

## Inhoudsopgave

**Lesdag 9                    Competentie 4: Organisatie van de zorg**  
**Competentie 2: Communicatie met de psychogeriatrische cliënt**  
**Oefenen met acteur**

Leeswijzer lesdag 9.....	2
Competentie 4: Organisatie van de zorg.....	3
De Wet Bopz.....	3
De Wgbo (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst) en de wet Bopz .....	3
De wet Bopz .....	4
Wilsonbekwaamheid.....	5
Vertegenwoordiging.....	5
Instemming of verzet.....	6
Vrijheidsbeperkende maatregelen .....	6
Noodsituaties.....	8
Bopz deel in het zorgdossier / Bopz behandelplan.....	9
Dwangbehandeling .....	9
Verantwoordelijkheden.....	10
Alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg .....	10
Feiten over vrijheidsbeperking.....	12
Opdracht: De wet Bopz en de praktijk.....	16
De Wet Zorg & Dwang in 14 vragen .....	17
Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling .....	20
Opdracht: DVD 'Volgens mij ....' Omgaan met verzet.....	21
Competentie 2: Communicatie met psychogeriatrische cliënten.....	21
Oefenen met acteur .....	21

## Leeswijzer lesdag 9

Deze lesdag staan we stil bij de wet BOPZ. Deze wet is van toepassing voor alle afdelingen en vormen van kleinschalig wonen waar psychogeriatrische cliënten verblijven. De wet geeft regels die gevolgd moeten worden ter bescherming van de cliënt. Een belangrijk element daarin is de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. De afgelopen jaren is hier veel aandacht aan besteedt en veel wordt gedaan om de vormen van vrijheidsbeperking zoveel mogelijk terug te dringen.

De wet wordt vervangen door de Wet Zorg en Dwang. Deze wet wordt van toepassing op alle psychogeriatrische cliënten ongeacht hun verblijfplaats en is strenger als het gaat om het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Beide wetten worden toegelicht.

Tijdens het tweede van deze lesdag wordt er weer geoefend met een acteur.

## Competentie 4: Organisatie van de zorg

De GVP is bekend met de verschillende woon- en zorgvoorzieningen en organisaties voor psychogeriatrische cliënten in het Nederlandse zorgstelsel, evenals met de relevante wet- en regelgeving, de methodes van financiering en interne procedures van de eigen organisatie.

### De Wet Bopz

In onderstaande tekst over de Wet bijzonder opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, kortweg Bopz, komen de termen van behandelaar en Bopz-arts voor. De behandelaar is inhoudelijk verantwoordelijk voor de behandeling van de psychogeriatrische stoornissen van de cliënten. Voor BOPZ erkende afdelingen binnen verzorgingshuizen, is dat vaak de huisarts. Daarnaast is op grond van de Wet Bopz een Bopz-arts belast met de zorg voor de algemene zaken op geneeskundig gebied binnen de Bopz afdelingen en het toezicht op de taken die in het kader van de Wet Bopz moeten worden uitgevoerd. Dat is vaak een specialist ouderengeneeskunde van een psychogeriatrisch verpleeghuis.

### De Wgbo (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst) en de wet Bopz

Beide wetten gaan over de behandeling van cliënten, hierin zijn de rechten en de rechtspositie van cliënten vastgelegd. Er is echter een belangrijk verschil.

- De Wgbo  
Dit is een algemene wet die voor alle hulpverleners in de gezondheidszorg van belang is. Deze wet geeft duidelijke regels over de diverse rechten van de patiënt en de bijbehorende verplichtingen. De wet omschrijft de zorgplicht en verplichting om te handelen zoals van een goed hulpverlener wordt verwacht. Zo staat in de Wgbo onder meer dat alle cliënten goed geïnformeerd moeten worden en dat om toestemming voor behandeling moet worden gevraagd. De regels van de Wgbo gelden voor alle cliënten.
- De Wet Bopz  
Deze is van toepassing in situaties waarin een psychogeriatrische aandoening de geestelijke vermogens van de cliënt aantast. Soms zo erg dat er sprake is van een echte geestesstoornis. Uit deze geestesstoornis kunnen gevaarlijke situaties voortvloeien. De cliënt kan soms niet meer bepalen wat goed voor hem is. In een dergelijke situatie kan de persoon onvrijwillig worden opgenomen of worden behandeld. De wet heeft dus betrekking op onvrijwillig opgenomen cliënten in instellingen.

Ter Illustratie van het verschil de volgende casus.

*Mevrouw Jansen is 85 jaar. Zij is niet goed meer ter been en moet worden geholpen bij het in en uit bed gaan. De laatste tijd wordt mevrouw Jansen steeds vergeetachtiger en is ze 's nachts onrustig. Zij wordt na aanmelding en indicatie vrijwillig opgenomen in het verzorgingshuis. In het verzorgingshuis vergeet zij echter dat zij hulp nodig heeft bij het uit bed komen. Vorige week viel ze uit bed; gelukkig heeft ze zich geen pijn gedaan. Om een echt ongeluk te voorkomen zijn er in overleg met haar bedhekken geplaatst. Hiermee is zij akkoord gegaan. Na een periode van een half jaar nemen de klachten van vergeetachtigheid van mevrouw Jansen steeds verder toe. Zij weet niet goed meer waar zij is en herkent haar bezoek niet meer. Ze loopt door de gangen te dwalen en vraagt aan iedereen die ze tegen komt hoe ze naar huis kan. Het vrijwillig verblijf wordt omgezet in een onvrijwillig verblijf. Als haar een vraag wordt gesteld zegt ze steeds: 'Dat weet ik niet hoor, dat moet je maar aan mijn moeder vragen'. De behandelaar van mevrouw Jansen is van oordeel dat zij wilsonbekwaam is. De behandelaar beslist om een zogenaamde artikel 60 Bopz-toets aan te vragen om het vrijwillig verblijf om te laten zetten in onvrijwillig verblijf. Haar dochter wordt haar vertegenwoordiger.*

In het eerste deel van het verhaal is mevrouw Jansen weliswaar vergeetachtig, maar in staat toestemming te geven voor het plaatsen van bedhekken (een vorm van fixatie). Er is dus sprake van vrijwilligheid. In het tweede deel van het verhaal is de situatie zo veranderd dat er geen sprake meer is van een vrijwillig verblijf.

In deze situatieschets is sprake van omzetting van vrijwillig in onvrijwillig verblijf, met wilsonbekwaamheid, met vertegenwoordiging en met de mogelijkheid, ondanks aanhoudend verzet, de bedhekken toch te plaatsen om gevaar af te wenden. In de eerste situatie is de Wgbo van kracht in de tweede de Wet Bopz.

### **De wet Bopz**

De wet Bopz regelt, zoals al eerder is aangegeven, de rechten van mensen die door een psychische stoornis minder goed voor hun rechten op kunnen komen. Als bij hen, om wat voor reden ook, vrijheidsbeperkingen worden opgelegd, biedt de wet rechtsbescherming.

De wet Bopz bepaalt:

- wanneer iemand onvrijwillig mag worden opgenomen,
- aan welke eisen instellingen moeten voldoen en
- aan welke regels hulpverleners zich bij de behandeling moeten houden, vooral als het gaat om het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

De wet geldt onder andere voor cliënten van psychogeriatrische afdelingen van verpleeg- en verzorgingshuizen. Zij zijn onvrijwillig opgenomen omdat ze zich niet zelfstandig buiten de instelling kunnen handhaven.

