

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)



**Rapport naar aanleiding van het algemeen toezicht-  
bezoek in het kader van de Wet Bopz aan  
verpleeghuis De Kreek te 's-Gravenzande  
op 26 februari 2010**

De Haag, maart 2010

# Inhoudsopgave

<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Resultaten inspectiebezoek</b> .....	<b>4</b>
2.1 Inleiding .....	4
2.2 Personele voorwaarden .....	4
2.3 Organisatorische voorwaarden.....	7
2.4 Uitvoering in de praktijk.....	12
2.5 Bouwkundige en materiële voorzieningen .....	14
2.6 Adviesaanvraag Bopz-aanmerking voor nieuwbouw verpleeghuis De Kreek .....	14
<b>3 Beschouwing</b> .....	<b>16</b>
3.1 Inleiding .....	16
3.2 Algemeen.....	16
3.2.1 Bopz beleid in verpleeghuis De Kreek is in grote lijnen op orde ..	16
3.2.2 Adequaat toezicht 7x24 uur blijft een punt van zorg.....	16
<b>4 Te nemen maatregelen</b> .....	<b>17</b>
4.1 Opstellen plan van aanpak .....	17

1

## Bijlagen

2	Overzicht gebruikte documenten
3	Overzicht criteria en normen
4	Toelichting scorekwalificaties per beoordeeld onderwerp

# 1 Inleiding

In het kader van haar toezichthoudende taak heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 26 februari 2010 een bezoek gebracht aan verpleeghuis De Kreek te 's-Gravenzande. Doel van dit bezoek was te beoordelen of verpleeghuis De Kreek voldoet aan de eisen die de Wet Bopz stelt en voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Verpleeghuis De Kreek maakt onderdeel uit van de Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest te Delft.

Om tot een oordeel te kunnen komen heeft de inspectie gebruik gemaakt van het Instrument Algemeen Toezicht Bopz. Hierin staan de criteria op basis waarvan de inspectie toetst. Het instrument is gebaseerd op de wet en de daarvan afgeleide veldnormen die de koepelorganisaties en beroepsverenigingen hebben ontwikkeld. Het gaat om de volgende wet: *de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)*. Daarnaast zijn van belang de *Kwaliteitswet zorginstellingen*, de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* en de *Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst*.

De criteria uit het Instrument Algemeen Toezicht Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen in de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en psychogeriatricie kunt u vinden in bijlagen 2 en 3 en op onze website: [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

In dit rapport leest u de resultaten van het onderzoek naar de kwaliteit van de zorg. Achtereenvolgens worden drie vragen beantwoord:

- hoe scoort verpleeghuis De Kreek op de eisen gesteld in de Wet Bopz en op de criteria voor verantwoorde zorg? (hoofdstuk 2);
- wat wil de inspectie, alle scores overziende, verpleeghuis De Kreek verder meegeven? (hoofdstuk 3);
- welke acties moeten de bestuurder van Zorginstellingen Pieter van Foreest en het locatiemanagement van verpleeghuis De Kreek binnen welke termijn nemen? (hoofdstuk 4).

## 2 Resultaten inspectiebezoek

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe verpleeghuis De Kreek te 's-Gravenzande scoort op de criteria voor de voorwaarden voor verantwoorde zorg binnen het kader van de Wet Bopz. Er zijn enkele aandachtsgebieden en per aandachtsgebied vindt u een tabel met scores. Deze scores zijn weergegeven op een vierpuntsschaal: 'geen risico', 'gering risico', 'hoog risico' en 'zeer hoog risico'. Voor de organisatorische voorwaarden zijn de scores: 'afwezig' tot en met 'geborgd'. De scores zijn gebaseerd op een rondgang onder begeleiding van een teammanager, gesprekken met vertegenwoordigers van de raad van bestuur, de medisch eindverantwoordelijke specialist ouderengeneeskunde, de Bopz-arts van verpleeghuis De Kreek en twee verzorgenden die werkzaam zijn op Bopz-aangemerkte units. Tevens heeft de inspectie dossiers en documenten bekeken. Een overzicht van de documenten vindt u in bijlage 1.

### 2.2 Personele voorwaarden

	<i>Geen risico</i>	<i>Gering risico</i>	<i>Hoog risico</i>	<i>Zeer hoog risico</i>
1. Taak en positie geneesheer-directeur			√	
2. Scholing/deskundigheid medewerkers		√		

Toelichting:

#### 1. Taak en positie geneesheer-directeur (Bopz-arts):

Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest te Delft is een stichting met een twintigtal locaties waar zowel verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg als extramurale zorg wordt geboden. De locaties bevinden zich in Delft, het Oostland en het Westland. Het Bestuur van de stichting heeft er voor gekozen om een Medisch eindverantwoordelijk specialist ouderengeneeskunde (1<sup>e</sup> geneeskundige) aan te stellen die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de inhoudelijke medische zorgverlening in de hele stichting. De bestuurder is eindverantwoordelijk in hiërarchische zin. Voor dit onderdeel van de organisatie lijkt men gekozen te hebben voor een matrixgebonden organisatie-model.

De 1<sup>e</sup> geneeskundige geeft daarmee ook vakinhoudelijk sturing aan twee specialisten ouderengeneeskunde die op hun beurt de functie van Bopz-arts vervullen. Eén Bopz-arts is aangesteld voor het werkgebied Delft en Oostland en de ander is aangesteld voor het werkgebied Westland. Beide artsen vervangen elkaar bij afwezigheid en toetsen elkaar betreffende Bopz-aangelegenheden indien zij zelf als behandelaar optreden. Als de beide Bopz-artsen afwezig zijn neemt een daartoe aangewezen specialist ouderengeneeskunde de taak van de Bopz-arts tijdelijk waar. Deze constructie en globale waarnemingsregeling zijn vastgelegd in de Nota Vrijheidsbeperkende interventies in zorginstellingen Pieter van Foreest, 01.09.2009 versie 4.0 (pagina 18 van 41).

De Bopz-arts die de inspectie tijdens het inspectiebezoek heeft gesproken, heeft geen aanstellingsbesluit ontvangen van de bestuurder waarin formeel is vastgelegd dat zij de functie van Bopz-arts vervult. Ook heeft zij geen formele taak/functieomschrijving waarin taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, in relatie tot deze rol van Bopz-arts, zijn vastgelegd.

Wanneer de 1<sup>o</sup> geneeskundige belast is met de zorg voor de algemene zaken op geneeskundig gebied in de hele stichting (dus ook voor wat betreft de uitvoering van de Wet Bopz) zou via een mandateringsregeling vastgelegd moeten worden voor welke Bopz-taken de twee operationele Bopz-artsen verantwoordelijk zijn en op welke wijze zij verantwoording moeten afleggen aan de 1<sup>o</sup> geneeskundige oftewel de formeel aangestelde geneesheer directeur (Wet Bopz) van de stichting.

In eerder genoemde Nota Vrijheidsbeperkende interventies in zorginstellingen Pieter van Foreest, is vastgelegd (pagina 7 van 41) dat de locatiemanager verantwoordelijk is voor het verstrekken van informatie aan cliënt en familie over de algemene gang van zaken (huisregels), de rechten van de cliënt op grond van de Wet Bopz en de klachtenprocedure. Wettelijk gezien is dit een verantwoordelijkheid van de geneesheer directeur (Wet Bopz). Deze onderwerpen ontbreken ten onrechte bij de taken en verantwoordelijkheden van de 1<sup>o</sup> geneeskundige (geneesheer directeur) in eerder genoemde nota.

