

Vergaderjaar 2002–2003

28 950

Dementerenden en de Wet BOPZ

Nr. 2

RAPPORT

Inhoud

	SAMENVATTING	5	4.4.2	Omvang en intensiteit	27
			4.5	Redenen voor toepassing van vrijheidsbeperking	28
1	INLEIDING	9		BOPZ-aanmerkingen	29
1.1	Achtergrond onderzoek	9	4.6	Instellingen met BOPZ-aanmerking	29
1.1.1	Context	9	4.6.1	Instellingen zonder BOPZ-aanmerking	30
1.2	Betrokken actoren	12	4.6.2		
1.3	Inhoud en aanpak van het onderzoek	13			
1.4	Leeswijzer	13	5	INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG	31
			5.1	Taken en verantwoordelijkheden	31
2	WET- EN REGELGEVING	15	5.1.1	Toezicht	31
2.1	De Wet BOPZ	15	5.1.2	Het aanmerken van instellingen	32
2.2	Soorten opnamen	16	5.2	De Inspectie in de praktijk	32
2.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	16	5.2.1	De hoofdinspectie	32
2.3.1	Soorten vrijheidsbeperking	16	5.2.2	Regionale inspecties voor de Gezondheidszorg	34
2.3.2	Situaties waarin vrijheidsbeperking toegestaan is	17			
2.3.3	Toepassing Wgbo	18	6	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	36
2.4	Rol minister van VWS bij de Wet BOPZ	18	6.1	Conclusies	36
			6.2	Aanbevelingen	38
3	INDICATIEORGANEN EN ZORGKANTOREN	20			
3.1	Het Regionaal Indicatie Orgaan	20	7	REACTIE STAATSSECRETARIS VAN VWS EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER	40
3.1.1	Regionale Indicatie Organen in de praktijk	20	7.1	Reactie staatssecretaris van VWS	40
3.2	Het zorgkantoor	21	7.2	Nawoord Algemene Rekenkamer	42
3.2.1	Zorgkantoren in de praktijk	21			
4	ZORGAANBIEDERS	23	Bijlage 1	Onderzoeken over het onderwerp Wet BOPZ	43
4.1	Inleiding	23	Bijlage 2	Stroomschema toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen	46
4.2	Verantwoordelijkheden zorgaanbieders	23	Bijlage 3	Samenvattend overzicht met conclusies, aanbevelingen, de reactie van de staatssecretaris van VWS en nawoord Algemene Rekenkamer	47
4.2.1	Algemeen	23	Bijlage 4	Lijst van gebruikte afkortingen	49
4.2.2	Zorgbeleid	24			
4.3	Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen	24			
4.4	Toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen	26			
4.4.1	Aantal zorgaanbieders	26			

SAMENVATTING

De groep van dementerende ouderen is een kwetsbare, groeiende groep in de samenleving. Van de dementerende ouderen die in verpleeg- en verzorgingshuizen wonen, is het grootste deel onvrijwillig opgenomen. Bij de door de Algemene Rekenkamer bezochte verpleeg- en verzorgingshuizen bleek het om 96% van de dementerende ouderen te gaan. Om de rechtspositie van deze groep te beschermen, is de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) van toepassing. Sinds 1999 is deze wet ook van toepassing op verzorgingshuizen.

Deze wet bepaalt wanneer iemand onvrijwillig opgenomen mag worden, aan welke eisen instellingen moeten voldoen en aan welke regels hulpverleners zich bij de behandeling moeten houden, met name daar waar het gaat om het toepassen van maatregelen die een beperking van de bewegingsvrijheid betekenen. Door het verplichten van registratie en melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, wordt beoogd het toepassen van dwangbehandelingen en van vrijheidsbeperking in noodsituaties inzichtelijk te maken. Het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg is een extra waarborg voor de rechtsbescherming.

De Algemene Rekenkamer heeft in de periode juli – oktober 2002 onderzoek verricht naar de uitvoering van de Wet BOPZ in de psychogeriatric. Centraal stond de vraag hoe de bij de uitvoering van de Wet BOPZ betrokken organisaties invulling geven aan hun verantwoordelijkheid. In vijf zorgkantoorregio's is onderzocht in hoeverre, met name in verzorgingshuizen, vrijheidsbeperking toegepast wordt bij dementerenden.

