gebruiken, zodat je het hoort als mensen weggaan.

Iemand komt terug op het huiskamerproject: die huiskamer had een stigma ("daar gaan mensen naartoe die verward zijn"), maar het is nu laagdrempelig gemaakt, dus ook voor de andere bewoners toegankelijk. Deze "goede bewoners" gaan zich als vanzelf als verzorgers gedragen, terwijl voorheen iedereen met een grote boog om de huiskamer heenliep.

Gevraagd wordt wat er gebeurt met iemand die naar dat huiskamerproject gaat maar ook niet in staat is om op zijn kamer te blijven, en de vorige spreker antwoordt dat hij dat sinds de start in 1998 nog niet heeft meegemaakt.

Iemand anders antwoordt dat er dan de mogelijkheid is om Meerzorg op de kamer te verlenen, en dan te kijken naar bezoek of vrijwilligersactiviteiten, eventueel activiteitenbegeleiding in kleine groepjes. Zo probeer je het aan te passen binnen de mogelijkheden.

Een deelnemer vertelt dat men in het verzorgingshuis waar zij bij betrokken is, bezig is om een alarmeringssysteem aan te brengen. Tot nu toe konden de bewoners overal komen maar nu zijn er juist wat bewoners bijgekomen die zwervingingen hebben; omdat niet alles is af te sluiten met deuren is deze manier bedacht (met horloges), ook voor de nacht, en dan alleen voor de bewoners met zwervingingen.

Stelling 2 (groep II)

Ook sederende medicatie en psychofarmaca moeten als vrijheidsbeperking worden bestempeld en gemonitord.

Zojuist werd deze medicatie genoemd als vrijheidsbeperking, aldus een van de dames, maar het kan ook om andere redenen gebruikt worden. Dus ook hier geldt: wat zijn de maatregelen en wat zijn de effecten die je wilt bereiken. Er kunnen psychische problemen zijn die niets te maken hebben met vrijheidsbeperkende maatregelen, maar die wel

opgevangen moeten worden: denk aan depressiviteit. Dan is het dus niet bedoeld als vrijheidsbeperking. Het gaat dus om de reden waarom het gegeven wordt en het doel dat beoogd wordt; daarom is die analyse zo belangrijk. In het zorgplan moet daarvan verantwoording worden afgelegd. Spreekster is locatiemanager in een verzorgingshuis waar in beperkte mate sprake is van vrijheidsbeperkende maatregelen; het huis heeft echter geen BOPZ-aanmerking.

Eén deelnemer heeft in de voorbereiding een gesprek gehad met de BOPZ-arts, en daaruit kwam naar voren dat medicijnen die door de voeding worden gedaan als vrijheidsbeperking kunnen worden opgevat (als dat "stiekem" gebeurt; moet wel met vertegenwoordiger besproken worden), maar dat medicijnen die daadwerkelijk als medicijn worden aangeboden met melding van het doel niet vrijheidsbeperkend zijn. Bij gedragsproblemen: als het in het zorgplan opgenomen is en open gebeurt is het wat anders dan dat het stiekem gebeurt.

Een ander herkent dat: ook in haar instelling wordt met de vertegenwoordiger gesproken voordat medicijnen in het voedsel worden gedaan, want dat is echt een vrijheidsbeperking. Vervolgens wordt het vastgelegd in het zorgplan en via het M&M formulier. Medicijnen die worden aangewend voor bijvoorbeeld depressiviteit worden niet als vrijheidsbeperkend beschouwd.

Iemand anders denkt dat er dan zelfs gezegd zou kunnen worden dat het niet onder BOPZ valt, want het is behandeling van de huisarts.

Mevrouw Frederiks vraagt naar de meningen wanneer van verzet sprake is, en een van de aanwezigen antwoordt dat het dan wordt opgeschreven: de persoon in kwestie krijgt het medicijn dan niet. Vervolgens wordt in overleg met de verpleeghuisarts en de vertegenwoordiger bekeken wat daar de oorzaak van is, en hoe het kan worden opgelost. Dat is belangrijk.

Een aanwezige denkt dat de familie het eigenlijk wel moet weten. Twintig jaar terug heeft zij iets dergelijks meegemaakt met haar zwager: haar zwager is toen platgespoten omdat hij 's nachts ging wandelen; de verpleging wilde dat niet en hij kreeg dus medicijnen. Die medicijnen hebben zijn vervroegde einde veroorzaakt, maar de familie wist daar niets van. Mevrouw Frederiks stelt dat het de bedoeling is dat het in het zorgplan wordt vastgelegd. Vandaag de dag zou zoiets niet meer toegestaan zijn.

Stelling 3 (groep II)

Het is wenselijk dat een vertrek voor groepsverzorging kan worden afgesloten.

Een deelnemer denkt niet dat het nodig is een vertrek te kunnen afsluiten wanneer er altijd personeel is, maar volgens Mevrouw Frederiks gaat het om de vraag of de mogelijkheid tot afsluiting aanwezig is, d.w.z. dat mensen die goed zijn vrij in en uit mogen lopen en dat mensen die onrustig zijn moeten binnenblijven.

Een ander wijst op het verschil tussen afsluitbaar en gesloten. Bij "afsluitbaar" kan degene die nog bij de tijd is gewoon weg. Je husselt die groep dus door elkaar en maakt het afsluitbaar voor degene voor wie dat nodig is, en open voor de rest.

Een deelnemer wil het concreter maken: de Inspectie zei: "als je dat afsluitbaar wilt doen moet je de kant op van de BOPZ, want anders mag je een aantal mensen niet opnemen, dus dan moet je de BOPZ-aanmerking aanvragen". Zelf denkt spreker echter dat groepsverzorging een voorziening is om die mensen die nog in huis zijn een goede dagelijkse verzorging te geven.

Iemand merkt op dat de deur niet direct "op slot" hoeft.