In de nota worden sommige taken en verantwoordelijkheden als een soort inleiding buiten de opsomming van formele Taken en verantwoordelijkheden van de 1<sup>o</sup> geneeskundige en/of Bopz-artsen geplaatst. Daardoor is het niet helder dat het hier ook taken en verantwoordelijkheden van de Bopz-artsen betreffen. Het betreft veelal taken met betrekking tot de kwaliteit van zorg en borging van beleid (tweede alinea pagina 18 van 41, citaat):

- de Bopz-artsen hebben ook op locaties zonder een Bopz-erkenning een rol ten aanzien van het zorgvuldig omgaan met vrijheidsbeperkingen;
- het samen met de 1<sup>o</sup> geneeskundige opstellen van beleid en procedures;
- het plaatsvinden van regelmatige afstemming tussen de 1<sup>o</sup> geneeskundige en de twee Bopz-artsen;
- de twee Bopz-artsen zijn eindverantwoordelijk voor een verantwoord en eenduidig beleid binnen de stichting en zorgen voor afstemming met de specialisten ouderengeneeskunde;
- de twee Bopz-artsen nemen elkaar waar bij afwezigheid;
- de twee Bopz-artsen toetsen elkaar inzake Bopz-aangelegenheden indien zij zelf als behandelaar optreden;
- de twee Bopz-artsen vervullen de voorzittersrol van de Bopz-commissie;
- de voorzitter van deze commissie zorgt voor afstemming met het management en de afdeling O en L (opleidingen).

De taken van de Bopz-arts zijn onder te verdelen in de hoofdonderwerpen: interne rechtspositie van de cliënt, externe rechtspositie van de cliënt en de kwaliteit van zorg. In de opsomming in de nota staan deze zaken door elkaar. Voor de leesbaarheid zou kunnen worden overwogen om de zaken te rubriceren.

Conclusie: Bovenstaande indicator scoort op *Hoog risico*. De reden hiervan is dat de taken en verantwoordelijkheden wel voor een belangrijk deel zijn vastgelegd in de Nota maar dat het niet op alle punten concreet is vastgelegd hoe de verantwoordelijkheden zijn verdeeld over de 1<sup>e</sup> geneeskundige en de Bopz-artsen. Daarnaast ontbreekt een formele taak/functie-omschrijving voor de Bopz-artsen waarin de expliciete verantwoordelijkheidstoedeling in relatie tot de toepassing en uitvoering van de Wet Bopz is vastgelegd en (ook net als in het achterliggend beleid zoals vastgelegd in de Nota) hoe deze zich verhouden tot de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de 1<sup>e</sup> geneeskundige (geneesheer-directeur Wet Bopz) binnen de stichting.

## 2. Scholing/deskundigheid medewerk(st)ers:

Nieuwe zorgverlenende medewerkers die met de uitvoering van de Wet Bopz te maken hebben, worden volgens het management en de Bopz-arts regelmatig (bij)geschoold op het gebied van de uitvoering van de Wet Bopz en in het bijzonder in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. De uitvoerende Bopz-artsen benutten ook de artsenvisite en het MDO als middel om aan de hand van praktijkvoorbeelden de zorgverlenende medewerkers bij te scholen over de toepassing van de Wet Bopz.

De inspectie heeft tijdens het inspectiebezoek twee zorgverlenende medewerkers gesproken. De medewerkers vertelden dat er enkele weken geleden een scholing over de Wet Bopz was aangeboden. Beiden waren niet in de gelegenheid geweest om deze scholing te volgen. Volgens het locatie-management is een dergelijke scholing verplicht gesteld en zal de scholing over enige tijd opnieuw worden aangeboden. Verpleeghuis De Kreek kent een leerbegroting waarin deze scholing zowel in 2009 en 2010 opgenomen was/is. Op deze locatiegebonden leerbegroting is vastgelegd dat de centrale afdeling opleiding van de stichting zorg draagt voor de Bopz-scholing. Het is niet vastgelegd welke rol en/of verantwoordelijkheid het (locatie)management, de Bopz-artsen en/of de medewerker hier zelf in hebben en wie er verantwoordelijk voor is dat alle medewerkers die bij de uitvoering van de Wet Bopz betrokken zijn, structureel en periodiek geschoold worden.

Conclusie: Bovenstaande indicator scoort op *Gering risico* omdat met een leerbegroting achteraf geen verantwoording kan worden gegeven of er vorig jaar scholing heeft plaatsgevonden en ook niet over welke medewerkers de scholing gevolgd hebben. Tot slot is niet duidelijk wie monitoring van de voortgang in deze scholing toebedeeld heeft gekregen en wie daar de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor draagt.

## 2.3 Organisatorische voorwaarden

	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
1. Beleidsnota			√	
2. Protocollen middelen en maatregelen		√		
3. Protocol/beleid zorgplannen		√		
4. Voorlichtingsmateriaal	√			
5. Klachtenregeling			√	

Toelichting:

### 1. Beleidsnota:

De beleidsnota van Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest is in vergelijking tot de vorige toetsing door de inspectie in februari 2009, op een andere locatie van de stichting, een stuk completer en helderder van opzet. Ondanks het feit dat in verpleeghuis De Kreek alle oude Bopz-nota's (van de voormalige Zorgkring) waren vervangen door de nieuwe Bopz-nota van de Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest, trof de inspectie tijdens de rondgang toch nog een oude Bopz-nota aan op en van de afdelingen. De twee zorgverlenende medewerkers die de inspectie heeft gesproken waren op de hoogte van het bestaan van de nieuwe Bopz-nota. Inhoudelijk gezien zijn er nog een aantal zaken die in de nieuwe nota nog wat duidelijker geëxpliciteerd zouden moeten worden:

1. In de Nota wordt het wettelijke criterium dat de Bopz-behandeling in het *zorg/behandelplan* moet worden opgenomen uiterst summier beschreven. Op pagina 11 van 41 van de nota wordt verwezen naar het zorgdossier. Wettelijk gezien heeft de geneesheer-directeur de taak om ervoor te zorgen dat degene die verantwoordelijk is voor de behandeling van de cliënt in overleg met de cliënt in het kader van de Wet Bopz een behandelingsplan opstelt. Om een brug tussen beleid (Wet Bopz en de organisatiegebonden Bopz Nota) en uitvoering (Plancare) voor zorgverlenende medewerkers te slaan en de kwaliteit van de individuele (Bopz gerelateerde) zorg door middel van het individuele zorgplan te borgen, zou dit wat concreter als beleid van de stichting kunnen worden uitgewerkt in de nota. Er kan in dit kader ook worden gekozen om te verwijzen naar andere relevante beleidstukken van de stichting, mits hierin ook specifiek aandacht wordt geschonken aan de Wet Bopz, zoals bijvoorbeeld de Zorgvisie.
2. Bij de toelichting bij onderwerp 2.2 *Taak en positie geneesheer-directeur (Bopz-arts)* in dit rapport is beschreven op welke wijze de taken en verantwoordelijkheden in het kader van de Wet Bopz (pagina 18 van 41) in de Nota zouden moeten worden aangevuld en verhelderd.

3. *Klachtenregeling*: in de Nota wordt uitsluitend verwezen naar de klachtenfolder van Pieter van Foreest (pagina 15 van 41) en niet naar de klachtenregeling. In deze klachtenfolder (versie 4<sup>e</sup> druk, mei 2008) staat globaal omschreven dat *de klachtenregeling voldoet aan de eisen van de WKCZ en aan de Wet Bopz. Vervolgens wordt in de folder verwezen naar de Klachtenregeling die ter inzage ligt bij de klachtenfunctionaris of in andere openbare ruimten van de zorginstelling*. De klachtenfolder schept geen helderheid over de specifieke rechtspositie voor cliënten die onder de Wet Bopz vallen maar ook niet voor cliënten die daar niet onder vallen (cliënten zonder Bopz-indicatie).
4. *Bopz commissie*: de status en de doelstelling van deze commissie, de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, de werkwijze, de frequentie van overleg, de plaats in de centrale en/of lokale organisatie en de samenhang met bijvoorbeeld de afdeling kwaliteit en/of de afdeling opleidingen zijn uiterst summier beschreven in de nota.