Belangrijkste conclusie is dat er een kloof is tussen enerzijds de strekking en bepalingen van de Wet BOPZ en de uitvoeringsbesluiten en anderzijds de werkbaarheid ervan in de praktijk van de zorg voor dementerenden. Dit heeft gevolgen voor de bescherming van de rechtspositie van dementerende ouderen en voor de inzichtelijkheid in de waarborging van de rechtsbescherming.

De Wet BOPZ is (van oorsprong) vooral gericht op het tijdelijk gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, terwijl de maatregelen bij dementerende ouderen vaak structureel zijn. Uit het onderzoek blijkt dat vrijheidsbeperking in de ouderenzorg nauwelijks plaatsvindt in geval van dwang en nog minder in geval van nood. Daarnaast wordt niet elk verzet tegen opgelegde vrijheidsbeperkingen als zodanig herkend. Voorts gaat de Wet BOPZ uit van een behandeling, terwijl dementerende ouderen vooral behoefte hebben aan verpleging en verzorging. Vaak is bij deze doelgroep geen sprake van verbetering van de geestesstoornis, waardoor een behandeling weinig zin heeft. Ook concludeert de Algemene Rekenkamer dat ziekenhuizen en een groot aantal verzorgingshuizen een BOPZ-aanmerking zouden moeten hebben, maar deze komen daar niet voor in aanmerking, omdat in deze instellingen alleen afdelingen en niet de hele instelling een BOPZ-aanmerking (lees «vergunning») kan krijgen. De Wet BOPZ sluit op dit punt niet aan bij het beleid van veel niet BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen om dementerenden zo lang mogelijk in hun eigen appartement te laten wonen.

Invulling verantwoordelijkheid

De *Regionale Indicatie Organen* geven indicaties af voor ouderenzorg. Ze moeten bovendien onderzoeken of een betrokkene opgenomen wil worden of zich daartegen verzet. De Regionale Indicatie Organen vinden het moeilijk om met name het kernbegrip «verzet» eenduidig te hanteren. Dit begrip is cruciaal om vast te stellen of iemand noch bereidheid noch verzet toont tegen opname en of opname noodzakelijk is.

Hoewel de *zorgkantoren* op grond van de Wet BOPZ geen specifieke taak hebben, zijn zij wel verantwoordelijk voor zorginkoop en -toewijzing. Zij zijn echter niet op de hoogte van de totale capaciteit voor psychogeriatricie in de regio. Evenmin weten ze welke instellingen de Wet BOPZ mogen uitvoeren en om hoeveel plaatsen het gaat.

Wanneer *zorgaanbieders* (verpleeg- en verzorgingshuizen) een BOPZ-aangemerkte afdeling hebben, mogen zij onder voorwaarden vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen. Bij de zorgaanbieders is onduidelijk wat er onder «vrijheidsbeperking» wordt verstaan. Dit geldt ook voor de definitie van «verzet tegen».

De *Inspectie voor de Gezondheidszorg* houdt toezicht op de kwaliteit van zorg en op de uitvoering van de Wet BOPZ. Op landelijk niveau zijn BOPZ-kaders en instrumenten ontwikkeld en jaarlijks wordt een werkplan opgesteld. Toch houden de regionale inspecteurs verschillend toezicht in hun regio's.

De *minister van VWS* heeft de rol om de organisaties die de Wet BOPZ uitvoeren te faciliteren door middel van wet- en regelgeving, beleid en evaluatie daarvan en het beschikbaar stellen van financiële middelen. Ook heeft hij de verantwoordelijkheid grondrechten en -beginselen als zelfbeschikking, bewegingsvrijheid en lichamelijke integriteit te waarborgen.