De vorige spreker antwoordt dat er soms ondersteuning nodig is, maar dat het dan nog niet nodig is om die mensen achter slot en grendel te zetten: in die gevallen zou spreker liever met een waarschuwingsbandje werken. Dat is niet vrijheidsbeperkend, want het voorkomt dat iemand zich iets aandoet: het gaat dus om veiligheid.

Een ander antwoordt dat het natuurlijk klantvriendelijker is als er een maatregel wordt toegepast die op het individu is toegesneden: anders gaat het voor sommigen veel te ver. Een maatregel die op maat gesneden is is veel klantvriendelijker. Binnen een groep kunnen dan subgroepen gemaakt worden: bij sommigen kan de deur open en anderen hebben volledige bescherming nodig.

Weer een andere deelnemer ziet als nadeel dat er dan een aantal keer een gedwongen verhuizing zal moeten plaatsvinden.

Iemand is bang dat dat soms onontkoombaar is: in een verpleeghuis komen sommige cliënten helemaal tot rust omdat ze structuur krijgen aangeboden.

Een deelnemer stelt vast dat dat het laatste stadium is. Kan het ook werken dat alleen de voordeur afsluitbaar is en de rest vrij toegankelijk?

De anderen denken van wel. Zorginhoudelijk is er dan minimale overlast en minimale kans op stigmatisering. Een voorwaarde is wel dat er voldoende personeel is: het gewone verzorgingshuispersoneel kan dat niet onderkennen.

De vorige spreker hoorde een van de aanwezigen zeggen dat het dan eigenlijk geen verzorgingshuis meer is: verzorgingshuizen zijn er sowieso steeds minder, omdat de mensen die vroeger in een verzorgingshuis woonden nu thuis blijven.

In het verzorgingshuis één van de aanwezigen is het uitgangspunt: wie het nog begrijpt mag naar buiten, maar degene die het niet meer begrijpen moeten binnen blijven. In die zin is het huis dus afsluitbaar, heeft ook geen BOPZ-aanmerking, en de bewoners van die afdeling nemen wel deel aan de reguliere activiteiten. Maar storend gedrag is dus opgelost.

Gevraagd wordt hoe vaak de bewoners van de groepsverzorging onrust veroorzaken, en deze deelnemer antwoordt dat er twee medewerkers zijn op acht bewoners. Het zijn relatief goede bewoners die in die groep meedoen, en dat werkt goed. Bij collega's is vaak te zien dat bewoners door dit soort gedragingen moeten verhuizen naar een verpleeghuis; in het huis van deze persoon kunnen ze nog een paar jaar op hun eigen kamer blijven. Er moet steeds goed afgewogen worden wat de meerwaarde is van iemand naar een verpleeghuis sturen.

Een ander denkt dat elke instelling die keuze steeds opnieuw moet afwegen: wat is de zorgvisie, wanneer overplaatsen, wil ik ze door het hele huis. Dat moet per instelling bekeken worden, en die visie moet doorgegeven worden aan degenen die in het huis komen wonen. Sommige instellingen plaatsen nu eenmaal sneller over dan anderen, en dat is een moeilijke keuze.

Een deelnemer heeft nog een aantal opmerkingen over het afsluiten van de voordeur. Haar zuster moest van een verzorgingshuis naar een verpleeghuis, en spreekster heeft dat erg wreed gevonden: deze mensen zijn toch al snel uit hun evenwicht. Zij komen dan in een heel ander huis, met heel ander personeel; mevrouws zuster klaagde niet maar had er erg veel moeite mee. Na een week moest ze in een rolstoel, want het had haar heel veel gedaan. Dat moet in de overwegingen meegenomen worden, want nogmaals: het was erg wreed. Men was deze deelnemer best ter wille, maar het hoofd van de afdeling was van mening dat het verpleeghuis meer mensen ter beschikking had om haar zuster de benodigde zorg te geven.

Een aanwezige herkent het dilemma: niet iemand overplaatsen als er adequate zorg wordt gegeven, maar als de grens

bereikt wordt zal het toch moeten. Het is vreed, dat is inderdaad waar, ook voor de familie. De vorige spreker vult aan dat in het verzorgingshuis, waar haar zuster was, nu een afdeling wordt gecreëerd waar verpleeghuiszorg gegeven kan worden. Iemand is van mening dat deze mensen op hun eigen plek moeten kunnen blijven, ook al vanwege de sociale contacten. Alle mensen die nu bij die afdeling zijn (het is beperkt tot 14 vanwege de personele bezetting) hebben veel zorg nodig. Zij krijgen activiteitenbegeleiding. De leiding stelt zich nu de vraag: "wat hebben zij eraan dat ze bij ons zijn, en wat zou het verlies voor hun zijn als ze naar een verpleeghuis gingen". Het zou wenselijk zijn dat ze een zodanige leefomgeving hadden dat ze bijvoorbeeld ook eens naar de markt konden, maar dat kan niet.

Stelling 4 (groep II)

Een verpleeghuisarts is noodzakelijk bij de zorg voor psychogeriatrische bewoners.

Een deelnemer kan hiermee instemmen; als directeur stelt hij zich wel af en toe de vraag: "Wie is hier eigenlijk de baas in huis? Wie is de baas over de huisarts?" De verpleeghuisarts wil daarover een gesprek aangaan met de huisartsen. Dat zal een moeilijk gesprek worden, want de leiding is van mening dat de huisarts een handeling verricht in het kader van het leveren van verantwoorde zorg, en de geneesheer-directeur is daarvoor verantwoordelijk; de directie stelt de kaders waarin dat moet gebeuren. Jammer dat anderhalf jaar geleden de overeenkomst met de huisartsen in de Tweede Kamer is afgeblazen vanwege de vrijheid van de bewoners: spreker is bang dat daarmee een vergissing werd gemaakt.

Mevrouw Frederiks vraagt of de huisartsen op de hoogte zijn van de BOPZ, en de vorige spreker antwoordt dat hij er veel in heeft geïnvesteerd. Hij heeft middelen nodig om te dwingen dat er iets kan gebeuren, want de mensen weten niet waar ze het over hebben.