Conclusie: omdat er nog een aantal punten verbeterd dienen te worden in eerder genoemde nota, scoort dit onderwerp op *Operationeel*.

## 2. Protocollen middelen en maatregelen:

In de nota zijn in bijlage 2 verschillende protocollen opgenomen. De medewerkers die de inspectie gesproken heeft, waren op de hoogte gebracht van het bestaan van deze protocollen. De protocollen voorzien in een aantal toepassingen van vrijheidsbeperkende interventies. In principe zijn alleen verpleegkundigen van niveau 4 en 5, verzorgenden IG en ziekenverzorgenden niveau 3, leerlingen van niveau 3 en 4 (mits daarin geschoold en afgetekend) bevoegd om dergelijke handelingen uit te voeren. In de protocollen is tevens vastgelegd dat helpenden niveau 2 mogen assisteren onder verantwoordelijkheid van medewerkers van niveau 3, 4 en 5. Op dat punt voorziet de inspectie problemen. Uit de eerdere inspectiebezoeken is gebleken dat helpenden van niveau 2 zelfstandig handelingen uitvoeren in de cliëntgebonden zorg. In theorie zijn er altijd medewerkers van niveau 3 op de locatie aanwezig maar deze kunnen zich op allerlei verschillende plaatsen bevinden. Vrijheidsbeperkende handelingen waarvoor dit volgens de protocollen uit de nota geldt, zijn:

1. Bedhekken;
2. Kuipstoel/Kantelstoel;
3. Voorzetblad op stoel;
4. Band/gordel in stoel;
5. Verpleegdeken;
6. Handschoen/want;
7. Hansop/plukpak.

In de praktijk zal een helpende niveau 2 als zij een cliënt verzorgt, in de regel geen niveau 3 om hulp vragen bij het openen en sluiten van bedhekken. De vraag is hoe het assisteren van niveau 2 onder verantwoordelijkheid van verzorgenden niveau 3 en verpleegkundigen niveau 4 en 5 kan plaatsvinden.

Conclusie: ten aanzien van de indicator protocollen middelen en maatregelen, wordt op *Aanwezig* gescoord omdat de inspectie er niet zeker van is of alle medewerkers die zorg verlenen aan cliënten die onder de Wet Bopz vallen, op de hoogte zijn van deze protocollen en ze in de praktijk gebruiken.

### 3. Protocol/beleid zorgplannen:

In het rapport van de inspectiebezoeken van 26 en 30 oktober 2009 heeft de inspectie beschreven dat de informatie in de zorg(leef)-behandelplannen op veel verschillende plekken was opgeslagen en dat daardoor het overzicht over de daadwerkelijk te leveren zorg moeilijk te verkrijgen was. De inspectie voorzag ook enig risico in het actueel houden van alle informatiebronnen die naast elkaar gebruikt werden.

Uit het plan van aanpak van verpleeghuis De Kreek (versie 5 januari 2010), is gebleken dat men ten aanzien van de structuur, het proces en het product (zorg(behandel)/-leefplan/zorgdossier) rond het werken met het papieren- en digitale zorg(behandel)/-leefplannen in verpleeghuis De Kreek een aantal acties in gang heeft gezet:

- er is een voorbeeldmap papieren zorgdossier gemaakt;
- er is in een Nieuwsbrief vastgelegd op welke wijze het papieren zorgdossier is ingericht;
- dit is besproken in het werkoverleg.

De wettelijke vereisten die de Wet Bopz stelt aan het zorgplan dient tevens in dit beleid/protocol te worden opgenomen.

Uit overleg met de bestuurder is gebleken dat er ook op organisatieniveau acties in gang zijn gezet. De bestuurder heeft inmiddels overleg gevoerd met de leverancier van Plancare om naar nieuwe toepassingen te kijken. Ook in relatie met de vereisten ten aanzien van de Wet Bopz.

#### Conclusie:

Ondanks het feit dat er in relatie tot de indicator protocol/beleid zorgplannen sinds oktober 2009 initiatieven genomen zijn om de structuur, het proces en het product te verbeteren, wordt nog op *Aanwezig* gescoord. De reden hiervoor is dat niet alle onderwerpen uit de norm (bijlage 2 van dit rapport) zijn opgenomen in een procedure/beleid rond de indicator *Protocol/beleid zorgplannen* en omdat de werkwijze in verpleeghuis De Kreek rond het papieren en digitale zorgdossier (ook in samenhang) nog niet is vastgelegd en geborgd in een formele procedure/beleid.

### 4. Voorlichtingsmateriaal:

Tijdens het inspectiebezoek was men druk bezig om een voorlichtingsfolder te ontwikkelen voor de cliënten van de PG-afdelingen in de nieuwbouw. Bij opname wordt volgens de gesprekspartners mondeling informatie verstrekt aan cliënten en/of hun vertegenwoordigers over Bopz gerelateerde zaken.

Het adres van de Regionale Klachtencommissie is opgenomen in de klachtenfolder maar in de folder is niets opgenomen over de rechtspositie van cliënten die onder de Wet Bopz vallen en welke personen er over welke zaken kunnen klagen in relatie tot onderwerpen uit de Wet Bopz.

#### Conclusie:

Het onderwerp Voorlichtingsmateriaal scoort op *Afwezig* omdat er nauwelijks schriftelijke informatie over de rechtspositie van cliënten die opgenomen zijn onder de Wet Bopz beschikbaar is voor de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.

## 5. Klachtenregeling:

In het rapport van het algemeen toezichtbezoek van 18 januari jl. heeft de inspectie onderstaande tekst in het rapport opgenomen over de klachtenfolder van Pieter van Foreest. Daarnaast is hieronder beschreven een weergave van de toetsing door de inspectie van de klachtenregeling van Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest .

### Klachtenfolder:

In de 'Klachtenfolder, informatie over de bemiddeling en behandeling van klachten in Zorginstellingen van: Zorginstellingen Pieter van Foreest, Delft-Westland, Midden-Delftland-Pijnacker-Nootdorp', 4<sup>e</sup> druk mei 2008, staat het volgende aangegeven:

*Waar kunt u terecht met uw klacht?*

- 1. U bespreekt uw klacht met de persoon die de klacht heeft veroorzaakt of met diens leidinggevende.*
- 2. U bespreekt uw klacht met de klachtenfunctionaris.*
- 3. U legt uw klacht schriftelijk voor aan de Regionale Klachtencommissie Delft Westland Oostland.*

*Hoewel u geadviseerd wordt de stappen in deze volgorde te nemen, bent u geheel vrij een andere volgorde aan te houden.* (einde citaat). In de klachtenfolder van Zorginstellingen Pieter van Foreest wordt door de numerieke indeling een volgorde gesuggereerd. Ondanks het laatste deel van de zin dat cliënten vrij zijn om een andere volgorde in te nemen, kan het (zeker ten aanzien van gezagsgetrouwe oudere verpleeghuiscliënten) een sturend effect hebben op de keuzevrijheid van betrokkenen.

In de klachtenfolder staat verder *dat de cliënt niet zelf hoeft te klagen en dat dit ook door zijn familie of vertegenwoordiger kan worden gedaan.* Uit de folder blijkt niet in welke gevallen dit mogelijk is en of er verschil is of het een cliënt betreft die onder Bopz wetgeving in het verpleeghuis verblijft of een cliënt waar dit niet het geval bij is. Om teleurstellingen te voorkomen, zou dit duidelijker moeten worden aangegeven in de klachtenfolder.

Naast de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) en het Besluit Klachtenbehandeling Bopz, 1994, is de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, 2004, CBO richtinggevend voor de uitvoering van klachtenregelingen in de zorgsector. Deze richtlijn is opgesteld door de koepelorganisaties en beroepsorganisaties in de zorgsector. Voor de verpleeghuizen is Arcares (nu Actiz) betrokken geweest bij het opstellen van deze richtlijn.