Het onderzoek laat zien dat er tussen de onderzochte regio's verschillen zijn wat betreft indicatiestelling, financiering, aantal BOPZ-aangemerkte plaatsen in de regio's, zorgaanbod en toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Door deze verschillen is er geen vergelijkbare, transparante informatie over de uitvoering van de Wet BOPZ. Ook is er daardoor verschil in rechtsbescherming voor dementerenden. De verschillen komen met name voort uit het feit dat begrippen uit de Wet BOPZ en uitvoeringsbesluiten niet altijd eenduidig uitgelegd worden en uit de verschillende visies die de betrokkenen op hun rol hebben. Waar de verschillen voortvloeien uit onhelderheid van de wet en uitvoeringsbesluiten, heeft de minister de taak ervoor zorg te dragen dat dit wel duidelijk wordt. Na enige opstartproblemen worden inmiddels wel voorlichtingsbijeenkomsten gehouden en is informatiemateriaal ontwikkeld. Maar belangrijke begrippen als «verzet» en wat precies onder vrijheidsbeperkende maatregelen verstaan moet worden, zijn nog niet verhelderd.

BOPZ en Wgbo

Vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals rustgevend medicatie met kortdurende werking of fixatie) worden feitelijk ook toegepast op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). Onder deze wet is vrijheidsbeperking toegestaan wanneer er een medische noodzaak is om lichamelijk lijden te verhelpen. De Wet BOPZ spreekt van afwendings van ernstig gevaar voor de patiënt die in zijn geestesvermogens gestoord is. In de praktijk blijkt in geval van dementie

niet altijd helder te zijn of het bij toepassing van dwang of vrijheidsbeperking gaat om een BOPZ- of Wgbo-situatie. Door de meeste verpleeg- en verzorgingshuizen wordt vrijheidsbeperking toegepast ter bescherming van de cliënt om ernstig nadeel, zoals vallen of dwalen te voorkomen. Het onderscheid BOPZ versus Wgbo is van belang voor de mate van rechtsbescherming voor de patiënt en de transparantie daarvan, met name wat betreft de registratie en melding van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Transparantie van vrijheidsbeperking in de praktijk

Het is lastig om inzicht te krijgen in de toepassing van vrijheidsbeperking over een heel jaar, aangezien de registratie nauwelijks centraal in de instelling plaatsvindt. Van de meeste instellingen is informatie verkregen over de stand van zaken op het moment van onderzoek. Naar de mening van de Algemene Rekenkamer verhoogt centrale registratie de bewustwording rond (de frequentie van) toepassing van vrijheidsbeperking.

Aanbevelingen

De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan om de uitvoerbaarheid van de Wet BOPZ op voortvarende wijze te verbeteren. Dit kan door begrippen te verhelderen en de eisen die aan instellingen voor ouderenzorg gesteld worden als zij een BOPZ-aanmerking willen aanvragen, meer aan te laten sluiten op de ontwikkelingen in de praktijk. Tevens beveelt zij aan de mogelijkheid én wenselijkheid te onderzoeken om één wettelijk kader tot stand te brengen dat beter aansluit bij de specifieke kenmerken van deze sector. Daarbij is het belangrijk dat er rekening gehouden wordt met de beoogde rechtsbescherming voor dementerende ouderen.

Ook onderstreept de Algemene Rekenkamer het belang dat de instellingen hun toepassing van vrijheidsbeperking registreren, ook als hierover overeenstemming met de patiënt bestaat. Bij de in het onderzoek betrokken instellingen die centraal registreren, bleek het bewustzijn rond vrijheidsbeperkend handelen groter te zijn en werd daarom nogmaals kritisch bekeken of het ook echt nodig was. Bovendien kon zodoende ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg beter worden gefaciliteerd. Dit verhoogt zowel de rechtsbescherming van dementerende ouderen als de transparantie van de toepassing van vrijheidsbeperking.

Hoewel het niet een specifiek onderwerp van onderzoek was, kwam in diverse gesprekken naar voren dat er veel behoefte is aan extra informatie over dementie. Regionale Indicatie Organen en verzorgingshuizen geven aan dat de kennis over dementie onder andere bij huisartsen sterk verschilt. Als gevolg hiervan kan niet altijd even snel en efficiënt gewerkt worden. Ook heeft familie vaak behoefte aan informatie over de ziekte. Daarom beveelt de Algemene Rekenkamer aan de mogelijkheid van een consultatiebureau voor geriatrie nader te onderzoeken, of tenminste de voorlichting over dementie te verbeteren.