Een ander heeft dezelfde ervaring. De eerste spreker stelt dat het per huisarts verschillend is, en weer een ander vertelt dat hij eens in de vier weken MDO heeft, samen met huisarts en verpleeghuisarts: de huisarts neemt het advies van de verpleeghuisarts over (wordt betaald uit het budget van meerzorggelden), en de huisarts is blij met kennis en kunde van de verpleeghuisarts. Dat werkt dus uitstekend.

Volgens mevrouw Frederiks is dit echter een uniek voorbeeld.

Een deelnemer is benieuwd naar de ideeën van de LOC als het erom gaat dat de bewoner zelf zijn eigen huisarts mag kiezen. Een LOC-lid antwoordt dat iedereen recht heeft om zijn eigen hulpverlener te kiezen, ervan uitgaande dat mensen in een verzorgingshuis nog goed in staat zijn om een relatie met de huisarts te bestendigen. Dat houdt in dat dat lang niet altijd kan, want zeker in de grote steden werkt de huisarts vaak groepspraktijkgericht: hij heeft dan een bepaalde regio, en als het verzorgingshuis niet valt in die regio zijn er geen mogelijkheden. Dan komt er in de praktijk een andere huisarts als de bewoner zijn intrede doet in het verzorgingshuis. De vorige spreker stelt daar de nodige vragen bij. De cliënt komt binnen, maar kan zijn eigen huisarts niet meenemen vanwege de afstand, en het huis raadt de cliënt dan om een andere huisarts te zoeken. Vaak gaat de cliënt akkoord met de huisarts die het huis aanbeveelt: ze laten de verzorgende eigenlijk de keuze maken, dus: welke waarde heeft dat voor de cliënt? Waar selecteert de cliënt op? Maar men accepteert dat.

Er is in Den Bosch een soort "geheugenpolitie", maar de huisarts weigert mensen daar naartoe te verwijzen: op die manier wordt de bewoner benadeeld en moet het huis zich verontschuldigen bij de familie. Dat komt zeer regelmatig voor.

Stelling 5 (groep II)

Centrale registratie van toepassingen van vrijheidsbeperkingen is noodzakelijk. Op basis daarvan kan een actief beleid worden geformuleerd om vrijheidsbeperkende maatregelen zoveel mogelijk te voorkomen. Daarom dient het hebben van een dergelijke centrale registratie een voorwaarde te zijn ter verkrijging van een aanmerking.

Een van de aanwezigen denkt dat centrale registratie kan helpen om zoveel mogelijk te voorkomen, maar ook om verantwoord gebruik te stimuleren.

Stelling 6 (groep II)

Het organiseren van regelmatige scholing is voor alle verzorgingshuizen noodzakelijk en haalbaar. Op deze wijze kan het vereiste deskundigheidsniveau van medewerkers worden behaald om aan de Wet BOPZ te kunnen voldoen.

Volgens verschillende deelnemers is regelmatige scholing zeker haalbaar.

Mevrouw Frederiks vraagt of er veel verschil in niveau is: op een gesloten afdeling werkt immers alleen gekwalificeerd personeel.

Een deelnemer denkt dat scholing wel noodzakelijk is, maar dat het de vraag is of het haalbaar is. Het gebeurt wel, maar het zou vaker moeten gebeuren. Het gebeurt in het werkoverleg, maar voor structurele scholing heeft de instelling geen mogelijkheden. Er is een BOPZ-begeleidingsplan, dat wordt doorgesproken, en op die manier wordt getracht daar iets aan te doen. De medewerkers die nu bij de BOPZ werken werkten voorheen in een verzorgingshuis en moeten heel wat leren. In de regelgeving moet daarom duidelijkheid gegeven worden, anders wordt het moeilijk: scholing staat momenteel nogal onder druk.

Anderen sluiten zich daarbij aan, en iemand wijst op de toenemende mate van psychiatrisch gedrag in verzorgingshuizen. Dat is niet simpel. Het kwalificatieniveau binnen een verzorgingshuis is soms bedroevend. Er zou niet zomaar een cursus gegeven moeten worden, maar de cursussen zouden veel vaker herhaald moeten worden.

Een ander vertelt van de cursus die in zijn regio uit extra GGZ-gelden werd georganiseerd: de cursus kostte de instelling niets (behalve de uren van het personeel), en in de toekomst komt dat soort zaken dus onder druk te staan. Dat is jammer.

Stelling 7 (groep II)

De inspectie zou zich in het proces naar een aanmerking meer als coach moeten opstellen; diensten-gevolge moeten toelatingscriteria opener worden geformuleerd.

Een deelnemer heeft de Inspectie ook nu al als een soort coach beschouwd: de Inspecteur komt frequent langs en geeft aanwijzingen.

Een ander groepslid dacht dat het bij coachen vooral gaat om de vraag "hebben wij het goed gedaan", en de eerste spreker antwoordt dat de Inspectie door hem inderdaad zo ervaren wordt. Mevrouw Piket mist dat element: je stuurt het

formulier en krijgt dan een reactie terug. Iemand stelt dat zij ervan uitging dat het toelatingsformulier makkelijk geformuleerd moest worden zodat instellingen ook makkelijker aan de criteria voldoen, en zij is benieuwd of er behoefte is aan zo'n soort coach.

Iemand denkt dat het op zich goed is als iemand meedenkt, maar dan inderdaad meer als coach en niet zozeer vanuit de controlerende functie. Een coach bij het opstellen van het beleid zou best een positieve invloed kunnen hebben. Mevrouw Frederiks stelt vast dat dat nu bij de Inspectie gemist wordt.

Een ander wijst erop dat de eerste taak van de Inspectie die van controleur is; het wordt een dubbelrol als de taak van coach daar nog bovenop komt. Die posities kunnen beter gescheiden blijven: "zeg waar ik informatie kan krijgen", meer is niet nodig. T.a.v. BOPZ moeten ze regelmatig komen, en controleren of alles goed gaat; een stappenplan is ook een vorm van coaching.