Volgens de wet is de behandelend arts verantwoordelijk voor het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel. Deze moet dit melden aan de Bopz-arts. De Bopz-arts is verantwoordelijk voor registratie van de maatregelen en melding van de maatregelen aan de inspectie. De wet Bopz geldt alleen in instellingen of afdelingen met een zogenaamde Bopz-aanmerking. De wet is wat betreft vrijheidsbeperkingen niet van toepassing op de thuiszorg of bijvoorbeeld kleinschalige woonvormen. Er wordt gewerkt aan een nieuwe wet ('Zorg en dwang') om ook buiten Bopz-afdelingen te regelen onder welke voorwaarden vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast kunnen worden.

## Wilsonbekwaamheid

Wilsonbekwaamheid betekent dat iemand (helemaal of op bepaalde punten) niet meer in staat is de eigen belangen goed te beoordelen. Zij zijn erg in de war of kunnen door hun psychogeriatrische stoornis (meestal dementie) niet meer aangeven wat zij willen. De keuzes die deze cliënten maken of juist niet maken, hebben nadelige gevolgen voor hun gezondheidssituatie of voor de veiligheid van zichzelf of anderen.

Het is mogelijk dat een cliënt voor de ene zorgvraag niet wilsbekwaam is terwijl hij een andere zorgvraag nog wel goed kan beoordelen. Mevrouw Jansen kan wel zeggen welke jurk zij aan wil maar is niet in staat om met de behandelaar te praten over haar medicatie. Per situatie moet daarom worden bekeken of de cliënt wilsonbekwaam is. Dat bepaalt de behandelaar.

In de praktijk wordt vaak een tweede oordeel van een andere behandelaar gevraagd. Als besloten is dat iemand wilsonbekwaam is, wil dat niet zeggen dat een cliënt niet meer geïnformeerd moet worden. Uitleg geven is en blijft noodzakelijk.

Mevrouw Van de Hoek verblijft al jaren op de afdeling. Zij lijdt aan ernstige vergeetachtigheid en kan zich als gevolg van een spraakstoornis niet meer duidelijk verbaal uitdrukken. Zij kan met haar hoofd schudden of knikken als haar gevraagd wordt wat ze wil eten. Bij moeilijke vragen haalt ze haar schouders op. De behandelaar heeft bepaald dat mevrouw Van de Hoek deels wilsonbekwaam is. Het overleg over haar verzorging en behandeling vindt met haar dochter plaats. De behandelaar praat bijvoorbeeld met haar dochter over de medicatie. Mevrouw Van de Hoek is dus niet geheel, maar gedeeltelijk wilsonbekwaam.

Als de cliënt wilsonbekwaam is, moet er met de vertegenwoordiger van de cliënt worden overlegd over het zorg(leef)plan. De vertegenwoordiger moet dan toestemming geven voor de behandeling.

## Vertegenwoordiging

Door dementie raakt iemand op een gegeven moment wilsonbekwaam. Dit betekent dat hij in bepaalde situaties de gevolgen van zijn handelen of beslissingen niet meer kan overzien. Soms heeft een cliënt vastgelegd wie hem in die situatie mag vertegenwoordigen. Indien dit niet is vastgelegd ligt de vertegenwoordiging bij de partner. Als deze er niet (toe in staat) is, is de wettelijk vertegenwoordiger een ouder, kind of broer/zus. De vertegenwoordiger dient beslissingen te nemen die in het belang van de persoon met dementie zijn.

Er zijn nog drie andere vormen van vertegenwoordiging:

- Onderbewindstelling

Bij een onderbewindstelling, ofwel een beschermingsbewind, is er een vertegenwoordiger (bewindvoerder) die de financiële zaken voor de persoon met dementie regelt en het (toekomstige) vermogen beheert. Binnen enkele weken na de benoeming stuurt de bewindvoerder een overzicht van de goederen en financiën plus bankrekeningen die onder het bewind vallen naar de kantonrechter. Ook houdt hij de boekhouding bij. Daarnaast moet er jaarlijks verantwoording worden afgelegd aan de kantonrechter.

Als de zaken tijdig worden geregeld kan de persoon met dementie zelf aangeven wie de aangewezen persoon is of personen zijn aan wie hij zijn belangen het meeste toevertrouwt. Aankopen door de persoon die onder bewind staat, kunnen echter niet zonder meer ongedaan gemaakt worden door de bewindvoerder.

Iedere meerderjarige, bijvoorbeeld de partner of een familielid van iemand met dementie, kan bewindvoerder zijn. Het is ook mogelijk met twee personen het bewind te voeren. Ook een rechtspersoon, zoals een bureau voor bewindvoering, kan tot bewindvoerder worden

benoemd.

- Mentorschap

Als iemand niet meer voor zijn eigen belangen betreffende de nodige zorg kan opkomen, kan de kantonrechter een vertegenwoordiger benoemen. Bij mentorschap gaat het niet over geld of goederen. De mentor neemt, zoveel mogelijk in overleg met de betrokkene, beslissingen op het gebied van verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. Hij voert gesprekken met de hulpverleners en maakt afspraken namens de betrokkene als deze dat zelf niet meer kan. Zoveel mogelijk betreft hij de persoon met dementie bij de beslissingen. Om in de geest van de betrokkene te kunnen handelen, is het belangrijk dat hij hem goed kent of leert kennen.

Indien geen wettelijk vertegenwoordiger is benoemd, kunnen respectievelijk een schriftelijk gemachtigde, partner, ouder, kind, broer of zus als vertegenwoordiger optreden.

Familieleden hoeven geen beschermingsmaatregel zoals curatele of mentorschap aan te vragen, tenzij het door bijvoorbeeld onenigheid in de familie verstandiger is om dit wel bij de kantonrechter te regelen.

Iedere meerderjarige, bijvoorbeeld de partner of een familielid, kan mentor zijn. Het is ook mogelijk het mentorschap met twee personen uit te voeren. Daarnaast kan een vrijwillige mentor via een regionale Stichting Mentorschap of een professionele mentor worden benoemd.

- Curatele

Curatele is de meest ingrijpende beschermingsmaatregel en heeft betrekking op de belangen van iemand met dementie op financieel én niet-financieel gebied. Een curator heeft op niet-financieel gebied dezelfde taken als de mentor.

De taken op financieel gebied gaan verder dan bewindvoering. De persoon die onder curatele is gesteld, is met deze maatregel handelingsonbekwaam geworden en kan zonder toestemming van de curator en soms die van de kantonrechter geen overeenkomsten aangaan.

De curator stuurt binnen enkele weken na de uitspraak van de kantonrechter een overzicht van de goederen die onder de curatele vallen naar de kantonrechter. Ook houdt hij de boekhouding bij. Als de betrokkene geen eigen rekening heeft dan opent de curator die, zodat daar de inkomsten en uitgaven over kunnen lopen. Jaarlijks moet er verantwoording worden afgelegd aan de kantonrechter.

### **Instemming of verzet**

Onvrijwillig opgenomen cliënten hebben dezelfde rechten als ieder ander. Voor een behandeling moeten zij dus toestemming geven, nadat ze zijn geïnformeerd. Bij wilsonbekwaamheid moet hun vertegenwoordiger akkoord gaan, instemmen, met de behandeling.

Verzet kan blijken uit verbale of non-verbale uitingen dat een bepaalde handeling niet wordt gewenst. Het kan worden aangegeven met woorden als 'nee' of 'ik wil dit niet'. Het afwenden van het gezicht of een lelijk gezicht trekken is al een subtiele vorm van verzet. Niet van belang is of de cliënt wel of niet wilsbekwaam is. Ook bij wilsonbekwaamheid geldt dat bij verzet van de cliënt dit met de behandelaar moet worden besproken. De behandelaar besluit hierna wat er in de situatie moet gebeuren.

### **Vrijheidsbeperkende maatregelen**

Bij psychogeriatrische cliënten kan het voorkomen dat vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast als onderdeel van het zorg(leef)plan om (ernstig) gevaar of risico te voorkomen.