Reactie staatssecretaris VWS en nawoord Algemene Rekenkamer

Op 29 april 2003 heeft de staatssecretaris van VWS een schriftelijke reactie gegeven op de bevindingen van de Algemene Rekenkamer. Zij onderschrijft de conclusies en aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer grotendeels.

Zij stemt in met de bevinding dat de Wet BOPZ en de praktijk op een aantal punten ver uit elkaar liggen. Het knelpunt hiervoor ligt naar haar

mening niet in de onhelderheid van begrippen, maar in de aansluiting van die begrippen in de praktijk van zorg voor dementerenden.

De staatssecretaris staat positief tegenover de mogelijkheid van een ander wettelijk kader voor zowel de psychogeriatric als de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Of de eisen voor een BOPZ-aanmerking voor instellingen voor ouderenzorg meer aan moeten sluiten op ontwikkelingen in de praktijk, laat de staatssecretaris afhangen van een onderzoek, dat in de zomer van 2003 afgerond is. Hierin staat de vraag centraal of er verschil is in kwaliteit van zorg voor dementerende bewoners wanneer zij verspreid in een verzorgingshuis verblijven in plaats van op een aparte afdeling. Als dit onderzoek afgerond is, zal bekeken worden of de eis vanuit zorginhoudelijke overwegingen aangepast kan worden.

De staatssecretaris is van mening dat een instelling met centrale registratie op instellingsniveau van vrijheidsbeperking een instrument in handen heeft om de kwaliteit van de geboden zorg te evalueren en te verbeteren. Zij vindt dit primair de verantwoordelijkheid van de instelling zelf. De brancheorganisatie heeft een belangrijke rol te vervullen in het ontwikkelen van ICT-instrumentarium voor de sector.

De staatssecretaris vindt dat aspecten in de keten van ouderenzorg hernieuwde aandacht vragen, zoals eenduidige indicatiestelling, de zorginkoop en -toewijzing van BOPZ-plaatsen en de uniformering van het toezicht. Ze geeft daarbij aan dat met name de zorgkantoren een eigen verantwoordelijkheid hebben als het gaat om de capaciteit voor dementerenden. De ministeriële verantwoordelijkheid bestaat uit het goed laten functioneren van het systeem.

De staatssecretaris gaat nader onderzoeken of de mogelijkheid voor een consultatiebureau voor geriatrie en meer voorlichting over dementie aansluit bij het beleid dat zij in gang gezet heeft om de zorgketen op (sub)regionaal niveau te versterken.

De Algemene Rekenkamer is verheugd over de positieve houding van de staatssecretaris ten opzichte van de conclusies en aanbevelingen. Zeker met het oog op de toename van de groep dementerende ouderen. Maar ook voor de rechtsgelijkheid, want het expliciteren van rechten van onvrijwillig opgenomen ouderen moet zó zijn vormgegeven dat het in de praktijk eenduidig toegepast kan worden.

Onderdeel van de verantwoordelijkheid van de staatssecretaris is naar de mening van de Algemene Rekenkamer ook het signaleren en zondig opheffen van onvolkomenheden in het systeem van onder andere de toegankelijkheid van de zorg voor dementerende ouderen. Als zorgkantoren vanuit hun zorgtoewijzende verantwoordelijkheid geen zicht hebben op het aantal pg-plaatsen en BOPZ-aangemerkte plaatsen in de regio, kan de bewindspersoon van VWS ook nooit op landelijk niveau vaststellen of de toegankelijkheid van de zorg voor dementerende ouderen gewaarborgd is.

De Algemene Rekenkamer zal met belangstelling de activiteiten, die de staatssecretaris toezegt, blijven volgen.