### Klachtenreglement Zorginstellingen Pieter van Foreest:

De inspectie heeft de klachtenregeling van de Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest (versie 01.01.09/ versie 3.0) getoetst aan de WKCZ en het Besluit klachtenbehandeling Bopz en komt tot de volgende bevindingen:

\* Termijn:

In de regeling is geen termijn vastgelegd waarbinnen de klachtencommissie – nadat de klacht is ingediend - een oordeel geeft. Ook geeft de regeling geen waarborg bij afwijking van deze termijn met een extra termijn). Hiermee wordt afgeweken van artikel 2 lid 2 sub c en d Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. WKCZ artikel 2 lid 2 sub c: *‘Elke zorgaanbieder waarborgt dat de klachtencommissie binnen een in de regeling vastgelegde termijn na indiening van de klacht de klager, degene over wie is geklaagd en, indien dit niet dezelfde persoon is, de zorgaanbieder, schriftelijk en met redenen omkleed in kennis stelt van haar oordeel over de gegrondheid van de klacht, al dan niet vergezeld van aanbevelingen’*

Artikel 2 lid 2 sub d: *‘Elke zorgaanbieder waarborgt bij afwijking van de onder c bedoelde termijn de klachtencommissie daarvan met redenen omkleed mededeling doet aan de klager, degene over wie is geklaagd en, indien dit niet dezelfde persoon is, de zorgaanbieder, onder vermelding van de termijnen en waarbinnen de klachtencommissie haar oordeel over de klacht zal uitbrengen’*

In de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg (2004) is het als volgt vastgelegd (aanbeveling 5A): *‘De klachtencommissie verricht haar werkzaamheden volgens een door de zorgaanbieder in overleg met de klachtencommissie op te stellen reglement. In het reglement wordt in ieder geval het volgende vastgelegd:*

- *Samenstelling van de commissie kwalificaties en zittingstermijn van de commissieleden;*
- *verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de commissie en de zorgaanbieder;*
- *procedures en termijnen met betrekking tot klachtenbehandeling en oordeelsvorming’.*

Besluit klachtenbehandeling BOPZ:

Artikel 2 lid 2

De regeling waarborgt dat:

b. klager en de aangeklaagde in staat worden gesteld te worden gehoord

Artikel 22 van de klachtenregeling geeft wel aan dat bij uitzondering kan worden volstaan met een beoordeling op basis van de stukken.

c. de klager en aangeklaagde zich kunnen doen bijstaan door hen aan te wijzen personen.

In artikel 12 lid 2 en 6 van het klachtenreglement van de stichting staat wel dat cliënten zich kunnen laten bijstaan. Niet staat expliciet aangegeven dat dit dan dient te geschieden door de klager aan te wijzen personen.

d. de persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen dient zoveel mogelijk te worden beschermd.

Zie opmerkingen hierboven over geheimhoudingsplicht.

Conclusie:

De klachtenregeling scoort op *Operationeel* omdat er nog enkele verbeterpunten zijn in de regeling.

## 2.4 Uitvoering in de praktijk

	<i>Geen risico</i>	<i>Gering risico</i>	<i>Hoog risico</i>	<i>Zeer hoog risico</i>
1. Zorgdossier/zorgplan		√		
2. Vrijheidsbeperking: besluitvorming		√		
3. Vrijheidsbeperking: preventie	√			
4. Registratie middelen en maatregelen		√		

Toelichting:

### 1. Zorgplannen/zorgdossiers:

De inspectie heeft tijdens inzage in de zorgdossiers gezien dat in de praktijk de Bopz gerelateerde interventies maar voor een deel zijn opgenomen in het behandel/zorgplan als Bopz gerelateerd zorgprobleem in Planicare. Niet alle zorgproblemen die veroorzaakt worden door de geestesstoornis van de psychogeriatrische cliënten en de daaraan gerelateerde vrijheidsperkende interventies waren als onderdeel van het behandel/zorgplan opgenomen met een daarbij behorende doelstelling, passende interventie en evaluatiedatum. Sommige vrijheidsbeperkende maatregelen staan in het zorgdossier genoteerd buiten het zorgplan op een individuele registratielijst. De zorgplannen die de inspectie heeft ingezien waren voorzien van een handtekening van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Ook was aangegeven of cliënten al dan niet wilsbekwaam waren. De zorgplannen worden in principe twee keer per jaar geëvalueerd.

### Conclusie:

Omdat in het zorgplan niet alle zorgproblemen waren opgenomen en ook niet duidelijk zichtbaar was dat eventuele vrijheidsbeperkende maatregelen tenminste één keer per maand geëvalueerd werden scoort de uitvoering van het zorgdossier/zorgplan op *Gering risico*.

### 2. Vrijheidsbeperking: Besluitvorming:

De besluitvorming om vrijheidsbeperkende maatregelen te nemen vindt doorgaans plaats in het MDO. Er moet altijd toestemming zijn van de specialist ouderengeneeskunde, dit is niet altijd de Bopz-arts. Evaluaties vinden volgens de gesprekspartners 1x per drie maanden plaats op unit-niveau. In principe is het beleid in verpleeghuis De Kreek dat er zo min mogelijk vrijheidsbeperkende interventies worden ingezet en probeert men eerst in multidisciplinair verband naar alternatieven te zoeken. Er worden geen Zweedse banden en geen Houdini-vestjes meer gebruikt in verpleeghuis De Kreek. De Houdini-vestjes staan nog wel op de registratielijsten als keuze mogelijkheid aangegeven.

### Conclusie:

Op dit onderwerp wordt *Gering risico* gescoord omdat evaluatie van de vrijheidsbeperkende maatregelen één keer per drie maanden plaatsvindt en niet iedere maand.

### 3. Preventief beleid:

Binnen de Stichting Zorginstelling Pieter van Foreest heeft men schriftelijk beleid rond gedragsproblemen en agressie vastgelegd. Ook heeft men onlangs het beleid rond valpreventie vastgesteld. Dit laatste protocol is echter nog niet geïmplementeerd in verpleeghuis De Kreek. De Bopz-artsen zijn terughoudend om sederende medicatie in te zetten zonder dat eerst andere alternatieven zijn geprobeerd.

Volgens de Bopz-arts is een positief effect van de nieuwbouw met eenpersoonskamers, dat cliënten over het algemeen rustiger slapen doordat zij niet gestoord worden door mede cliënten. Volgens de Bopz-arts draagt dit er toe bij dat er minder sederende medicatie hoeft te worden ingezet.

### Conclusie:

Ten aanzien van het onderwerp Preventief beleid wordt op *Geen risico* gescoord.

### 4. Registratie middelen en maatregelen:

Elke drie maanden worden alle vrijheidsbeperkende maatregelen geëvalueerd. Tijdens het inspectiebezoek was er per PG-unit een overzicht aanwezig van alle vrijheidsbeperkende maatregelen die voorkomen binnen verpleeghuis De Kreek. Aan de hand van dit overzicht vindt volgens de Bopz-arts een evaluatie plaats. Nieuw ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen worden volgens de Bopz-arts in de praktijk vaker geëvalueerd. Dit is echter niet formeel geregeld. De inspectie adviseert verpleeghuis De Kreek om alle vrijheidsbeperkende maatregelen maandelijks te evalueren, dit te borgen in een protocol en te noteren in het zorgdossier.

De assistent teamleiders zijn verantwoordelijk voor een registratie op afdelingsniveau. De maatregelen zijn daar gecodeerd op vastgelegd. Tijdens het inspectiebezoek waren de lijsten en de codes niet geheel actueel. Bij de receptie ligt ook een dergelijke lijst ten behoeve van de Brandweer. In geval van een calamiteit kan de Brandweer op de lijst zien of er bij cliënten een vrijheidsbeperkende maatregel is ingezet.