Een deelnemer denkt dat deze zaken gescheiden kunnen blijven: de Inspecteurs zijn toezichthouder, maar ze kunnen ook adviezen geven. Wat betreft die toelatingscriteria: hoe moet het getoetst worden? Uniforme toetsing is nu al heel moeilijk, alle Inspecteurs doen het anders en er wordt veel aan gedaan om dat zoveel mogelijk uniform te krijgen. Als die toetsingscriteria opener worden gemaakt wordt het nog moeilijker.

Iemand denkt dat vrijheidsbeperkende maatregelen redelijk streng gecontroleerd moet worden om te voorkomen dat er grenzen worden gepasseerd. Er moet zorgvuldig gewerkt worden.

De vorige spreker geeft aan dat de criteria waarop tenslotte getoetst wordt niet opener en ruimer zijn, maar wel anders: er zijn wat nadrukken verschoven.

Mevrouw Frederiks denkt dat het wel meer mogelijkheden biedt, en een ander signaleert daar weer het dilemma: overplaatsen of niet. Soms is het nodig om in te grijpen (bijv. wanneer iemand er regelmatig met zijn scootmobiel vandoor gaat maar dat niet aankan). Een andere deelnemer vindt dat mensen hun eigen autonomie moeten krijgen, maar: zij wonen in een groep, en een bepaalde verantwoordelijkheid is aan het huis overgedragen. Het huis zal daar dan toch een bepaalde zorgvuldigheid in moeten betrachten, dat moet niet afhankelijk zijn van de welwillendheid van de directeur.

Iemand verwijst hierop naar stelling 1: per huis worden op verschillende wijze maatregelen getroffen. De instelling kiest zelf hoe ermee om te gaan. Een ander bevestigt dit, mits het uitgangspunt een gecontroleerde zorgvisie is.

Een deelnemer heeft in de praktijk geen Bopz-aanmerking nodig: alles kan "gehandeld" worden, maar hij kan niet meegaan met de eisen die voor Bopz worden gesteld. Een ander het vreemd dat het anderzijds ook voorkomt dat een Bopz-afdeling niet volgens de normen werkt. Een aanwezige stelt vast dat elke instelling zijn eigen verantwoordelijkheid heeft. Dat wordt door een andere deelnemer beaamd, echter: die moet op een bepaalde manier worden vormgegeven. De zorgvisie is zo, maar als de overheid dat niet zwart-op-wit aangeeft is er geen grondslag meer om te toetsen.

Eén deelnemer kan alles laten zien zoals in de eindconclusie stond, maar als hij die aanmerking heeft moet hij een aparte afdeling gaan maken, en dat ziet hij voor zijn pand niet als mogelijkheid. Er zijn zoveel huizen die moeite hebben met die aparte afdeling (geen geld voor verbouwing).

Eén van de aanwezigen antwoordt dat Arcares daarom wil bezien of het in een kader geplaatst kan worden en of het kwalitatief verantwoord is om het breed te trekken. Dat zou dus binnen de kaders wel kunnen, en VWS zou dan moeten bezien of het gebruikt kan worden. Iemand van VWS noemt 2007 als streefjaar om een geheel nieuw kader op poten te zetten. Vóór die tijd zullen reeds de nodige voorverkenningen plaatsvinden. Wat betreft die opmerking over geld voor de verbouwing: anderen zeggen ook "het hoeft voor mij niet zo want ik wil die mensen niet door mijn hele huis". Daar moet dus duidelijk een keuze in gemaakt worden.

Een deelnemer wijst erop dat er instellingen zijn die binnen die normen verantwoorde zorg leveren, en dat het daarom jammer is dat dat beperkt wordt door die afdelingseis. Die groep valt dan buiten de boot.

Over die eis is, aldus een ander, veel discussie geweest. Men is er van uitgegaan dat het niet mogelijk is om verantwoorde zorg te leveren wanneer je dat niet concentreert.

Iemand stelt dat uit het rapport van de heer Arends dus duidelijk naar voren kwam dat dat toezicht heel goed geleverd kan worden.

Een ander vertelt dat hij met twee inspecteurs te maken heeft gehad. De een zegt: "ik wil het niet weten", en de nieuwe zegt nu "laat maar eerst zien", en dat is een heel goede werkwijze.

Iemand geeft aan dat de instelling ook met een praktische situatie te maken heeft: de patiënt kan wel naar een verpleeghuis gestuurd worden, maar daar is een wachtlijst. Zo is zijn instelling erin gegroeid dat ook die mensen er wonen, en het verpleeghuis is daar blij mee omdat ze te kampen hebben met plaatsgebrek.

Eén deelnemer heeft nog een laatste vraag, nl. of er geld beschikbaar wordt gesteld wanneer vastgelegd wordt wat de eisen zijn; volgens een ander is dit niet het geval. Een derde zegt dat zij daar geen antwoord op kan geven.

PLENAIRE DISCUSSIE

(De stellingen zijn in omgekeerde volgorde behandeld.)

Stelling 7

De inspectie zou zich in het proces naar een aanmerking meer als coach moeten opstellen; dientengevolge moeten toelatingscriteria opener worden geformuleerd.

De beide groepen worden uitgenodigd voor een korte reactie.

Over stelling 7 heeft groep I gezegd dat het leuk is om als coach op te treden, d.w.z. iemand die meedenkt en adviseert, dus niet zozeer iemand die toetst en oordeelt. Maar dat zal zich in de praktijk dus wat lastig verhouden tot de wettelijke taak van het houden van toezicht. Daar doet zich een spanning voor. Aan de andere kant blijkt er in de praktijk vaak door de Inspecteur te worden meegedacht, dus dat moet ook niet te zwaar gezien worden.