1 INLEIDING

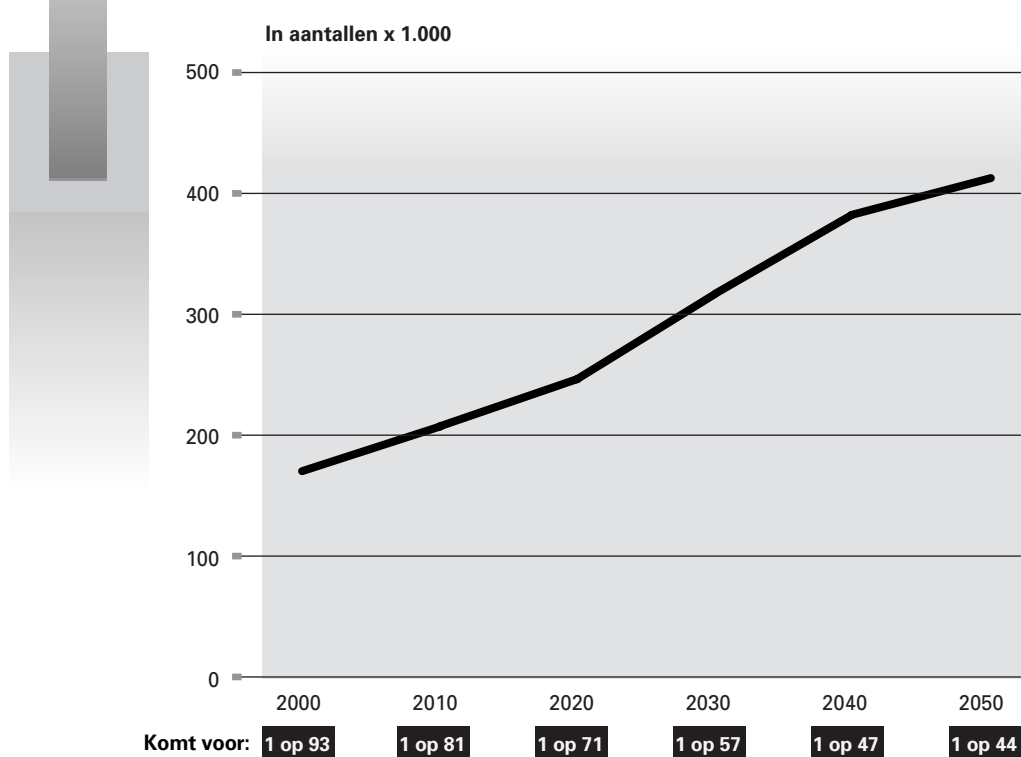
1.1 Achtergrond onderzoek

1.1.1 Context

Nederland vergrijsst. De groep dementerende ouderen zal in de nabije toekomst sterk toenemen. In maart 2002 heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht over dementie¹. Aan de hand van schattingen worden in dit advies prognoses gemaakt voor het aantal dementerenden (zie figuur 1).

Schattingen aantal dementerenden van 65 jaar en ouder

Figuur 1



Bron: Dementie, Gezondheidsraad, 2002

Niet alleen de vraag naar verpleging en verzorging zal de komende decennia toenemen, ook de inhoud van de vraag wijzigt. Ouderen blijven langer in hun eigen omgeving wonen².

In 2000 verbleef naar schatting 35% van alle dementiepatiënten in een verpleeg- of verzorgingshuis (circa 59 500 mensen). In veel verzorgingshuizen is het beleid om dementerenden zo lang mogelijk in hun eigen appartement te laten wonen (zeker als er een niet-dementerende partner is). Een verhuizing naar een speciale afdeling kan het dementieproces versnellen en wordt daarom zo lang mogelijk uitgesteld.

¹ Dementie, Gezondheidsraad, maart 2002.

² Zie ook het onderzoek «Wonen, zorg en welzijn voor ouderen» dat de Algemene Rekenkamer 15 juni 2003 publiceert.