Verpleeghuis De Kreek maakte tijdens het inspectiebezoek deel uit van een regionale M&M-commissie. De commissie is eind 2009 opgericht. De Bopz-arts is hier voorzitter van.

### Conclusie:

Omdat de registratielijsten niet compleet en actueel waren, scoort dit onderwerp op *Gering risico*.

## 2.5 Bouwkundige en materiële voorzieningen

	<i>Geen risico</i>	<i>Gering risico</i>	<i>Hoog risico</i>	<i>Zeer hoog risico</i>
1. Woon/leefsfeer en veiligheid			√	
2. Fixatiemateriaal		√		
3. Afzonderingsruimten	n.v.t.			

Toelichting:

### 1. Woon/leefsfeer en veiligheid

In de huiskamers van de PG-afdelingen in de nieuwbouw werd rond het middaguur in het toezicht op de cliënten voorzien door één voedingsassistente op 12 cliënten. Doordat de tussendeur tussen twee huiskamers permanent openstaat, heeft men een grote ruimte gecreëerd. Aan elke kant van de huiskamer is een keukenblok geplaatst. In de vrij toegankelijke keukenlades lagen grote broodmes- sen onbeheerd. Tijdens het inspectiebezoek stonden op de fornuizen in beide keukenblokken pannen met soep warm te worden. Eén van beide pannen soep stond onbeheerd op het fornuis omdat de voedingsassistente, als enige medewerker, bezig was met het bereiden van de soep voor de lunch en tegelijkertijd toezicht hield op de 12 psychogeriatrische cliënten. De overige medewerkers waren lunchen. Wel was er nog een assistent teammanager bereikbaar voor onverwachte gebeurtenissen. De inspectie heeft een soortgelijke bezetting ook op andere PG-afdelingen geconstateerd.

Tijdens het inspectiebezoek was er volgens de registratielijst bij de receptie rond het middaguur één BHVer op de nieuwbouw PG-locatie en waren er zes in het hoofdgebouw. De ramen en balkons waren voorzien van sloten en deze waren op slot tijdens de rondgang.

### Conclusie:

Bovenstaande indicator scoort op *Hoog risico* omdat de veiligheid van de cliënten gevaar loopt doordat het toezicht op de psychogeriatrische cliënten niet 7x24 uur adequaat geregeld is.

### 2. Fixatiemateriaal

Wanneer er materiaal wordt ingezet dat wordt gebruikt ten behoeve van vrijheidsbeperkende interventies wordt dit gedaan aan de hand van protocollen. De materialen die de inspectie gezien heeft tijdens de rondgang in verpleeghuis De Kreek verkeren in goede staat. In de Bopz-nota is opgenomen dat de afdeling ergotherapie verantwoordelijk is voor de staat van het materiaal dat kan worden ingezet als vrijheidsbeperkende maatregel. Het is alleen niet duidelijk op welke wijze preventief onderhoud plaatsvindt en of er periodiek een check wordt uitgevoerd en of dit ergens wordt vastgelegd.

### Conclusie:

Bovenstaande indicator scoort op *Gering risico* omdat niet duidelijk op welke wijze onderhoud plaatsvindt en of er periodiek een check wordt uitgevoerd en of dit ergens wordt vastgelegd.

## **2.6 Adviesaanvraag Bopz-aanmerking voor nieuwbouw verpleeghuis De Kreek**

Eind september 2009 is een nieuwbouwlocatie voor 72 psychogeriatrische cliënten van verpleeghuis De Kreek in gebruik genomen. De inspectie heeft in januari 2010 nagevraagd bij de bestuurder of voor deze nieuwbouwlocatie een Bopz-erkenning was aangevraagd. Dit bleek niet het geval te zijn. De bestuurder heeft deze aanmerking alsnog aangevraagd bij het Ministerie van VWS. De inspectie heeft tijdens het Bopz-bezoek op 26 februari 2010 de criteria om een Bopz-aanmerking te verkrijgen, getoetst en een positief advies uitgebracht.

## **3 Beschouwing**

### **3.1 Inleiding**

In het vorige hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe verpleeghuis De Kreek te 's-Gravenzande scoort op de criteria voor de voorwaarden voor verantwoorde zorg bij de uitvoering van de Wet Bopz. U heeft zich aan de hand van deze informatie een beeld kunnen vormen van de huidige kwaliteit van de zorg en handvatten gekregen voor het verder verbeteren van deze kwaliteit.

Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend karakter. Gezocht is naar verbanden, verklaringen en overeenkomsten in de onderzoeksresultaten zoals beschreven in hoofdstuk 2. Dit heeft geleid tot enkele oordelen die - net als de oordelen uit hoofdstuk 2 - van belang zijn voor verpleeghuis De Kreek bij het (verder) verbeteren van de zorg.

### **3.2 Algemeen**

Verpleeghuis De Kreek te 's-Gravenzande in het Westland heeft 83 plaatsen voor psychogeriatrische cliënten die onder de Wet Bopz vallen en daarnaast 72 cliënten die op somatische afdelingen verblijven. Het verpleeghuis maakt onderdeel uit van de Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest te Delft.

#### **3.2.1 Bopz beleid in verpleeghuis De Kreek is in grote lijnen op orde**

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat het Bopz beleid in verpleeghuis De Kreek in grote lijnen op orde is. De inspectie heeft de afgelopen jaren het Bopz beleid in verschillende locaties van de Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest beoordeeld. Na de fusies hebben er lange tijd verschillende Bopz-Nota's gecirculeerd binnen de stichting. Er is nu een Bopz Nota voor alle locaties van de stichting. De harmonisatie van dit beleid is daarmee bijna voltooid. De specialisten ouderengeneeskunde voeren een preventief beleid ten aanzien van vrijheidsbeperkende interventies en dragen dit vol verve uit naar de zorgverlenende medewerkers.

#### **3.2.2 Adequaat toezicht 7x24 uur blijft een punt van zorg**

Punt van zorg blijft het toezicht op de psychogeriatrische cliënten in verpleeghuis De Kreek. Als zich onverwachts een calamiteit voordoet met één van de cliënten is het toezicht door één voedingsassistente (niveau 1) tijdens het middaguur absoluut onvoldoende. De patiëntveiligheid voor de kwetsbare groep psychogeriatrische cliënten is daarmee in het geding.

## 4 Te nemen maatregelen

### 4.1 Opstellen plan van aanpak

De inspectie verwacht dat u de onderwerpen uit hoofdstuk 2 en 3 met de kwalificatie *Gering en hoog risico* en/of de kwalificaties *Afwezig, Aanwezig* en *Operationeel* opneemt in het geïntegreerde plan van aanpak dat u zoals eerder afgesproken naar aanleiding van eerdere inspectiebezoeken aan de inspectie toestuurt. De onderwerpen uit dit rapport kunt u integreren in het plan van aanpak dat u na de beoordeling door de inspectie binnen twee weken na 22 maart 2010 ontvangt. De inspectie gaat er vanuit dat zowel hoofdstuk 2 als hoofdstuk 3 u voldoende handvatten biedt om te komen tot verbeteringen en concrete acties.

In een plan van aanpak staat in elk geval per onderwerp helder omschreven:

- om welke thema's met bijbehorende risico's het gaat;
- welke resultaten u wilt bereiken (doel, beoogde effecten) zo mogelijke SMART geformuleerd;
- wat hiervoor nodig is (activiteiten);
- hoe u de verbeteracties gaat implementeren;
- hoe u de resultaten gaat monitoren;
- wie waarvoor verantwoordelijk is, met differentiatie tussen lokale en centrale verantwoordelijkheidstoedeling;
- wanneer is of wordt begonnen met de verbeteracties en wanneer deze worden of zijn afgerond (planning).