Let op: Een en ander kan nooit zonder overleg en instemming van de arts en instemming van de vertegenwoordiger.

Dekselbed 1860

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn bijvoorbeeld:

- Bedhekken.
- Gordels.
- Vast blad aan de (rol)stoel.
- Plank onder de stoel.
- Deur op slot.
- Rolstoel aangeschoven aan tafel en op de rem waar de cliënt niet bij kan.
- Etc.



Deze maatregelen zijn altijd heel ingrijpend. Medecliënten (familieleden) zullen dit als schokkend ervaren, het kan een schadelijke invloed hebben op je relatie met cliënten, gevaren opleveren (denk aan klimmen over bedhekken) en ook voor jezelf schokkend of een naar gevoel geven.

Het is belangrijk om altijd uitgebreid stil te staan of er geen alternatieven zijn / mogelijkheden om dit te voorkomen. Alle organisaties hebben in hun beleid opgenomen dat het toepassen van dergelijke maatregelen 'het laatste redmiddel' is.

Deze maatregelen kunnen soms ook worden toegepast op verzoek van de (wilsbekwame) cliënt. Een cliënt kan het bijvoorbeeld prettiger vinden om de bedhekken omhoog te hebben omdat hij bang is anders uit bed te vallen. Ook in dit geval is er sprake van een vrijheidsbeperkende maatregel.

In sommige gevallen heb je alles binnen je mogelijkheden geprobeerd maar blijft er sprake van ernstig risico of gevaar voor de cliënt of andere cliënten. Op dat moment kan het (tijdelijk) inzetten van een vrijheidsbeperkende maatregel de minst slechte oplossing zijn.

Een zorgvuldig besluit over een vrijheidsbeperkende maatregel is de verantwoordelijkheid van de behandelend arts waarbij de volgende vijf stappen worden doorlopen.

#### **Stap 1 ✓ Constatering gevaar of risico**

Bespreek in ieder geval met de cliënt en de familie/ wettelijk vertegenwoordiger: wat is er aan de hand, hoe ernstig is het?

Bespreek de observaties en de conclusies daaruit met de behandelend arts.

Bespreek voordelen en nadelen van een vrijheidsbeperkende maatregel voor deze cliënt.

Als er geen gevaar of risico is, is er geen acceptabele reden voor vrijheidsbeperkende maatregelen!

#### **Stap 2 ✓ Voorbereiden van een besluit**

Denk na over: wat is de minst ingrijpende maatregel die het best past bij de situatie? Wat zijn negatieve effecten van de maatregel? Is dit in verhouding met het gevaar of risico? Zijn er alternatieve oplossingen die minder ingrijpend zijn? Is er voldoende met collega's (ook van andere disciplines) overlegd?

#### **Stap 3 ✓ Toestemming vragen aan de cliënt/ vertegenwoordiger**

Dit is de taak van de behandelaar. Voor elke vrijheidsbeperkende maatregel moet de cliënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger toestemming geven.

#### **Stap 4 ✓ Toepassing van de gekozen interventie**

Leg de afspraken vast in het zorg(leef)plan. Spreek af hoe lang je een maatregel toepast en wanneer je gaat evalueren. Pas de maatregel deskundig en verantwoord toe.

#### **Stap 5 ✓ Evaluatie**

Is het gevaar/ risico geweken? Wat zijn de effecten van de maatregel? Kunnen we ermee stoppen? Zijn

er nu ideeën over verbeteringen in de zorg die een alternatief kunnen zijn voor het toepassen van deze vrijheidsbeperkende maatregel? Bij het evalueren moeten alle stappen opnieuw worden doorlopen.

Een multidisciplinair overleg (MDO) is bij uitstek het moment om bij veel van deze vragen stil te staan.

Een organisatie kan besluiten de toepassing van bepaalde maatregelen uit te sluiten. Zo is een aantal jaren geleden de landelijke actie 'Ban de band' gestart om het gebruik van de Zweedse band af te schaffen en is onder de titel 'Zorg voor vrijheid' een landelijke beweging begonnen om het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in zijn algemeenheid terug te dringen.

### Noodsituaties

Een noodsituatie is een onvoorziene situatie: er is nog geen zorg(leef)plan of het bestaande zorg(leef)plan voorziet niet in deze situatie. Ingrijpen is echter noodzakelijk om ernstig en acuut gevaar voor de cliënt zelf, voor anderen of de omgeving af te wenden.

Van een noodsituatie kan bijvoorbeeld sprake zijn, wanneer een cliënt in een delier voortdurend dreigt te vallen en iets kan breken. Of wanneer een cliënt plotseling ernstig agressief wordt en anderen kan verwonden.



Mullpeper, vorige eeuw

De behandelaar kan in dergelijke situaties besluiten om middelen en maatregelen toe te passen. In afwachting van deze beslissing kan wel worden ingegrepen om erger te voorkomen, maar de behandelaar neemt zo spoedig mogelijk de verantwoordelijkheid voor de situatie over.

Toepassing van middelen en maatregelen in een tijdelijke noodsituatie – dus buiten het zorg(leef)plan – is slechts mogelijk gedurende een periode van maximaal zeven dagen. In die periode moet het zorg(leef)plan worden aangepast (of alsnog opgesteld). De cliënt kan vervolgens instemmen met (de aanpassing van) het zorg(leef)plan. Als de cliënt niet wilsbekwaam is, moet de vertegenwoordiger instemmen.

*Mevrouw Visser verblijft al jaren op de psychogeriatrische afdeling. Haar klachten van vergeetachtigheid zijn stabiel. Vandaag is zij erg onrustig, zij blijft maar rondjes lopen. Opeens pakt zij haar bord eten op en gooit dit van tafel af. Er breekt paniek uit onder de andere tafelgenoten. De verzorgenden krijgen mevrouw Visser niet tot bedaren, zij is aan het schelden en geeft haar medecliënt een tik. De ene verzorgende belt de behandelaar op over de ontstane noodsituatie en een andere verzorgende brengt de medecliënten in veiligheid. De behandelaar besluit om mevrouw Visser rustgevendende medicatie te geven. Als zij dit niet wil, wordt dit tegen haar wil in gegeven. Dit is toepassing van middelen en maatregelen in een noodsituatie.*

### Welke middelen en maatregelen mogen worden toegepast?

De middelen en maatregelen die volgens de Wet Bopz op de psychogeriatrische afdeling mogen worden toegepast zijn:

- afzondering: het insluiten van de cliënt op apart zetten in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoonskamer of de eigen kamer. Uiteraard moet wel toezicht op de cliënt worden gehouden;
- fixatie: het beperken van iemands bewegingsmogelijkheden, bijvoorbeeld door een verpleegdeken, bedhekken omhoog, plaatsen in een diepe stoel of een stoel met een plank;



- gedwongen toediening van medicatie;
- gedwongen toediening van voeding en/of vocht, bijvoorbeeld bij uitdroging en ondervoeding of een ernstige dreiging hiertoe.

**Nb.** Je hebt je eigen professionele verantwoordelijkheid: doe alleen wat je mag en waar je deskundig in / bevoegd bent. Wanneer jij je niet deskundig genoeg vindt om een maatregel toe te passen, moet je weigeren.