Conclusie: De coachende rol is wel wenselijk maar laat zich moeilijk verenigen met de toezichthoudende rol van de Inspectie. Binnen die rol is het toch wel mogelijk om aanbevelingen te doen.

N.a.v. stelling 7 heeft groep II eveneens de dubbelrol naar voren gehaald. Er is behoefte aan coaching, maar er is tegelijkertijd ook gesproken over criteria. Misschien worden de criteria ruimer geformuleerd, of niet echt ruimer: over die grenzen heeft de groep van gedachten gewisseld. Daar was wat onduidelijkheid over, want er moet getoetst kunnen worden. Het bijt elkaar dus.

Conclusie: Beide groepen samen: je kunt wel uitgaan van ruimere criteria, de Inspectie brengt advies uit en naar aanleiding daarvan kun je dan tot overeenstemming komen en eventueel aan nadere eisen voldoen. Naderhand wordt een advies uitgebracht. Maar:

Een aanwezige is het met deze conclusie niet eens: de rollen moeten duidelijk zijn, de criteria moeten duidelijk zijn, want anders is er geen duidelijke regelgeving. Het is een gevoelig onderwerp - denk aan klachtrecht van de cliënt - en er moeten dus goede handvaten zijn om in dit soort moeilijke situaties duidelijkheid te krijgen t.a.v. welk beleid om welke redenen en binnen welke kaders moet worden toegepast. Ga je dat ruimer maken, dan wordt het voor het verzorgingshuis eigenlijk moeilijker om beslissingen te nemen.

De heer Arends verduidelijkt dat het verruimen van die criteria is juist ingegeven door het feit dat de omstandigheden in een verzorgingshuis steeds anders zijn. Bij een verzorgingshuis met een trap vlak voor de deur ligt de grens eerder dan wanneer alles gelijkvloers is en op een binnenplaats uitkomt.

Een ander is van mening dat dat dan in de criteria dient te worden opgenomen, om te kunnen aangeven waarom je een andere grens trekt dan je collega. Want je kunt niet zomaar de zorgovereenkomst opzeggen.

De heer Arends vraagt of de eerste spreker leven met de kaders zoals verwoord in de conclusie; deze ziet het zorgplan als kader.

Mevrouw Frederiks licht toe dat in de tweede groep de meningen uiteen liepen. Er zijn heel verschillende visies in de instellingen, waardoor de conclusies ook heel anders zijn. Bij de een is het een aparte afdeling, maar een ander verzorgingshuis wilde die zorg niet leveren door middel van een aparte afdeling. Wel was de algemene mening dat je het ook zelf moet kunnen invullen.

Een ander denkt dat de Inspecteur heel goed als coach kan fungeren, op voorwaarde dat hij zich aan de spelregels houdt. Als een Inspecteur vanaf de eerste dag betrokken is kan dat tijd- en kostenbesparend werken.

Conclusie: Het is afhankelijk van de Inspecteur (wordt heel verschillend ingevuld). Adviezen uitbrengen is prettig, maar hij zal toch zijn rol als toezichthouder moeten vasthouden. Die criteria zouden best maatgevend kunnen zijn.

Stelling 6

Het organiseren van regelmatige scholing is voor alle verzorgingshuizen noodzakelijk en haalbaar. Op deze wijze kan het vereiste deskundigheidsniveau van medewerkers worden behaald om aan de Wet BOPZ te kunnen voldoen.

Groep II vond dit een heel belangrijk punt. Als je het niet alleen concentreert op één afdeling maar vrijheidsbeperking ruim toepast, dan heeft het personeel daar niet altijd voldoende kennis voor; ook is er niet altijd voldoende kennis van psychiatrische problematiek. Maar het is belangrijk, en verbetering is gewenst.

Conclusie: Scholing is heel belangrijk en door het verzorgingshuis heen is dat nu meestal onvoldoende, zeker gezien het feit dat de psychiatrische problemen toenemen.

Groep I vond scholing eveneens belangrijk, maar er werd ook door een instelling aangegeven dat de BOPZ-afdeling er nu wel was, maar dat het personeel nog geschoold moest worden.

De heer Arends herkent dat: wat nog minder aan bod gekomen is is de vraag wat het basisniveau is. Wie een verzorgingshuis vergelijkt met een verpleeghuis constateert dat het opleidingsniveau lager is; is dat een belemmering? Dat hoeft het niet te zijn als je het voldoende toespitst op vrijheidsbeperkende maatregelen.

Een deelnemer vindt juist het voorkómen van vrijheidsbeperkende maatregelen belangrijk, d.w.z. het voorkómen van dit gedrag. Het personeel van een verzorgingshuis heeft niet geleerd om dat te doen, en dan grijpen ze eerder naar die vrijheidsbeperkende maatregelen.

Conclusie: Voor een verpleegunit is wel een ander deskundigheidsniveau vereist dan wat gangbaar is in een verzorgingshuis.

Iemand geeft aan dat mensen met niveau 3 de BOPZ wel in hun opleiding krijgen, maar dat op een verpleegafdeling wordt gewerkt met ziekenverzorgenden en zelfs verpleegkundigen. Maar evengoed heeft de instelling de scholing om de mensen te informeren over de BOPZ; er vindt ook een toetsing plaats. Daarmee kan dat probleem dan ondervangen worden.

Een ander vertelt dat zijn instelling bezig is de BOPZ-afdeling te bemannen met eigen medewerkers: dan ontstaat dat probleem. Een BOPZ kan eigenlijk niet dezelfde personeelssamenstelling hebben als een regulier verzorgingshuis. Het merendeel van de goede bejaardenverzorgenden is niet per definitie een goede BOPZ-verzorgende, omdat zij daarvoor een aantal kwaliteiten missen die ze niet zomaar kunnen oppakken. Het team moet dus anders worden samengesteld.