Nadat de inspectie het plan van aanpak heeft ontvangen, ontvangt u binnen twee weken een reactie.

## BIJLAGE 1 Overzicht gebruikte documenten

De onderstaande documenten van uw instelling zijn door de inspecteur gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport.

De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- *Vrijheidsperkende interventies in Zorginstellingen Pieter van Foreest, 01.09.09/versie 4.0 inclusief Bopz protocollen bij Nota vrijheidsbeperkende interventie.*
- *Leerbegroting 2009, Locatie de Kreek, niet gedateerd.*
- *Leerbegroting beroepsopleiding 2010, locatie de Kreek, definitief 12-01-2010.*
- *Leerbegroting vereiste en additionele opleidingen 2010, locatie Kreek, definitief 25-01-2010.*
- *Klachtenregeling Zorginstellingen Pieter van Foreest, 01.01.09. versie 3.0.*
- *Klachtenfolder.*
- *Nieuwsbrief De Kreek, nummer 3, februari 2010.*
- *Activiteitenboekje De Schelp, februari 2010, Pieter van Foreest De Kreek.*
- *Zorgdossiers.*

## BIJLAGE 2 Overzicht criteria en normen

Een zeer beperkt aantal indicatoren kent een eigen norm voor verpleeghuiszorg, psychiatrie of verstandelijk gehandicaptenzorg. Als dit het geval is, wordt dit bij de norm vermeld.

Personele voorwaarden		
Indicator	Norm	Bron van norm
<b>Taakomschrijving en positie geneesheer-directeur</b>	<p>De geneesheer-directeur wordt aangesteld door het Bestuur/de Raad van Toezicht van de instelling.</p> <p>In het aanstellingsbesluit zijn de taken en verantwoordelijkheden van de geneesheer-directeur vastgelegd. In de zorg voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten wordt ook wel gesproken van Bopz-arts.</p> <p>In taak-/functieomschrijving hebben in elk geval de volgende aspecten een plaats gekregen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geeft geneeskundige verklaringen af zoals genoemd in de Wet Bopz, of zorgt ervoor dat een onafhankelijk psychiater dat doet;</li> <li>- Zorgt ervoor dat behandelaar in overleg met de patiënt een behandelingsplan opstelt.</li> <li>- Is eindverantwoordelijke voor de toepassing van middelen of maatregelen in de zin van de Wet Bopz;</li> <li>- Is verantwoordelijk voor melden aan de inspectie van dwangbehandeling en middelen of maatregelen;</li> <li>- Draagt er zorg voor dat een individueel zorg/patiëntendossier wordt gevormd en bijgehouden, waarin de behandeling wordt verantwoord;</li> <li>- Is eindverantwoordelijke voor besluiten over overplaatsing, verlof of ontslag uit de instelling;</li> <li>- Is verantwoordelijk voor het intrekken van (voorwaardelijk) verlof en voorwaardelijk ontslag;</li> <li>- Zendt maandelijks van patiënten die met een IBS zijn opgenomen en waarvan de IBS is geëindigd, een kort verslag naar de inspectie met de bevindingen van de behandelaar gedurende de periode van de inbewaringstelling, alsmede alle andere zaken die gemeld moeten worden op grond van artikel 58.</li> <li>- Meldt onverwijld ongeoorloofde afwezigheid van de patiënt aan de inspectie en de Officier van Justitie.</li> </ul>	<p>Art. 5, lid 1 Wet Bopz; Art. 16, lid 1 en lid 2 Wet Bopz; Art. 38, lid 1 Wet Bopz;</p> <p>Art 38. Wet Bopz Art. 39, lid 3 Wet Bopz;</p> <p>Art. 39a Wet Bopz;</p> <p>Art. 37a en art. 56 Wet Bopz;</p> <p>Art. 43, 46a, 45-49 en 55, lid 2 Wet Bopz; Art. 46 en art. 47, lid 3 Wet Bopz; Art. 58, lid 3 Wet Bopz;</p> <p>Art. 58 Wet Bopz</p> <p>Art. 58, lid 4 Wet Bopz;</p>

	- De positie van de Bopz-arts in de organisatie is zodanig, dat hij/zij deze taken en verantwoordelijkheden kan uitoefenen.	
<b>Scholing medewerkers</b>	<p>Om verantwoorde zorg te kunnen leveren moet een instelling beschikken over kwalitatief en kwantitatief voldoende personeel. Dit betekent onder meer dat hulpverleners zodanig bekend moeten zijn met de eisen van de Wet Bopz dat zij hun werk, in dit geval de uitvoering van de Wet Bopz, adequaat kunnen verrichten</p> <p>Dit houdt tevens in dat een instelling moet investeren in de deskundigheid van (nieuw) personeel op het gebied van omgaan met agressie en toepassen van preventieve maatregelen.</p> <p>In het kader van de Wet BIG zorgt de organisatie ervoor dat medewerkers die voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren bekwaam zijn en blijven. Dit betreft ondermeer het uitvoeren van risicovolle handelingen als fixeren, separeren en medicatie toedienen bij een zich daartegen verzettende patiënt.</p>	<p>Kwaliteitswet zorginstellingen; Art. 3</p> <p>Norm: LCVV/ Nu1.6; Wet BIG</p>

## Organisatorische voorwaarden

Indicator	Norm	Bron van norm
<b>Beleidsnota Bopz/Beleid tot vrijheidsbeperking</b>	<p>In een nota Bopz heeft de instelling vastgelegd op welke wijze de Wet Bopz wordt uitgevoerd. Daarin zijn in elk geval aspecten opgenomen met betrekking tot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Visie op het toepassen van vrijheidsbeperking</li> <li>– Opstellen behandel-(ondersteunings-/zorg-)plan</li> <li>– Omschrijving van het begrip “dwangbehandeling”</li> <li>– Omschrijving van het begrip “noodsituatie”</li> <li>– Omschrijving van het begrip “verzet”</li> <li>– Vaststellen wils(on-)bekwaamheid van patiënt/cliënt</li> <li>– Beschrijving van beperkingen in de fundamentele rechten, zoals het recht op bewegingsvrijheid;</li> <li>– Criteria voor het toepassen van dwangbehandeling, MoM in noodsituaties en beperken van fundamentele rechten;</li> <li>– De rechtsbeginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid;</li> <li>– Preventie van het toepassen van dwangbehandeling, MoM in noodsituaties en beperken van fundamentele rechten;</li> <li>– Verantwoordelijkheidstoedeling bij het besluit tot het toepassen van dwangbehandeling, MoM in noodsituaties en beperken van fundamentele rechten;</li> <li>– Uitvoeren van het toepassen van dwangbehandeling, MoM in noodsituaties en beperken van fundamentele rechten;</li> <li>– Toetsing van het toepassen van dwangbehandeling, MoM in noodsituaties en beperken van fundamentele rechten</li> <li>– Evaluatie van het toepassen van dwangbehandeling, MoM in noodsituaties en beperken van fundamentele rechten</li> <li>– Registratie van het toepassen van dwangbehandeling, MoM in noodsituaties en beperken van fundamentele rechten;</li> <li>– Klachtenregeling.</li> </ul>	Richtlijnen koepels (GGZ Nederland, Arcares)