#### Registraties en meldingen door de Bopz arts

De toepassing van alle middelen en maatregelen moet worden geregistreerd door de Bopz arts en worden gemeld aan de inspectie. Wanneer een cliënt instemt, dan hoeft dit niet direct te worden gemeld door de Bopz arts maar kan worden volstaan met het sturen van een maandelijks overzicht. Dit is het geval bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

#### **Bopz deel in het zorgdossier / Bopz behandelplan**

Als voor de cliënt de Wet Bopz van toepassing is (en dat is het geval voor alle cliënten die niet vrijwillig op de afdeling verblijven) moet het dossier een Bopz-behandelplan bevatten. De Bopz arts is er verantwoordelijk voor dat de behandelaar zo snel mogelijk een dergelijk plan opstelt. In het Bopz-gedeelte van het zorgdossier moeten in ieder geval de volgende gegevens worden opgenomen:

- a afschriften over de onvrijwillige opname;
- b de inhoud van het Bopz-onderdeel van het zorg(leef)plan;
- c of er wel of niet toestemming is gegeven voor het Bopz-onderdeel van het zorg(leef)plan;
- d het verloop van de uitvoering van het Bopz-onderdeel van het zorg(leef)plan;
- e de toepassing van middelen en maatregelen bij noodsituaties en van dwangbehandeling. De redenen van het toepassen moeten hierbij worden vermeld.

#### **Dwangbehandeling**

Als een behandelaar tegen de wil van de cliënt in meent dat de behandeling toch noodzakelijk is, dan kan deze toch worden verleend. Er is dan sprake van dwangbehandeling.

*Dwangbehandeling is het tegen de wens of onder verzet van de cliënt toepassen van allerlei vormen van behandeling die opgenomen zijn in het zorg(leef)plan. De behandelaar neemt hiervoor de beslissing.*

Dwangbehandeling is alleen toegestaan als daarmee ernstig gevaar in de situatie van de psychogeriatrische cliënt wordt voorkomen.

*Meneer Nelissen is een grote sterke man die al jaren last heeft van ernstige vergeetachtigheid. Zijn lichamelijke toestand is goed. Als het te druk op de afdeling is kan hij overprikkeld raken. Hij wordt dan agressief en gooit met meubilair. In het verleden heeft dit meerdere malen tot noodsituaties geleid. Om deze noodsituaties te voorkomen heeft de behandelaar medicatie afgesproken. De vertegenwoordiger stemt in met de behandeling, maar meneer Nelissen blijft zich tegen de toepassing verzetten. Zolang meneer Nelissen zich blijft verzetten is er sprake van dwangbehandeling.*

## **Verantwoordelijkheden**

Verzorgenden en verpleegkundigen hebben verantwoordelijkheden in het kader van de Wet Bopz

- Bij een vrijwillig opgenomen cliënt  
Je overlegt altijd met de cliënt over de zorg en de uitvoering van deze zorg. De cliënt moet goed geïnformeerd worden en toestemming geven. In het zorg(leef)plan komen de afspraken te staan die met de cliënt zijn gemaakt.
- Bij een wilsonbekwame cliënt  
Als de cliënt niet meer in staat is om geïnformeerd te worden en toestemming te geven, dan overleg je met de vertegenwoordiger van de cliënt. Het zorg(leef)plan wordt met de vertegenwoordiger overeengekomen.
- Bij een onvrijwillig opgenomen cliënt  
Je moet op de hoogte zijn met welke maatregel (artikel 60 Bopz-toets, Rm of Ibs) de cliënt is opgenomen. Dit weet de arts en dit behoort in het zorgdossier van die cliënt te staan. De behandelaar overlegt met de cliënt of diens vertegenwoordiger al dan niet in jouw aanwezigheid over de inhoud van het zorg(leef)plan in ruime zin en specifiek over het al dan niet toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.  
Je moet op de hoogte zijn van de inhoud van dit zorg(leef)plan inclusief de afspraken over vrijheidsbeperkende maatregelen en dit volgens afspraak uitvoeren.  
De behandelaar moet alle gegevens voor de Wet Bopz bijhouden.
- Bij het toepassen van middelen en maatregelen  
Je moet op de hoogte zijn welke middelen en maatregelen er zijn en wanneer deze toegepast mogen worden. Bij de toepassing van middelen en maatregelen ben je verantwoordelijk voor het signaleren van een noodsituatie. In geval van een noodsituatie stel je de behandelaar zo spoedig mogelijk op de hoogte. Je bent verantwoordelijk voor het zorgvuldig handelen bij de toepassing van middelen en maatregelen in opdracht van de behandelaar en een goede rapportage hierover. De Bopz-arts is verantwoordelijk voor het registreren en eventuele meldingen aan inspectie van de toepassing van middelen en maatregelen.
- Bij dwangbehandeling  
Je moet weten wat dwangbehandeling is en wanneer dit toegepast mag worden. De uitvoering van dwangbehandeling vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van de behandelaar.  
De Bopz-arts is verantwoordelijk voor re registratie en aan- en afmelding bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

## **Alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg**

De laatste jaren wordt de nadruk gelegd op het verminderen van vrijheidsbeperkingen van cliënten.

Uit het verbetertraject 'Maatregelen op Maat' (Zorg voor Beter) is onderstaande top 5 van alternatieven voor vrijheidsbeperking naar voren gekomen:

### 1. Geen alternatief

Een opmerkelijke uitkomst is dat er vaak geen alternatief voor vrijheidsbeperking nodig is. Het gaat dan om cliënten waarbij de beperking ooit is toegepast en die uit gewoonte nog steeds wordt uitgevoerd. In veel gevallen weet niemand meer waarom de beperking er is en vaak is de reden niet meer actueel. Bij de deelnemende instellingen konden veel fixerende maatregelen daarom verantwoord en stapsgewijs worden afgebouwd zonder dat een alternatief nodig was.

2. Extra laag Hoog-Laag bed  
Een hele effectieve oplossing om te voorkomen dat mensen zich bezeren omdat ze door onrust uit bed vallen, zijn bedden die helemaal tot op de grond verlaagd kunnen worden als de cliënt eenmaal in bed ligt.
3. Melding door sensoren  
De inzet van hulpmiddelen die het verplegend of verzorgend personeel waarschuwen als iemand het bed of de kamer verlaat zoals een infraroodmelder, vloercontactmat of laserbel.
4. Aandacht en bejegening  
Cliënten kunnen erg onrustig worden door de manier waarop zorgprofessionals met hen omgaan. Mensen gericht aandacht geven helpt. Bijvoorbeeld door meer toezicht in de woonkamers door bijvoorbeeld gastvrouwen die aandacht kunnen geven aan mensen die onrustig dreigen te worden.
5. Zinvolle dagbesteding, meer uitdaging of lichamelijke activiteit  
Instellingen die met dit onderwerp aan de slag gingen, ontdekten ook dat cliënten gedurende dag best wat meer uitgedaagd mogen worden. Dat kan heel simpel gaan om wandelen, maar ook het doen van bepaalde activiteiten in bijvoorbeeld de dagbesteding maakt cliënten rustiger. Gewoon omdat ze overdag lekker bezig zijn en daar gezond moe van worden.

Vilans heeft 80 alternatieven voor vrijheidsbeperkingen beschreven in een handzaam boekje. Een reeks alternatieven wordt gepresenteerd voor in het bed (van krabhandschoen tot tentbed, van ballendecken tot belmat), bij het zitten (van relax stoel tot ballenstoel) en bewegen (van trippelstoel tot heupbeschermer). Deels bekend maar ook de moderne zaken komen aan bod zoals biometrie (vingerafdruk) en GPS. Belangrijker is dat het boekje veel tips geeft voor andere communicatie, zorg voor een goede nachtrust, dagbesteding en aandacht rondom maaltijden. Op die manier kan in veel situaties worden voorkomen dat vrijheidsbeperking moet worden overwogen. Handig is verder het gebruik van een codering voor de mate waarin een maatregel vrijheidsbeperkend is. Deze varieert van 0 (niet vrijheidsbeperkend) tot 4 (zeer ingrijpend).