Een derde spreker vult aan dat het niet alleen een kwestie is van niveau, maar zeker ook van affiniteit met de doelgroep. Want wie daar affiniteit mee heeft is bereid om te leren en pakt de informatie snel op. In een verzorgingshuis zit een aantal verzorgenden die er geen affiniteit mee hebben: zij hebben niet voor niets anders gekozen. Ook is het denktraject van een psycholoog anders dan dat van een verzorgende, en daar dient bij het overbrengen van informatie rekening mee te worden gehouden.

Conclusie: Het MDO is belangrijk voor het overbrengen van informatie, maar de verwoording moet aangepast worden aan de luisteraar.

Stelling 5

Centrale registratie van toepassingen van vrijheidsbeperkingen is noodzakelijk. Op basis daarvan kan een actief beleid worden geformuleerd om vrijheidsbeperkende maatregelen zoveel mogelijk te voorkomen. Daarom dient het hebben van een dergelijke centrale registratie een voorwaarde te zijn ter verkrijging van een aanmerking.

Vanuit groep I meldt een deelnemer dat de meningen enigszins verdeeld waren. Beleidsmatig is het handig om het centraal te hebben, maar dan is het wel de vraag in welke omvang. In feite zou iedere situatie in iedere instelling op zich beoordeeld moeten worden: alle huizen, ook die van eenzelfde overkoepelende organisatie, zijn immers verschillend. Er zijn voor ieder huis op maat gesneden maatregelen nodig om adequate zorg te kunnen verlenen.

Conclusie: Registratie is belangrijk, maar moet wel op het individu toegesneden zijn. Centrale registratie zou kunnen bijdragen aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Maar uitbreiding van de papierwinkel is een nadeel.

In groep II zag iedereen het belang van registratie in. Maar de vraag is: wát moet er geregistreerd worden? Wel kan het vrijheidsbeperkende maatregelen voorkómen en verantwoord gebruik bevorderen. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden bovendien beter herkend.

Stelling 4

Een verpleeghuisarts is noodzakelijk bij de zorg voor psychogeriatrische bewoners.

In groep II was iedereen het met deze stelling eens, maar er ontstond wel discussie over de vraag wie “de baas in huis” is: sommige verpleeghuizen hebben namelijk met heel veel huisartsen te maken. Iedereen is het erover eens dat de verpleeghuisarts erg noodzakelijk is, want de verantwoordelijkheidstoedeling is nog niet geregeld.

Een aanwezige refereert aan het HAGRO-model: het centreren van alles over psychogeriatrische patiënten onder één huisarts, en een ander merkt op dat – zolang een huis nog met een huisarts te maken heeft – één huisarts plezierig zou zijn.

In groep I vond men het van belang dat de verpleeghuisarts betrokken wordt bij de patiënten en dat er heel goede samenwerking met de huisarts was, zodat gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de zorg kan worden waargemaakt. Voor Meerzorg of voor een Verpleegunit zou de verpleeghuisarts de eindverantwoordelijkheid moeten hebben.

Ook zou het wenselijk zijn dat psychogeriatrische bewoners die een indicatie hebben voor een verpleeghuis helemaal door de verpleeghuisarts worden overgenomen (maar dat is financieel niet haalbaar).

Een deelnemer merkt op dat dit de situatie is bij haar in het huis, en een ander denkt dat het veel uitmaakt hoe groot een huis is. Het is niet alleen een financieel probleem maar ook een praktisch probleem.

Iemand informeert of de verpleeghuisartsen zich ook vrij mogen vestigen zodat ze recepten kunnen uitschrijven, maar hierover is bij de vertegenwoordigers van VWS niets bekend. (Hij vraagt hiernaar omdat momenteel de medicatie moet worden voorgeschreven via een recept van de huisarts.)

Conclusie: Het is wenselijk dat de verpleeghuisarts een zo groot mogelijke rol heeft, liefst dat deze het helemaal overneemt en anders dat er zo min mogelijk huisartsen zijn.

Het probleem met de samenwerking met de huisartsen is nl. dat zij soms de adviezen naast zich neerleggen, en een ander probleem is dat het leveren van zorg moeizaam gaat omdat het medisch dossier niet wordt overgedragen.

Iemand heeft nog een vraag aan VWS: de samenwerking tussen directeur en geneesheer-directeur kan een moeilijke kwestie worden omdat niet duidelijk is wie het hoogst is. Een aanwezige vindt dat de geneesheer-directeur zijn eigen verantwoordelijkheden heeft. Dat blijft hoe dan ook overeind.

Een deelnemer stelt dat het eigenlijk vastgelegd zou moeten worden dat uiteindelijk een verpleeghuisarts het voor het zeggen heeft: die heeft immers de opleiding gehad en kan de beste medicatie voorschrijven aan de patiënt. Als een huisarts dan niet wil samenwerken zit de verpleeghuisarts met een probleem.

Iemand anders denkt dat de huisarts niet helemaal uit beeld is wanneer de verpleeghuisarts verantwoordelijk wordt gesteld: wel worden in ieder geval de verantwoordelijkheden helder. De heer Arends vraagt of het dan soms omgekeerd zou moeten zijn, en een deelnemer beaamt dat het lastig is dat de huisarts als een soort externe partner meedoet: daarom zijn die verantwoordelijkheden niet duidelijk. De BOPZ-arts moet eindverantwoordelijke zijn. Maar: de huisarts is eigen baas. Iemand stelt dat een arts verantwoordelijk is voor de medische handeling, en een ander vult aan dat een arts spreekt vanuit zijn medische verantwoordelijkheid en een directeur vanuit zijn positie; dan kan er onenigheid ontstaan. Wie heeft er dan gelijk? Want zij zijn voor verschillende zaken verantwoordelijk. Volgens de heer Arends is er bij een arts sprake van een medisch professionele autonomie, maar een deelnemer vreest dat dat ook als vluchtweg gebruikt kan worden. De directeur kan daar dan niets meer tegenin brengen. Een ander echter betwijfelt dat, maar daar krijgt Arcares inderdaad ook vragen over. De NVVA heeft een brochure over dat onderwerp uitgebracht, en die brochure wordt momenteel gelegd naast een brochure over verantwoordelijkheden van instellingen. Binnenkort komt daar informatie over uit die helderheid zal bieden.