<p><b>Richtlijn/protocol zorg-/patiëntendossier/M&amp;M</b></p>	<p>In een richtlijn/protocol is vastgelegd dat in het patiënten-/zorgdossier in elk geval opgenomen moeten worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het behandelingsplan op grond van art. 38 moet op schrift worden gesteld en in het zorgdossier van de patiënt worden bewaard.</li> <li>- Er dienen maandelijks aantekeningen gemaakt te worden van de voortgang in de uitvoering van het plan. <ul style="list-style-type: none"> <li>– De medewerking van betrokkene aan de uitvoering van dit plan;</li> <li>– indien over een behandelingsplan geen overeenstemming is bereikt, de reden daarvoor en de voorstellen van de voor de behandeling verantwoordelijke persoon.</li> <li>– Indien dwangbehandeling toepassing heeft gevonden, de behandeling die is toegepast en de redenen die hiertoe hebben geleid;</li> <li>– De toepassing van middelen en maatregelen in een tijdelijke noodsituatie ten aanzien van betrokkene en de redenen die hiertoe hebben geleid;</li> <li>– Andere beslissingen als bedoeld in de hoofdstukken III en IV van de Wet Bopz en de gronden waarop deze beslissingen zijn genomen.</li> <li>– Ontvangen afschriften van rechterlijke beslissingen (RM en IBS).</li> <li>– Ontvangen of afgegeven geneeskundige verklaringen.</li> </ul> </li> </ul> <p>Afschriften van de art. 60 Bopz-indicatie door het CIZ.</p>	<p>Art. 56 Wet Bopz;</p> <p>Art. 56, lid 1 sub a Wet Bopz; Besluit patiëntendossier Bopz;</p> <p>Art. 56, lid 1 sub b Wet Bopz</p> <p>Art. 56, lid 1 sub c</p> <p>Art 56, lid 1 sub d Wet Bopz</p> <p>Art 56, lid 1 sub e Wet Bopz</p> <p>Art 56, lid 1 sub f Wet Bopz</p> <p>Art 56, lid 2 sub a Wet Bopz</p> <p>Art 56, lid 2 sub b Wet Bopz</p> <p>Art. 56, lid 2, sub c</p> <p>Protocol bij Zorgindicatiebesluit;</p>
---	--	---

<b>Voorlichtingsmateriaal</b>	<p>Elke onvrijwillig opgenomen patiënt en daarnaast diens echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger en naaste familiebetrekkingen, ontvangt zo spoedig mogelijk na opneming een schriftelijk overzicht van de rechten die de patiënt heeft op grond van de Wet Bopz. In dit overzicht is ook opgenomen het adres van de klachtencommissie, waar de klachten op grond van artikel 41 Wet Bopz naar gestuurd kunnen worden.</p> <p>Schriftelijk wordt aan de patiënt meegedeeld, dat de behandelingengegevens van de patiënt worden opgenomen in een voor hem aan te leggen patiëntendossier.</p> <p>In een schriftelijk overzicht wordt per afzonderlijk recht aangegeven bij wie de patiënt de aanspraak op zijn recht geldend kan maken.</p>	<p>Art. 37, lid 1 Wet Bopz</p> <p>Besluit rechtspositieregelen Bopz, Art. 4</p>
<b>Klachtenregeling</b>	<p>Iedere Bopz-aangemerkte instelling dient te beschikken over een klachtenregeling conform de Wet Bopz</p>	<p>Art. 41 Wet Bopz</p>

## Uitvoering in de praktijk

Indicator	Norm	Bron van norm
<b>Zorgdossier/behandelingsplan</b>	<p>Zo spoedig mogelijk na opname wordt een behandelingsplan opgesteld door de voor de behandeling verantwoordelijk persoon.</p> <p>In artikel 38 worden eisen geformuleerd voor het opstellen van het behandelingsplan, wanneer het moet worden opgesteld, in overleg met wie, waar het op gericht dient te zijn, welke inhoud het dient te hebben en wanneer het uitgevoerd mag worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een behandelingsplan bevat de therapeutische middelen die zullen worden toegepast teneinde een zodanige verbetering van de stoornis van de geestvermogens van de patiënt te bereiken, dat het gevaar op grond waarvan de patiënt in de instelling verblijft, wordt weggenomen.</li> <li>- de therapeutische middelen moeten in relatie worden gebracht tot de somatische, psychiatrische en sociale aspecten van de stoornis. Het behandelingsplan wordt zodanig opgesteld, dat een regelmatige toetsing van de opgenomen middelen aan de bereikte resultaten mogelijk is.</li> </ul> <p><i>In de psychogeriatric en de gehandicaptenzorg zal het ondersteunings/zorgplan gericht zijn op het stabiliseren van de geestesstoornis en/of op het voorkomen van achteruitgang van de cliënt.</i></p>	<p>HKZ</p> <p>Art. 38, lid 1 en lid 2 Wet Bopz;</p> <p>Art. 38, lid 3 Wet Bopz;</p> <p>Besluit rechtspositieregelen Bopz, art. 2, lid 1;</p> <p>Nota van Toelichting op Besluit rechtspositieregelen Bopz, art. 2;</p> <p>Besluit rechtspositieregelen Bopz, art. 2, lid 2;</p> <p>Nota van Toelichting op Besluit rechtspositieregelen Bopz, art. 2;</p>

<b>Besluitvorming vrijheidsbeperking</b>	<p>Instellingen hebben beleid vastgelegd ter vermindering van vrijheidsbeperking met daarin verwerkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* aandacht voor preventie van vrijheidsbeperking</li> <li>* 50% van de onrustbanden wordt afgeschaft in 2010 en de overige onrustbanden in 2011</li> <li>* afname van de onrustbanden zal niet tot gevolg hebben dat andere vrijheidsbeperkende maatregelen toenemen.</li> <li>* in 2010 wordt het aantal langlopende vrijheidsbeperkingen met 25% wordt verminderd t.o.v. 2009?</li> <li>* in 2010 wordt het aantal meervoudige vrijheidsbeperkingen met 50% wordt verminderd t.o.v. 2009?</li> <li>* in 2010 het aantal vrijheidsbeperkingen met een collectief karakter wordt met 25% verminderd t.o.v. 2009?</li> <li>* (in de GZ) er zal geen afzondering bij kinderen plaatsvinden, zonder fysieke aanwezigheid van een begeleider.</li> <li>* aandacht voor het afbouwen van de collectieve maatregelen?</li> </ul>	<p>Intentieverklaring 18 november 2008</p>
<b>Preventief beleid vrijheidsbeperking</b>	<p>Aangezien de meeste vrijheidsbeperkingen worden toegepast in verband met valgevaar en/of agressie dienen op dat punt goede handelingswijzen in een protocol te zijn vastgelegd en te worden toegepast. Preventie uit zich ook in adequaat toezicht.</p>	<p>Kwaliteitswet; IGZ-circulaire 15-09-2008</p>
<b>Registratie middelen en maatregelen</b>	<p>De Bopz-arts moet zorg dragen dat van elke toepassing van een middel of maatregel en van de redenen die daartoe hebben geleid aantekening houden in een register (ingericht naar een door de minister vast te stellen model).</p>	<p>Art. 57 Wet Bopz</p>

## Bouwkundige en materiële voorzieningen

Indicator	Norm	Bron van norm
<b>Fixatiemateriaal</b>	<p>Onder fixatie wordt verstaan het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden, zoals met behulp van zweedse band, bratix-band, hand-, en voetsingels, onrustbanden, diepe ("geriatische") stoelen en beddekken.</p> <p>Indien een instelling fixatiemateriaal gebruikt, dient dit materiaal in voldoende mate aanwezig te zijn, en daarnaast hygiënisch, veilig en deugdelijk te zijn.</p> <p>Er moet zijn voldaan aan het Besluit medisch hulpmiddelen. Het fixatiemateriaal wordt volgens een onderhoudsrichtlijn periodiek preventief gecontroleerd, vervangen en gebreken worden onmiddellijk hersteld.</p> <p>Er is een overzicht van de gebruikte middelen.</p>	<p>Besluit middelen en maatregelen Bopz; Circulaire IGZ 15-09-2008 betreffende onrustbanden</p> <p>Wet op de medische hulpmiddelen</p>
<b>Afzonderingsruimten</b>	<p>Indien een instelling beschikt over afzonderingsruimten, dan dienen deze te voldoen aan de eisen van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Hierin worden eisen gesteld aan de bouwkundige gegevens, de inrichting, de veiligheid, het sanitair en de hygiëne. Daarnaast worden technische aandachtspunten gegeven</p>	<p>Besluit Bouwmaatstaven Separeer- en afzonderingsvoorzieningen, 2003 nr. 3.44, rapport nr. 0.111.</p>