Bekijk het boekje '80 Alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg'

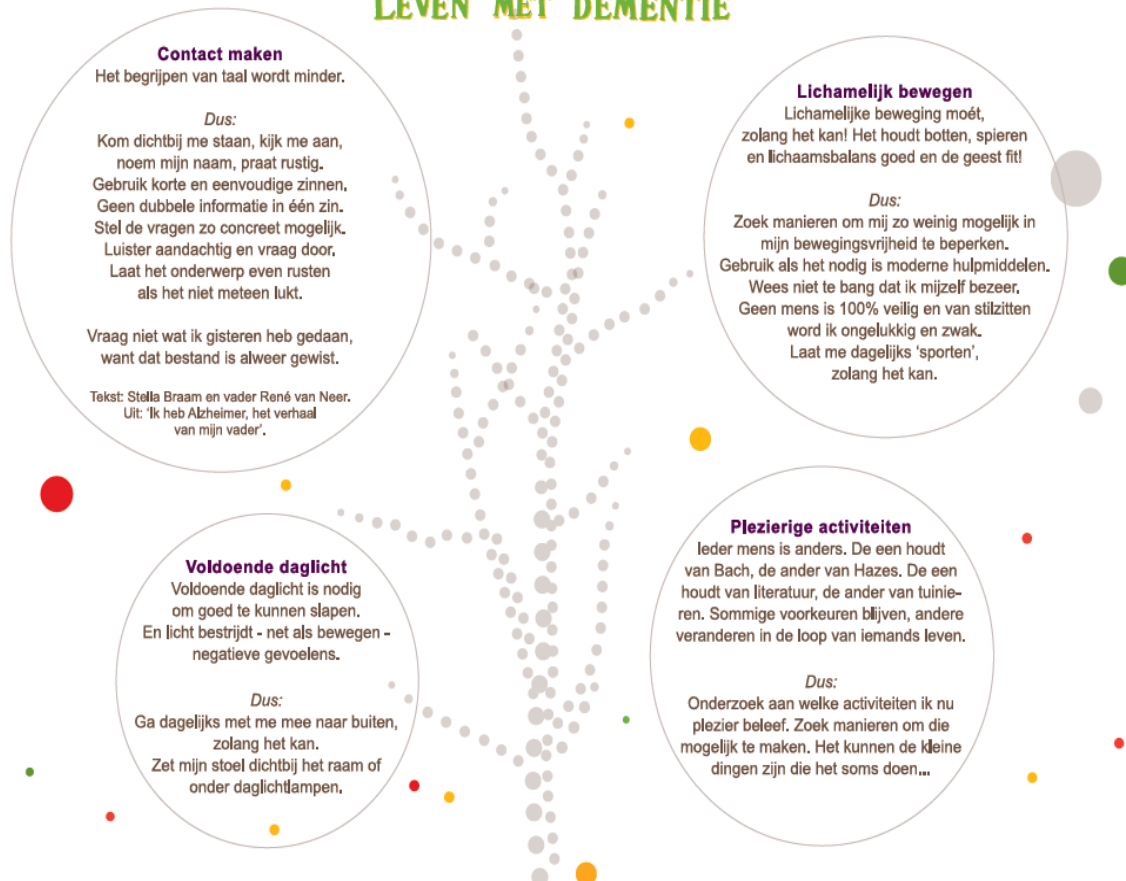
Ga naar: <https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 9**

## LEVEN MET DEMENTIE



### Feiten over vrijheidsbeperking

#### Hoe vaak komt het voor?

Tussen de 41 en 64% van de Nederlandse verpleeghuizen past (alle) fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen toe. Het specifieke gebruik van heupgordels (zoals Zweedse banden) ligt tussen 10 en 14%. Omgerekend gaat het op jaarbasis om ongeveer 6000 cliënten. Bedekken worden als routinemaatregel bij veel cliënten toegepast, terwijl daar vaak geen reden voor is.

#### Waarom worden maatregelen toegepast?

In ongeveer 90% van de situaties wordt een vrijheidsbeperkende maatregel toegepast om vallen te voorkomen. In 10% zijn er andere redenen zoals het indammen van onrust, agressie, zwerfgedrag of ander gedrag zoals het smeren met ontlasting.

Een slechte cognitieve status, een hoge mate van lichamelijke afhankelijkheid en een slechte mobiliteit zijn de belangrijkste voorspellers voor de toepassing van vrijheidsbeperking. Cliëntenkenmerken vormen dus de belangrijkste motivatiebron voor het toepassen van vrijheidsbeperking. Kenmerken in het werk (zoals werkdruk, sociale steun enz.) zijn niet bepalend voor het toepassen van vrijheidsbeperking.

#### Zijn de maatregelen effectief?

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals heupgordels, vanwege valrisico, is nooit een gepaste actie, om de volgende redenen:

1. Het vastbinden van cliënten verhoogt valrisico! Door het niet kunnen gebruiken van spieren en een de verminderde balans die het gevolg van zijn van vastbinden wordt het valrisico juist verhoogd.
2. Onderzoek bewijst dat het (zorgvuldig) verminderen van heupgordels niet leidt tot valpartijen met ernstig letsel.
3. Het risico op ernstig letsel wordt overschat, terwijl dat risico bij frequente vallers (die groot risico lopen te worden vastgebonden) juist lager is dan bij cliënten die weinig vallen.

#### Wat kunnen de gevolgen voor cliënten zijn?

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen heeft veel negatieve gevolgen, zowel lichamelijk als psychisch. Negatieve gevolgen zijn bijvoorbeeld: het ontstaan van incontinentie, decubitus, contracturen, depressie, agressie en agitatie. Lichamelijke passiviteit leidt daarnaast tot forse achteruitgang van het denkvermogen, het slaap-waakritme en stemming van cliënten. Verder is de toepassing van maatregelen niet per definitie veilig. Sommige cliënten proberen zich met alle macht te bevrijden uit hun fixatie. Jaarlijks ontstaan letsels (zoals blauwe plekken, schaafwonden) door het gebruik van maatregelen en zijn er zelfs dodelijke ongevallen te betreuren door het gebruik van bedhekken en heupgordels.



#### Hoe kunnen we de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen terugdringen?

Dit is een lastige vraag. Er is namelijk niet één specifiek alternatief om alle vrijheidsbeperkende maatregelen te vervangen. Per cliënt moet gekeken worden naar een geschikt alternatief. Daarbij kan geput worden uit talrijke alternatieven zoals lage bedden, een matras op de grond (afrolmatras), heupbeschermers, elektronische waarschuwingssystemen, cameratoezicht, trainen van loopfunctie, bewegingsprogramma's, buitenlucht en licht, en aanbod van extra individuele activiteiten.

#### Bijscholing en wetgeving

Onderzoek heeft laten zien dat bijscholing alleen niet tot een vermindering van vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen leidt. De wetgeving laat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen toe als deze zorgvuldig zijn afgewogen, besproken en gerapporteerd. Het praktische probleem is echter dat hulpverleners altijd vinden (en beargumenteren) dat de maatregel bij hun cliënten goed en terecht is toegepast. In de nieuwe wet zorg en dwang is de toepassing van onrustbanden alleen nog is toegestaan als alle alternatieven zijn uitgeput en er ernstig nadeel dreigt voor de cliënt. Valgevaar zal expliciet worden uitgesloten van de definitie van ernstig nadeel. Anders gezegd, onrustbanden zijn dan niet meer toegestaan als maatregel tegen vallen.

#### Succesvolle Nederlandse interventie

In Nederland doet de Universiteit Maastricht al jaren onderzoek naar de toepassing en reductie van vrijheidsbeperkende maatregelen. Recent lijkt een succesvolle interventie te zijn ontwikkeld die heeft geleid tot het verwijderen van vrijwel alle heupgordels uit een psychogeriatrisch verpleeghuis. Een jaar na invoering heeft deze interventie niet geleid tot valpartijen met ernstig letsel of een toename van kalmerende medicatie!