Stelling 3

Het is wenselijk dat een vertrek voor groepsverzorging kan worden afgesloten.

In groep I werd gewezen op het spanningsveld tussen de vrijheidsbeperking enerzijds en tussen de risico's van een open afdeling anderzijds (trap voor de deur). Het hangt dus van de situatie af hoe noodzakelijk het is.

Conclusie was dat het systeem zo zou moeten zijn dat het wel afsluitbaar is voor gevaarlijke situaties.

Bij groep II hing de discussie samen met stelling 1. De conclusie was: moet niet, maar kán.

Door iemand werd gewezen op het verschil tussen gesloten en afsluitbaar, een belangrijk verschil.

De meeste mensen waren er in ieder geval tegen; bij voldoende toezicht is afsluiting niet noodzakelijk. Een andere deelnemer noemt haar afdeling als voorbeeld: de afdeling is nu gesloten, maar dat is eigenlijk voor slechts 2 van de bewoners noodzakelijk. Zo'n chip zou dan veel beter zijn. Ook vindt spreekster het een nadeel dat de mensen nu niet meer door het hele huis heen kunnen gaan: alleen onder begeleiding mogen ze de afdeling af. Je zou ze meer vrijheid willen geven, wat met elektronische systemen wel zou kunnen.

Conclusie: Een flexibel systeem is beter aanvaardbaar. Er moet zoveel mogelijk worden gezocht naar alternatieven voor een gesloten afdeling.

Bij dat laatste maakt een deelnemer een kanttekening: een gesloten afdeling kan soms een bepaalde bescherming bieden, want op die afdeling hebben de bewoners in ieder geval de vrijheid. Dat geeft ook rust, en daarmee worden ongelukken voorkomen. Een gesloten afdeling hoeft dus niet alleen een negatieve klank te hebben.

Conclusie: Iedereen onderschrijft de stelling maar het moet wel een uiterst redmiddel zijn.

Een ander wijst er in dit verband op dat een aantal instellingen wel een gesloten circuit hebben maar geen aparte gesloten afdeling en daarom niet voor de BOPZ in aanmerking komen.

Conclusie: Het beleid moet er eigenlijk op gericht zijn om mensen zoveel mogelijk vrij te laten in hun autonomie. Juist de verscheidenheid aan patiënten maakt dat er een flexibel zorgsysteem nodig is.

Een deelnemer dringt erop aan de eis van een gesloten afdeling aan te passen: in sommige gevallen zijn misschien betere alternatieven denkbaar. Een ander echter stelt dat die eis nooit losgelaten zal worden. Als een huis gewone zorgpatiënten krijgt moet het ook aan BOPZ-patiënten die afdeling kunnen bieden.

Een andere participant is het daar niet mee eens: als de patiënten al zo zijn komen ze niet meer bij hem in huis. Het is een situatie die geleidelijk aan ontstaat.

Conclusie: pg-patiënten zouden bij het ene verzorgingshuis wel kunnen aankloppen en bij het andere niet. Het moet dus veel meer worden toegespitst op de individu dan op de instelling, want nu moet de instelling aan alles voldoen. Het zou omgedraaid moeten worden: iemand heeft iets en dan is er een aantal opties waar hij voor in aanmerking komt.

Ditzelfde is eigenlijk ook terug te vinden in stelling 1; die grens kan voor iedere instelling anders liggen.

Een deelnemer voegt daar nog aan toe dat het hebben van een BOPZ-aanmerking absoluut geen garantie is voor de naleving van de wet: het is geen kwaliteitswaarborg. Een ander echter is van mening dat het wel een waarborg biedt: ook naar buiten toe kan dan getoond worden aan welke kwaliteitseisen de instelling voldoet.

Iemand vraagt naar de reden om de aanmerking niet aan te vragen, en de eerste spreker antwoordt dat hij al snel van de Inspecteur te horen kreeg dat hij de aanmerking niet zou krijgen. Twee van de vijf huizen in Amstelveen hebben veel tijd besteed aan de aanvraag en de aanmerking toch niet gekregen, dus hij heeft besloten niet aan de aanvraag te beginnen. Zijn instelling handelt echter wel in de geest van de wet.

Een ander informeert welke eisen dan met name het probleem vormen, en een andere deelnemer wijst op het boekhoudkundig verhaal.

De heer Arends stelt de vraag of dat aanmerking-systeem ook zonder aparte afdeling kan worden toegepast; sommigen zouden dat heel graag willen, dat is duidelijk.

Volgens een deelnemer is per huis de mening verdeeld: de een heeft zo'n afdeling nodig, de ander kan goed zonder.

De heer Arends vraagt naar de mogelijkheid van flexibele criteria, en de ander antwoordt dat die inderdaad in zijn huis worden toegepast: als iemand de zorg overschrijdt wordt met alle disciplines overleg gepleegd om na te gaan of de grenzen bereikt zijn. De beperking van dit huis is dat er niet kan worden afgesloten, en dan is het de zorg van het huis dat iemand die vluchtneigingen heeft wordt overgeplaatst. De instelling echter kent haar beperkingen en wil zich daar best op vastleggen. Een aanwezige meent dat deze beperkingen dan ook aan nieuwe bewoners moeten worden gemeld, en een ander antwoordt dat dit ook inderdaad gebeurt. Totdat iemand daadwerkelijk wordt uitgeplaatst moet je roeien met de riemen die je niet(!) hebt.

Een aanwezige constateert dat de vorige spreker van mening is dat eerst gekeken moet worden naar het individu en pas dan naar de instelling; je zou je indicatie dan nog verder moeten differentiëren, want pg is nu per definitie BOPZ en dus gesloten afdeling. Je zou daar dus verdere gradaties in moeten aanbrengen.