## BIJLAGE 3 Toelichting scorekwalificaties

### Toelichting per getoetste norm:

Personele voorwaarden				
Indicator	Zeer hoog risico	Hoog risico	Gering risico	Geen risico
<b>Taakomschrijving en positie geneesheer-directeur</b>	De taken van de geneesheer directeur zijn niet of niet conform de Wet Bopz (schriftelijk) vastgelegd, of er ontbreken meer dan 3 aspecten uit de norm in de taakomschrijving.	De taken van de geneesheer directeur zijn conform de Wet Bopz schriftelijk vastgelegd. Er ontbreken maximaal 3 aspecten zoals genoemd in de norm. De positie van de GD is zodanig, dat de taken uitgevoerd kunnen worden.	De geneesheer directeur voert alle (schriftelijk vastgelegde) taken die de Wet Bopz hem/haar heeft toegekend uit maar er zijn specifieke redenen (verbeterpunten) om toch gering risico te scoren	De geneesheer directeur voert alle (schriftelijk vastgelegde) taken die de Wet Bopz hem/haar heeft toegekend uit
<b>Scholing medewerkers</b>	Er is niet voorzien in regelmatige (bij)scholing op het gebied van uitvoering van de Wet Bopz en in het bijzonder de toepassing van M&M. Uitvoerende medewerkers/ behandelteams zijn onvoldoende bekend met de eisen van de Wet Bopz.	Er zijn beperkt of onregelmatig mogelijkheden voor (bij)scholing op het gebied van uitvoering van de Wet Bopz en in het bijzonder de toepassing van M&M. Uitvoerende medewerkers/ behandelteams zijn onvoldoende bekend met de eisen van de Wet Bopz.	(Nieuwe) medewerkers die met de uitvoering van Wet Bopz te maken hebben, worden regelmatig (bij)geschoold op het gebied van uitvoering van de Wet Bopz en in het bijzonder de toepassing van M & M. Uitvoerende medewerkers/ behandelteams zijn bekend met de eisen van de Wet Bopz. <b><i>Er zijn echter verbeterpunten</i></b>	Er is een scholingsplan Bopz voor (nieuwe) medewerkers die met de uitvoering van Wet Bopz te maken hebben en periodiek wordt nagegaan of het scholingsplan resulteert in voldoende bekendheid met de Wet Bopz bij uitvoerende medewerkers/ behandelteams

<b>Organisatorische voorwaarden</b>				
<b>Indicator</b>	<b>Afwezig</b>	<b>Aanwezig</b>	<b>Operationeel</b>	<b>Geborgd</b>
<b>Bopz-beleidsnota</b>	Er is geen Bopz-beleidsnota of er ontbreken meer dan 3 van de 15 aspecten genoemd in de norm, dan wel meer dan 3 van de 15 aspecten zijn niet wetsconform beschreven.	Een Bopz-beleidsnota is aanwezig. Er ontbreken 1 tot 3 aspecten zoals genoemd in de norm en/of de Bopz-beleidsnota is niet bekend bij uitvoerende medewerkers.	De Bopz-beleidsnota voldoet aan de norm, is bekend bij medewerkers en er wordt naar gehandeld, <b>maar er zijn nog verbeterpunten</b>	De Bopz-beleidsnota voldoet aan de norm, is bekend bij betrokkenen en er wordt naar gehandeld.
<b>Protocollen Middelen en Maatregelen</b>	Er zijn geen uitvoeringsprotocollen voor het toepassen van M&M of de protocollen voldoen niet aan de eisen van de Wet Bopz of meer dan 2 van de 17 items uit de checklist ontbreken.	Voor het uitvoeren van M&M zijn protocollen opgesteld die voldoen aan de eisen van de Wet Bopz maar de protocollen zijn niet bekend bij de medewerkers en/of er wordt niet naar gehandeld.	Medewerkers kennen de protocollen voor het uitvoeren van M&M en handelen conform deze protocollen. <b>Er zijn echter verbeterpunten.</b>	Medewerkers kennen de protocollen voor het uitvoeren van M&M en handelen conform deze protocollen.
<b>Richtlijn /protocol zorg-patiëntendossier</b>	Er is geen richtlijn/ protocol zorg-patiëntendossier die voldoet aan de norm.	Er is een richtlijn/ protocol zorg-patiëntendossier die voldoet aan de norm, maar dossiers wijken op onderdelen af van de norm.	Er is een richtlijn/ protocol zorg-patiëntendossier die voldoet aan de norm en dossiers voldoen aan de norm, <b>maar er zijn verbeterpunten</b>	Er is een richtlijn/ protocol zorg-patiëntendossier die voldoet aan de norm en dossiers voldoen aan de norm.
<b>Klachtenregeling</b>	Er is geen klachtenregeling	Er is wel een klachtenregeling, maar die is niet op de Bopz afgestemd	Er is een klachtenregeling inclusief voor Bopz-klachten <b>maar er zijn verbeterpunten</b>	Er is een klachtenregeling, inclusief voor Bopz-klachten die actueel en conform de voorschriften is.

## **Uitvoering in de praktijk**

### *Zorgdossier/zorgplan*

- a. Instemming met zorgplan is niet zichtbaar in dossier
- b. Het zorgplan wordt niet tenminste twee keer per jaar geëvalueerd
- c. De Bopz-indicatie c.q. Bopz-status kan niet in het dossier worden teruggevonden
- d. In het zorgplan ontbreken zorgproblemen die elders, bijv. in de rapportages wel staan vermeld
- e. Niet alle voorgeschreven stukken zijn in het dossier opgenomen

Geen risico: geen van genoemde punten is van toepassing.

Gering risico: punt c en/of d en/of e is van toepassing

Hoog risico : punt b is van toepassing

Zeer hoog risico: punt b is van toepassing én één of meer van de andere punten is van toepassing.

---

### *Vrijheidsbeperking: besluitvorming*

- a. Bij de beslissing tot vrijheidsbeperking is geen arts betrokken
- b. Vrijheidsbeperking wordt niet regelmatig geëvalueerd
- c. Er worden geen alternatieven uitprobeernd
- d. Instemming is niet kenbaar in de dossiers

Geen risico: geen van genoemde punten is van toepassing

Gering risico: punt a of c of d is van toepassing

Hoog risico: a en/of b en/of c en/of d is van toepassing

Zeer hoog risico: a én tenminste twee andere punten zijn van toepassing

---

### *Preventief beleid*

- a. Geen schriftelijk beleid rond agressie/gedragsproblemen
- b. Geen schriftelijk beleid rond valpreventie
- c. Geen alternatieve acties
- d. Sederende medicatie wordt ingezet zonder alternatieve pogingen tot reductie gedragsprobleem

Geen risico: geen van genoemde punten is van toepassing

Gering risico: wel duidelijk beleid rond valpreventie en gedragsproblemen maar niet op schrift en/of punt c is van toepassing

Hoog risico: punt a én punt b is van toepassing en zonder duidelijk beleid qua uitvoering en/of punt c is van toepassing

Zeer hoog risico: tenminste drie punten zijn van toepassing.

---

### *Registratie middelen en maatregelen*

- a. een totaal-registratie is niet beschikbaar
- b. een totaal-registratie is beschikbaar maar niet actueel c.q. volledig
- c. de registratie voldoet niet aan de wettelijke vereisten

Geen risico: geen van genoemde punten is van toepassing

Gering risico: punt b en/of c is van toepassing

Hoog risico: punt a is van toepassing