De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) beschermt de rechten van onvrijwillig opgenomen patiënten, onder wie dementerende ouderen³. De wet bepaalt wanneer iemand tegen zijn wil opgenomen mag worden, welke eisen aan zorginstellingen worden gesteld en aan welke regels hulpverleners zich bij de behandeling van de patiënt moeten houden, met name daar waar het gaat om het toepassen van maatregelen die een beperking in de bewegingsvrijheid betekenen. Voorbeelden van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn: het gebruik van bedhekken, de patiënt afzonderen in speciale ruimte en gedwongen toedienen van (rustgevende) medicatie.

Vrijheidsbeperking mag alleen bij dementerenden worden opgelegd wanneer zij in een zogenaamde BOPZ-aangemerkte instelling verblijven. Het gaat dan om verpleeg- en verzorgingshuizen die op een daartoe aangewezen afdeling 24-uurs zorg aan dementerenden aanbieden. Deze instellingen mogen onder voorwaarden deze vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen. Bij bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen die niet onder de Wet BOPZ vallen mogen dus geen vrijheidsbeperkende maatregelen onder dwang genomen worden. Dit kan vanuit goed zorgverlenerschap wel verlangd worden. Aangezien de groep dementerenden in de nabije toekomst steeds groter zal worden en steeds meer dementerende ouderen langer in verzorgingshuizen verblijven, bestaat de kans dat – omdat instellingen niet aan alle eisen van de Wet BOPZ kunnen en willen voldoen – vrijheidsbeperkende maatregelen onrechtmatig worden toegepast, waardoor de rechtsbescherming voor deze kwetsbare groep in het gedrang komt.

Per augustus 2002 hebben 150 van de 1366 verzorgingshuizen een BOPZ-aanmerking. Van 122 huizen is bekend dat er 2942 plaatsen BOPZ-aangemerkt zijn. Van de overige 28 verzorgingshuizen is niet bekend op hoeveel plaatsen de aanmerking betrekking heeft. Van de pg-afdelingen van verpleeghuizen zijn in 1994 alle 27 631 plaatsen BOPZ-aangemerkt. Niet alle uitbreidingen sinds die tijd zijn ook BOPZ-aangemerkt, dus is ook van de verpleeghuizen het precieze aantal BOPZ-plaatsen niet bekend.

De minister van VWS heeft een beperkt beeld van de aanwezige pg capaciteit en van de toereikendheid daarvan in de regio's. Het precieze aantal BOPZ-aangemerkte plaatsen in de verpleeghuizen en verzorgingshuizen is niet bekend en nergens bijgehouden. Het zullen er niet meer zijn dan 37 500.

³ In het vervolg zal zowel van «dementerende ouderen» als van «pg-patiënten» gesproken worden. «Pg» staat voor psychogeriatric. Bedoeld worden patiënten waarbij dementie als voornaamste diagnose is gesteld en die 24-uur zorg behoeven.

Tabel. Basisgegevens pg-zorg

	Aantal instellingen	Financieel belang 2001 x € 1 mln	Capaciteit (# bedden)			Aantal BOPZ plaatsen
			Somatiek	PG	Totaal	
Verpleeghuizen		Totaal				
* Intramuraal	334	3 423,7	26 772	33 093	59 865	> 27 631
* Dagbehandeling	267		2 281	2 908	5 189	Nvt
Verzorgingshuizen	1 366	2 988,0	Niet uit te splitsen		112 441	> 2 942 (n=122)