Iemand vertelt van haar ervaringen met haar zuster: zij moest worden overgeplaatst en spreekster heeft dat erg wreed gevonden. Tegenwoordig worden mensen geïndiceerd en streng geselecteerd voordat ze in een verzorgingshuis worden opgenomen. Als ze eigenlijk geïndiceerd worden op het feit dat ze dement zijn (en dat dat gaat toenemen), dan lopen ze soms nog jaren door zo'n huis rond. Worden ze voor een verpleeghuis geïndiceerd, dan moeten ze dus overgeplaatst worden. Er zouden meer huizen moeten zijn waar mensen kunnen blijven wonen wanneer dat proces voortschrijdt.

Conclusie: Ook het indicatiebeleid moet erop gericht zijn dat er zorg op maat is.

Sommige huizen hebben onderling afspraken hierover gemaakt, maar wanneer een huis het enige huis is in de omgeving heeft het met al deze groepen te maken: dan moeten deze bewoners geconcentreerd worden in een deel van het huis. Een deelnemer stelt dat deze bewoners vooraf geselecteerd kunnen worden aangezien men tegenwoordig pas wordt opgenomen als er iets aan de hand is en het verdere proces dus duidelijk is.

Stelling 2

Ook sederende medicatie en psychofarmaca moeten als vrijheidsbeperking worden bestempeld en gemonitord.

Groep II heeft hier niet zo lang over gepraat. Het hangt af van de reden van de toepassing: als het stiekem gebeurt is het vrijheidsbeperking, maar als het als medicijn wordt gegeven voor bijvoorbeeld depressiviteit valt het daar niet onder. Het fijnmalen van medicijnen vanwege een slikprobleem is iets anders dan in de pap doen om discussie te vermijden; fijnmalen is dus niet altijd vrijheidsbeperkend. Alles dient met de vertegenwoordiger te worden overlegd: het moet wel inzichtelijk zijn.

In groep I was de conclusie ongeveer vergelijkbaar. Het valt er alleen onder als het primaire doel is geweest om de vrijheid te beperken.

Ook over het fijnmalen is gesproken; die scheiding is niet altijd even makkelijk te leggen. Inderdaad is het doel in dezen doorslaggevend.

In groep I is in dit verband ook gesproken over de centrale registratie en het verband met medicatie: hoe zou je daar actief beleid in kunnen ontwikkelen? Volgens mevrouw Frederiks wordt dit vastgelegd in het zorgplan.

Een deelnemer merkt op dat het probleem altijd eerst geanalyseerd moet worden om te weten waar een eventuele angst vandaan komt: de oorzaak moet behandeld worden. Er moet geen extra werk gezocht worden waar dat niet nodig is. Een ander vult aan dat ook zaken als nachtelijke onrust in het zorgplan worden vastgelegd. Wanneer medicijnen primair worden voorgeschreven i.v.m. vrijheidsbeperking zou dat wel moeten worden vastgelegd.

Een deelnemer kan zich voorstellen dat het voor verpleegkundigen toch verleidelijk zou kunnen zijn om medicijnen te geven om een onrustige patiënt te kalmeren. In hoeverre wordt daar toezicht op gehouden? Een ander stelt haar gerust: een verpleegkundige kan geen medicijnen voorschrijven. Een verzorgingshuis heeft trouwens ook geen medicijnen op voorraad.

De heer Arends beaamt dat, maar uit onderzoek is gebleken dat op voorspraak wel recepten kunnen worden uitgeschreven zonder dat er direct getoetst is, zonder de patiënt zelfs maar gezien te hebben. Een andere spreker acht het dan de verantwoordelijkheid van de arts die zijn handtekening heeft geplaatst. Dan is het ook controleerbaar. Als zoiets voorkomt moet het zo geregistreerd staan dat controleerbaar is of het volgens de regels is gebeurd.

Conclusie: Registratie is alleen wenselijk als het naar de aard vrijheidsbeperkend is.

Een deelnemer voegt hier nog aan toe dat op de individuele uitgiftelijst altijd te zien is wat iemand gekregen heeft; zondig zou dus een onderzoek ingesteld kunnen worden.

Stelling 1

Vrijheidsbeperkingen zijn mogelijk in het hele verzorgingshuis, mits de instelling een adequaat daarop ingericht zorgsysteem heeft en de grenzen daarvan kent.

Hier is al veel over gezegd. Iemand meldt vanuit groep I dat iedereen het beschouwt als laatste redmiddel: eerst moet er van alles uitgeprobeerd zijn. Wat "alles proberen" inhoudt is dan natuurlijk niet helemaal duidelijk.

Ten tweede is het probleem van de BOPZ dat hij niet op de persoon is geschreven. Daar is echter wel behoefte aan, want het doet zich zelfs voor in de thuissituatie. Ook werd gezegd dat het bij een klein huis niet echt nuttig om dat te gaan uitsplitsen.

Conclusie: Het is in principe mogelijk, mits de voorzieningen toereikend zijn.

Groep II vond dat het aan de ene kant mogelijk zou moeten zijn, maar dat het aan de andere kant het karakter van het huis teniet doet. Het is heel afhankelijk van de instelling, praktisch gezien: het moet dus per instelling worden toegepast.

Conclusie: Er zou sprake moeten zijn van een flexibel systeem. Het is namelijk afhankelijk van de bouwkundige van de bouwkundige situatie en het beschikbare personeel.

Sluiting

Mevrouw Hoegen sluit de bijeenkomst om 17.00 uur: zij dankt allen voor hun waardevolle inbreng, die zeker een hulp zal zijn voor het formuleren van conclusies. Het verslag van de vergadering wordt aan het onderzoek toegevoegd als bijlage; het onderzoeksrapport wordt vervolgens aangeboden aan de Minister en zal ook worden toegezonden aan ieder die vandaag aanwezig is. Tot slot nodigt mevrouw Hoegen ieder uit voor een gezellig samenzijn ter afsluiting.

..-.-.