De kernonderdelen van die interventie (EXBELT) zijn:

- een 'verbod' op het gebruik van de heupgordels;
- een bijscholingsprogramma voor hulpverleners (artsen, paramedici, verpleegkundigen verzorgenden)



- de beschikbaarheid van alternatieve interventies (zoals een laag bed, een infraroodsysteem, cameratoezicht, buitenlucht, extra activiteiten, fysiotherapie en balansoefeningen) gericht op de individuele cliënt;
- een goede communicatie met familieleden en vertegenwoordigers van cliënten, en medewerkers;
- een gespecialiseerde verpleegkundige als consultant voor specifieke casussen.

### **Mevrouw Troelstra, een casus**

Toen mevrouw Troelstra na een heupoperatie terugkwam in het verpleeghuis, werd ze op voorschrift van het ziekenhuis gefixeerd. 's Nachts met een Zweedse band en overdag met een rolstoelband. Het was een crime; mevrouw verzette zich heftig en sloeg vaak om zich heen. Steeds waren er meerdere mensen nodig om haar vast te binden. Naar bed gaan vond ze vreselijk en ze sliep slecht. Zelfs met onrustmedicatie werd ze niet in toom gekregen.

Na een kleine week was het genoeg! Het moest anders, vonden we, en we gingen experimenteren. Haar bed werd vervuld voor een gezellige uitnodigende lage bank in de gemeenschappelijke huiskamer. En naast deze bedbank kwam een bewegingsmelder. En dat werkte: mevrouw ging weer graag naar bed, sliep goed en de verzorging kon er op tijd bij zijn als mevrouw op wilde staan. En voor zover er risico was, werd dat geaccepteerd. Het nieuwe bed werd improviserend gemaakt met drie opeengestapelde matrassen, een kleurige overtrek en kleurige kussens tegen de muur. Voor de verzorging was het opmaken van het bed wel lastiger, maar dat hadden ze er graag voor over. En de lichamelijke verzorging gebeurde aan de wastafel of in de douche. Enthousiast geworden van de resultaten zijn we gaan uitzoeken wat we nog meer voor mevrouw Troelstra konden betekenen. Ze was voor ons geen gemakkelijke bewoonster. Op een negatieve manier vroeg ze veel aandacht, en dat stootte veel mensen af. Ze was onrustig en wantrouwend en wilde niet verzorgd worden. Ze had een enorme loopdrang waardoor ze zichzelf permanent uitputte en te weinig aan eten toekwam. In de loop van de tijd was er een toenemend aantal medicijnen voorgeschreven tegen onrust, agitatie en depressiviteit.

### **Wie is ze?**

Als team van verzorgenden en behandelaars zijn we gaan kijken wat er achter dit gedrag schuilging. Wie is mevrouw Troelstra eigenlijk? Wat beweegt haar en waar beleeft ze plezier in? Onze psychologe kreeg hierin een belangrijke rol. We zagen dat mevrouw in feite een heel sociaal mens is, die graag een praatje maakt en voor anderen zorgt. Maar ze is ook heel onzeker, over zichzelf en over anderen en ze vindt het moeilijk om voor zich te laten zorgen. We zagen ook dat ze graag complimenten krijgt en dol is op sierraden. Waar ze ook gek op is, is chocolade en ze heeft een hoge energiebehoefte. Met deze inzichten zijn we begonnen om beter in te spelen op haar behoeften. Wij lieten haar zoveel mogelijk zelf doen en volgden haar ritme. Als ze niet gewassen wilde worden, werd dat geaccepteerd en toen bleek dat ze van een paar verzorgenden wel verzorging toeliet, werden deze haar vaste zorgverleners. We zochten ook naar iets om in te spelen op haar behoefte om voor anderen te zorgen. Wij begonnen met een knuffeldier. De eerste knuffel werd onmiddellijk door de huiskamer gesmeten en een tweede exemplaar werd voor korte tijd geaccepteerd. Later schaften we via Markplaats een pop aan met wandelwagen en een wiegje dat naast mevrouws bed kwam te staan. En dat was een succes: mevrouw wandelt nu regelmatig met haar wandelwagen en pop door huis.

### **Mee gaan**

Mevrouw krijgt chocolade als ze erom vraagt, en naast haar bedbank ligt ook wat voorraad die ze zelf kan pakken. We lieten toe dat mevrouw geen rust had om aan tafel te zitten. Ze kreeg een boterham in de hand die ze al wandelend op at. En op een gegeven moment gaf ze aan dat ze graag aan tafel wilde mee-eten. Tegenwoordig eet ze altijd met de anderen mee. Hierbij zorgen wij wel voor voldoende rust, bijvoorbeeld met een dichte deur. In plaats van mevrouw Troelstra te mijden omdat we haar aandachtvragen lastig vonden, stappen we nu juist regelmatig op haar af om een praatje te maken. We slaan regelmatig een arm om haar heen en geven veel complimentjes. Dit doet haar duidelijk goed. Als mevrouw Troelstra boos op ons is, gaan we daar nu heel anders mee om, en dat werkt. In plaats ons te verdedigen gaan we nu met haar beleving mee; 'Het spijt me mevrouw Troelstra, u hebt gelijk hoor, hoe kan ik het goed maken?' Haar even vastpakken. We gaan niet tegen haar in, want dan blijft ze juist vasthouden aan haar beleving en dat leidt tot extra boosheid. Mevrouw is vrij om te slapen waar ze wil. Regelmatig kiest ze voor de bedbank in de huiskamer in plaats van haar eigen appartement.

### **Een ander mens**

Soms vertoont mevrouw nog claimend gedrag en onrust. Maar heel veel minder! En haar medicatie? Die werd afgebouwd. Sinds twee maanden krijgt ze alleen nog de minimumdosering van een antipsychoticum en zodra het kan wordt ook dat gestopt. De sleutel? Wij leerden haar gedrag te accepteren en tegemoet te komen aan haar echte behoeften! We zitten in een leerproces – ook bij andere bewoners – en dat gaat niet meer stoppen als het aan mij ligt! Zorg voor mensen met dementie vind ik het boeiendste beroep dat er is!



## **Opdracht: De wet Bopz en de praktijk**

Doen wat je kunt en mag. In de praktijk blijkt dat dit niet zo eenvoudig is. Er zijn veel vragen rond de middelen en maatregelen. Daarom hieronder een aantal vragen die je op weg kunnen helpen. Van de docent krijg je de antwoorden op deze vragen.

### Vraag 1 – Het werkblad op de rolstoel

Een verzorgende gebruikt een werkblad op een rolstoel als hulpmiddel bij de maaltijd zodat de cliënt zijn zelfstandigheid kan behouden. Is dit een middel of maatregel? En is het voldoende om het gebruik van het werkblad te noemen in het zorg(leef)plan?

### Vraag 2 – De hansop

Een aantal cliënten krijgen hansop-pyjama's. Zo kunnen deze cliënten zichzelf niet zo makkelijk verwonden of besmeren met ontlasting. Is dit fixatie? De cliënten hebben in principe alle bewegingsvrijheid. Voorheen werden ter bescherming van de cliënten verpleegdekens gebruikt.

### Vraag 3 – Bedhekken

Je doet de bedhekken omhoog. Dit gebeurt uit voorzorg om vallen te voorkomen. Soms gebeurt dit op verzoek van de cliënt, soms van de familie. Mag je dit zomaar doen of is het gebruik van bedhekken een vrijheidsbeperkende maatregel?

### Vraag 4 – Medicatie

Is alle medicatie tegen onrust of agressie een vrijheidsbeperkende maatregel? Of alleen als de medicijnen gecamoufleerd of gedwongen worden gegeven?