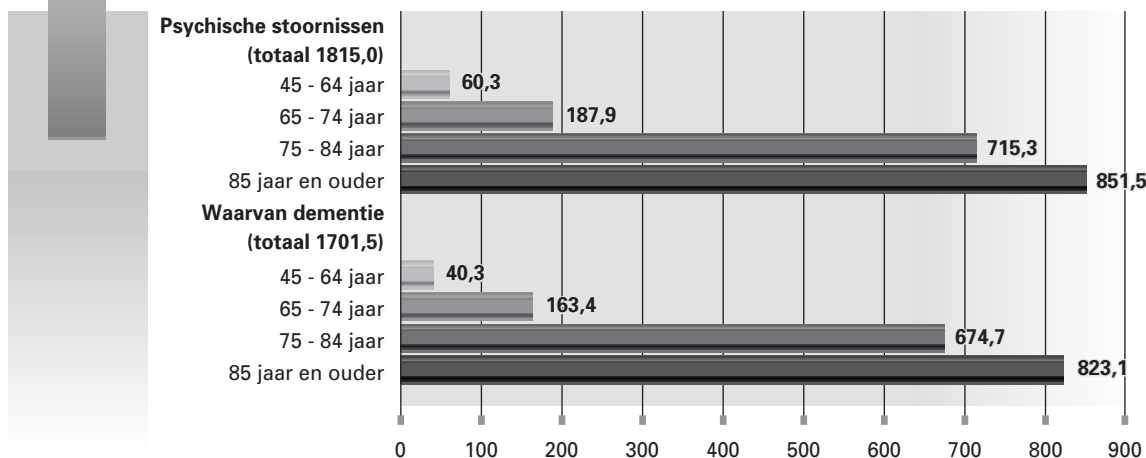
Bronnen: Zorgnota 2002; Prismant, basisgegevens per 1-1-2002; gegevens over verzorgingshuizen : CBS 2002; gegevens over BOPZ aangemerkte plaatsen: VWS.

Aannemende dat alle circa 37 500 BOPZ-aangemerkte plaatsen bezet worden door dementerende ouderen, kan op basis van het voorgaande vastgesteld worden dat er circa 22 000 (59 500–37 500) dementerende ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen niet op een BOPZ-aangemerkte plaats verblijven. Dit geldt derhalve voor 37% van de dementerende ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen.

In het onderzoek «Kosten van ziekten in Nederland» uit 1999 van het RIVM wordt gesteld dat de kosten voor psychische stoornissen voor mensen vanaf 45 jaar in verpleging en verzorging € 1 825 mln bedroegen. In het onderzoek zijn de kosten zowel onderscheiden naar leeftijdsgroep als naar sector 95% van dit bedrag wordt gevormd door kosten voor dementie.

Kosten van psychische stoornissen in verpleging en verzorging naar leeftijdsklasse, 1999 (x miljoen euro)

Figuur 2



Bron: rivm.nl/kostenvanziekten

De kosten voor dementie bedroegen in 1999 24,5% van de kosten voor de hele sector verpleging en verzorging en 5,1% van de totale kosten in de Nederlandse gezondheidszorg.

1.2 Betrokken actoren

Bij de uitvoering van de Wet BOPZ in de psychogeriatric is een aantal organisaties betrokken:

- Het Regionaal Indicatie Orgaan stelt de indicatie voor de benodigde zorg;
- Het zorgkantoor wijst zorg aan de zorgvragers toe en koopt de zorg in;
- Zorgaanbieders, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen verlenen de zorg;
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van zorg en op de uitvoering van de Wet BOPZ.

De minister van VWS faciliteert en stimuleert deze organisaties door middel van wet- en regelgeving, beleid alsmede evaluatie daarvan en stelt de benodigde financiële middelen beschikbaar. Dit vanuit de verantwoordelijkheid die de overheid heeft om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid (artikel 22 van de Grondwet). De minister van VWS stelt zich ten doel om een tijdige, passende, kwalitatief goede en betaalbare verpleging, verzorging en dienstverlening te realiseren voor mensen die daaraan een maatschappelijk aanvaarde behoefte hebben.

De minister van VWS acht zich systeem-, maar niet resultaat-verantwoordelijk voor deze algemene beleidsdoelstelling. Om deze verantwoordelijkheid te realiseren is de minister mede afhankelijk van diverse actoren, zoals de genoemde organisaties.