Stel je geeft een cliënt dornicum, omdat deze anders niet te verzorgen is. Hij is verbaal en non-verbaal heel agressief. Als je deze cliënt vertelt dat hij zijn medicijnen krijgt, is het dan toch een middel of maatregel?

### Vraag 5 – Op slot

Eén van de cliënten gaat wonen op de verpleegafdeling van het verzorgingshuis. Hij wil graag zijn appartement op slot hebben, zodat andere cliënten niet binnen kunnen lopen. Mag dit?

### Vraag 6 – De Zweedse band

Mevr. Pietersen raakt graag andere cliënten aan. Een van de andere cliënten is hier niet van gediend en gaat dan slaan en duwen. Mevrouw Pietersen is hierdoor al een paar keer gevallen. Uit voorzorg wordt zij gefixeerd met een Zweedse band? Is dit verantwoord?

### Vraag 7 – Toestemming familie

Soms moeten voor een wilsonbekwame cliënt in een korte tijd meerdere beschermende maatregelen worden ingezet. De contactpersoon wil echter niet meer komen tekenen, omdat hij niet zo vaak langs kan komen. Wat nu? Zou je één keer per maand met de vertegenwoordiger het zorgdossier kunnen doornemen, inclusief de maatregelen?

### Vraag 8 – Aansprakelijkheid

De instelling waar je werkt heeft als visie zomin mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen toe passen. Je zoekt bijvoorbeeld naar alternatieven om valgevaar te beperken. Kun je de familie een verklaring laten ondertekenen dat ze bij een ernstige valpartij geen claim indienen?



---

## De Wet Zorg & Dwang in 14 vragen

---



Deze wet is straks ook van toepassing voor psychogeriatrische cliënten in thuissituaties.

---

Aan de hand van 14 vragen en antwoorden worden de belangrijkste aspecten van de Wet Zorg & Dwang (in de tekst hieronder 'Z&D') toegelicht.

### 1. Wat regelt deze wet?

Z&D regelt wanneer zorg kan worden toegepast tegen de wil van de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Deze zorg heet in de wet 'onvrijwillige zorg'. Onvrijwillige zorg kan worden toegepast als dat nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen. Van ernstig nadeel is bijvoorbeeld sprake als een cliënt zich ernstig verwaarloost of ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad. Uitgangspunt van de wet is dat onvrijwillige zorg niet wordt geboden, tenzij het niet anders kan ('Nee, tenzij').

### 2. Waarom deze wet?

Toepassing van dwang bij opname en behandeling is nu geregeld in de Wet Bopz. Deze Wet Bopz sluit onvoldoende aan bij de zorg voor mensen met een psychogeriatrische problematiek of een verstandelijke beperking. Z&D voorziet daar in.

### 3. Wanneer treedt de wet in werking?

Het wetsvoorstel ligt bij de Eerste Kamer. Deze wil deze wet samen behandelen met het wetsvoorstel Verplichte GGZ. Het is onduidelijk wanneer het wetsvoorstel wordt aangenomen.

### 4. Op wie is de wet van toepassing?

Op mensen met indicatie voor AWBZ-zorg met als grondslag: verstandelijke beperking of psychogeriatrische stoornis en zorgaanbieders die zijn toegelaten voor de levering van AWBZ-zorg. De plek waar de cliënt zich bevindt is niet meer van belang.

### 5. Wat is nieuw?

Drie belangrijke nieuwe dingen:

- besluitvorming over de toepassing van onvrijwillige zorg via een stappenplan (zie bij 6);
- beperking van het gebruik van sederende medicatie bij onbegrepen gedrag (zie bij 7);
- onvrijwillige zorg houdt niet alleen in: doen wat een cliënt niet wil, maar ook: niet doen wat een cliënt wel wil (zie bij 8).

### 6. Wat houdt het stappenplan in?

Z&D gaat ervan uit dat uitsluitend zorg wordt verleend op basis van een zorg(leef)plan en dat daarin in principe geen onvrijwillige zorg is opgenomen. Het zorg(leef)plan moet, net zoals nu, minimaal eens per zes maanden geëvalueerd.

Degene die het zorg(leef)plan opstelt en evalueert, heet in de wet 'de zorgverantwoordelijke'. Een zorgorganisatie kan zelf bepalen welke zorgverlener als zorgverantwoordelijke kan optreden. In principe kan degene die nu het zorg(leef)plan opstelt zorgverantwoordelijke worden.

Als onvrijwillige zorg nodig is om ernstig nadeel te voorkomen, dan treedt het stappenplan in werking. Dat bestaat uit de volgende onderdelen:

- Stap 1: Heroverweging van het zorg(leef)plan  
Dreigt er ernstig nadeel en zo ja kan dat worden voorkomen met maatregelen waarmee de cliënt instemt. Als dat niet het geval is, dan volgt stap 2.
- Stap 2: Opneming onvrijwillige zorg in het zorg(leef)plan  
Indien na overleg met een deskundige de conclusie is dat er onvrijwillige zorg nodig is, dan neemt de zorgverantwoordelijke dit op in het zorg(leef)plan. Hiervoor is instemming nodig van een arts (bijvoorbeeld als een vrijheidsbeperking inhoudt het toedienen van medicatie) of van een deskundige (bijvoorbeeld als het gaat om het houden van toezicht op de cliënt). Tevens wordt vastgelegd hoe lang de onvrijwillige zorg zal worden toegepast. In eerste instantie mag dat niet langer dan drie maanden zijn. Is na die termijn nog steeds onvrijwillige zorg nodig, dan volgt stap 3.
- Stap 3: Uitgebreid deskundigenoverleg (uitgebreid MDO)  
Op basis van een zogeheten 'uitgebreid deskundigenoverleg' (MDO) kan de zorgverantwoordelijke besluiten de toepassing van onvrijwillige zorg voort te zetten. Opnieuw moet worden aangegeven voor welke termijn en ook nu mag die termijn niet langer zijn dan drie maanden. Als de onvrijwillige zorg niet binnen de genoemde termijn afgebouwd kan worden, volgt stap 4.
- Stap 4: Extern advies  
Als de zorgverantwoordelijke van mening is dat de toepassing van onvrijwillige zorg ook nodig blijft na afloop de termijn waartoe in stap 3 is besloten, dan moet deze een externe deskundige raadplegen. Dit kan bijvoorbeeld het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE [www.cce.nl](http://www.cce.nl)) zijn. Het advies van de externe deskundige moet binnen zes maanden beschikbaar zijn. Gedurende die periode kan de toepassing van onvrijwillige zorg voortgezet worden. Op basis van dit advies kan de zorgverantwoordelijke besluiten de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden met zes maanden te verlengen.
- Stap 5: Halfjaarlijkse evaluaties  
Over de voortzetting van toepassing van onvrijwillige zorg na de eerste vier stappen wordt besloten in de halfjaarlijkse zorg(leef)planbespreking. Aan deze bespreking moet, zo lang de onvrijwillige zorg blijft bestaan, worden deelgenomen door de twee deskundigen uit stap 3 (het uitgebreid deskundigenoverleg). Extern advies kan opnieuw worden ingewonnen als dat gewenst is, maar de wet schrijft dit niet voor.

#### 7. Wat regelt de wet over sederende medicatie bij onbegrepen gedrag?

Z&D wil het gebruik van sederende medicatie bij onbegrepen gedrag tegengaan. Daarom wordt het gebruik van sederende medicatie gezien als vorm van 'onvrijwillige zorg' tenzij de cliënt daarmee heeft ingestemd.

Is de cliënt wilsonbekwaam, dan geldt het gebruik van sederende medicatie bij onbegrepen gedrag altijd als onvrijwillige zorg, dus ook als de vertegenwoordiger daarmee heeft ingestemd en de cliënt zich niet verzet tegen het gebruik ervan.

Het gevolg van de kwalificatie 'onvrijwillige zorg' is dat het stappenplan van toepassing is en dus periodiek door meerdere deskundigen beoordeeld moet worden of voortzetting van het gebruik van de medicatie nodig is.

---

#### 8. Wat regelt de wet over het niet honoreren van wensen van cliënten?

De Wet Bopz regelt alleen de toepassing van dwang, dat wil zeggen: de cliënt iets laten ondergaan terwijl hij of zij het daar niet mee eens is. Z&D doet dat ook, maar voegt iets toe:



Iets nalaten wat de cliënt wil, kan voor de cliënt net zo nadelig zijn als iets doen wat de cliënt niet wil.

---

Het beperken van de vrijheid van de cliënt om het eigen leven in te richten wordt daarom als onvrijwillige zorg bestempeld. Hierdoor wordt het stappenplan van toepassing en zal dus periodiek en met inzet van verschillende deskundigen beoordeeld moeten worden of toch aan de wens van de cliënt tegemoet gekomen kan worden.

#### 9. Wat vervalt als deze wet in werking treedt?

- de bepalingen over de Bopz-arts, (zie bij 10);
- de verplichting om voor locaties een BOPZ aanmerking te vragen (zie bij 11);
- de verplichting om iedere toepassing van dwang te melden bij de IGZ (zie bij 12).

#### 10. Hoe wordt het interne toezicht op de uitvoering van deze wet geregeld?

In Z&D vervalt de Bopz-arts. De wet laat het aan de zorgorganisaties over om te regelen hoe zij het interne toezicht op de naleving van de wet vormgeven. De organisatie kan dus zelf kiezen of zij de functie Bopz-arts handhaaft of op een andere manier vorm geeft aan het interne toezicht.

#### 11. Waarom is het niet meer nodig om een aanmerking te vragen voor locaties?

De Wet Bopz is een *locatiegebonden* wet en alleen van toepassing op locaties met een zogeheten 'aanmerking'. Z&D is niet locatiegebonden, maar *cliëntgebonden*. Het is dus in principe van toepassing ongeacht waar de cliënt verblijft. Locaties hoeven daarom niet meer aangemerkt te worden. Wel worden zij opgenomen in een register.

#### 12. Wat verandert bij het melden van toepassing van dwang?

Binnen de Wet Bopz moet iedere toepassing van dwang en van middelen en maatregelen afzonderlijk gemeld moet worden bij de IGZ. Binnen Z&D wordt dit vervangen door een halfjaarlijkse rapportageverplichting.

#### 13. Hoe is de rechtspositie van de cliënt geregeld?

De rechtspositie van de cliënt wordt versterkt:

- de zorgorganisatie krijgt de plicht om de kantonrechter te vragen voor iedere cliënt zonder vertegenwoordiger een mentor te benoemen;
- de zorgorganisatie krijgt de plicht om een cliëntenvertrouwenspersoon aan te stellen. Deze moet onafhankelijk zijn van de organisatie, dat houdt in dat hij niet in dienst van de organisatie mag zijn;
- de zorgorganisatie moet zich aansluiten bij een externe klachtencommissie, het is niet mogelijk om klachten over de toepassing van het wetsvoorstel Zorg & Dwang te laten behandelen door een eigen klachtencommissie.

#### 14. Wat moet de zorgorganisatie doen om de wet te implementeren?

Als het wetsvoorstel wordt aangenomen, zal het nog enige tijd duren voor de wet in werking treedt. Zorgorganisaties krijgen hierdoor de tijd om zich voor te bereiden.



In Z&D is het voorkomen van valgevaar geen geldige reden meer voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

## Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling

Dit zegel (een initiatief van Innovatiekring Dementie (IDé)) wordt toegekend aan zorginstellingen die bewegingsvrijheid bieden aan hun cliënten met dementie. Onder 'fixatie' wordt verstaan het vastbinden van cliënten met bijvoorbeeld onrustbanden of verpleegdekens om valletsel en onbegrepen gedrag te bestrijden. Instellingen met dit waarborgzegel gebruiken geen fixatie en zijn gericht op het vergroten van de bewegingsvrijheid van cliënten.



Het Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling bestaat uit een tot drie sterren die aangeven hoe ver de instelling is in het bieden van bewegingsvrijheid.



Criteria voor de eerste ster:

De zorginstelling past bij mensen met dementie of delier geen fixatie toe.



Criteria voor de tweede ster:

- De zorginstelling voldoet aan de eisen voor één ster.
- Vrijheidsbeperking of gedragsbeïnvloedende medicatie wordt alleen toegepast als er aantoonbaar geen alternatieven zijn en dan zo kort mogelijk.
- Bij het zoeken naar en realiseren van oplossingen worden zo nodig ook de naasten van de cliënt en vrijwilligers betrokken.
- Als gedragsbeïnvloedende medicatie wordt overwogen, wordt er altijd een gedragskundige ingeschakeld.
- Voor antipsychotica en antidepressiva worden de conclusies en aanbevelingen gevolgd van het Expertisecentrum pharmacotherapie bij ouderen (Ephor).
- Voor valpreventie wordt de Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO)-richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen gehanteerd.
- In de zorginstelling zijn zo min mogelijk deuren voor de cliënten gesloten.



Criteria voor de derde ster:

- De zorginstelling voldoet aan de eisen voor twee sterren.
- De cliënten worden geholpen om zo lang mogelijk mobiel en zelfredzaam te blijven.
- De cliënten zijn zoveel mogelijk actief bij de persoonlijke verzorging, de algemene dagelijkse levensverrichtingen en sociale activiteiten.
- De cliënten hebben elke dag zoveel mogelijk beweging naar eigen kunnen.
- Naasten van cliënten en vrijwilligers worden betrokken.
- Er wordt naar gestreefd om de woonomgeving zo in te richten dat cliënten zich kunnen oriënteren en beschikken over attractieve vrije loopruimte.



IDé houdt een register bij van zorgorganisaties met een waarborgzegel op [www.innovatiekringdementie.nl/over-zorg-voor-vrijheid](http://www.innovatiekringdementie.nl/over-zorg-voor-vrijheid)



Je kunt de Ephor richtlijn vinden in de bibliotheek van BTSG op [www.btsg.nl](http://www.btsg.nl) (trefwoord antipsychotica – advies bij ouderen) evenals de CBO richtlijn voor valpreventie (trefwoord vallen - valpreventie)



### Opdracht: DVD 'Volgens mij ....' Omgaan met verzet



Omgaan met verzet is een 'kunst' maar kun je gelukkig ook met elkaar leren en verbeteren. De manier waarop je met verzet omgaat, kan het verschil uitmaken tussen 'het uit de hand lopen van een situatie' waardoor je samen met elkaar wellicht maatregelen gaat nemen waarbij de wet Bopz van toepassing is of 'het in goede banen leiden van gedrag' waardoor bepaalde maatregelen niet nodig zijn. Ter illustratie één of meerdere scènes om de discussie hierover op gang te brengen.

## Competentie 2: Communicatie met psychogeriatrische cliënten

De GVP is bekend met aspecten van communiceren met psychogeriatrische cliënten en is in staat in de praktijk optimaal gebruik te maken van de verschillende manieren om met de cliënt te communiceren.

De GVP kan op dit gebied voorbeeldgedrag laten zien aan collega's, mantelzorgers, en vrijwilligers en adviseren over de communicatie middels het zorg(leef)plan of rechtstreeks.

### Oefenen met acteur

Er zijn twee thema's waarmee je kunt oefenen:

- communicatie met psychogeriatrische cliënten
- feedback geven aan collega's / vrijwilligers (sluit aan bij lesdag 8)