Naar de mening van de Algemene Rekenkamer is sprake van een systeemverantwoordelijkheid wanneer de minister een voorwaarden-scheppende verantwoordelijkheid heeft en wanneer het feitelijk leveren van de prestaties – de uitvoering van het beleid -bij andere actoren is gelegd. Binnen dit kader zal de minister ervoor moeten zorgen dat hij goed geïnformeerd is over het functioneren van het systeem waarmee het beleid wordt uitgevoerd. Vanuit de Wet BOPZ is dit het systeem van indicatiestelling, zorgtoewijzing en –inkoop, zorgverlening en toezicht. Op basis van deze informatie kan de minister zijn eigen beleid evalueren en zo nodig bijstellen, dan wel kan hij deze informatie gebruiken bij het aanspreken van de diverse betrokkenen op hun eigen – uitvoerings – verantwoordelijkheid. Daarnaast is beleidsinformatie over de resultaten nodig om te kunnen beoordelen in welke mate het systeem effectief is. De minister van VWS blijft daarmee te allen tijde een toetsende medeverantwoordelijkheid behouden voor de feitelijk behaalde resultaten. Blijven de beoogde resultaten geheel of gedeeltelijk uit, dan is de minister daarvoor in het individuele geval niet verantwoordelijk te stellen, maar dient hij zich wel af te vragen of de oorzaak hiervan is gelegen in tekortkomingen in het systeem. Voor tekortkomingen in het systeem acht de Algemene Rekenkamer de minister verantwoordelijk.

De overheid is tevens verantwoordelijk voor de waarborging van andere wettelijke, soms ook internationaal gegarandeerde grondrechten, zoals zelfbeschikking, rechtsbescherming, bewegingsvrijheid, bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit en het recht om gevrijwaard te blijven van mensonwaardige behandeling of bestraffing.

Regelgeving met betrekking tot zorg dient naar de mening van de Algemene Rekenkamer niet alleen een kwalitatief goede zorg te bevorderen, maar moet ook voldoende waarborgen bieden voor rechtsbescherming. Rechten moeten duidelijk omschreven zijn en een inbreuk daarop moet zicht- en toetsbaar zijn. Daar waar wetgeving en praktijk uit de pas lopen, dient de minister van VWS bij te sturen.

1.3 Inhoud en aanpak van het onderzoek

De Wet BOPZ is vanuit diverse invalshoeken regelmatig onderwerp van onderzoek geweest bij andere onderzoeksinstituten (zie bijlage 1). Het onderzoek van de Algemene Rekenkamer heeft zich toegespitst op de vraag hoe de actoren die een rol hebben bij de rechtsbescherming van onvrijwillig opgenomen patiënten invulling geven aan hun verantwoordelijkheid. Daarbij heeft zij zich toegespitst op de (toenemende groep) dementerende ouderen, die ook veelvuldig in niet-BOPZ aangemerkte instellingen verblijven.

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode juli-oktober 2002. Voor het onderzoek is een selectie gemaakt van vijf zorgkantorregio's. Vooronderstelling bij de selectie was dat ongeoorloofde toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen minder vaak zal voorkomen in die regio's waar een relatief groot aantal BOPZ plaatsen in de instellingen is en waar de wachtlijsten voor pg verpleeghuisopname klein zijn dan in regio's waar een relatief klein aantal BOPZ plaatsen is en waar de wachtlijsten groot zijn. In het laatste geval zou immers het aantal dementerenden in een «verkeerd bed» het grootst zijn, met het grootste risico op ongeoorloofde toepassing van vrijheidsbeperking. Deze vooronderstelling bleek in de praktijk voor de onderzochte instellingen niet te kloppen. De intensiteit van toepassing van vrijheidsbeperking in verzorgingshuizen met een BOPZ aanmerking verschilt niet van de intensiteit van toepassing in niet aangemerkte verzorgingshuizen (zie ook hoofdstuk 4).

De Algemene Rekenkamer heeft in deze regio's informatie verzameld bij 19 verzorgingshuizen, 5 verpleeghuizen, 3 thuiszorgorganisaties, 2 ziekenhuizen, 1 psychiatrisch ziekenhuis, 5 regionale indicatieorganen, 5 zorgkantoren en 6 inspecteurs voor de gezondheidszorg in de regio⁴. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met medewerkers van het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hoofdinspectie) en Arcares, de brancheorganisatie voor Verpleging en Verzorging.

De onderzoeksvragen voor de geselecteerde regio's hadden betrekking op het volgende:

- Hoe geven de betrokken actoren invulling aan hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de Wet BOPZ voor psychogeriatrische patiënten?
- In hoeverre worden de verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast op dementerenden in de regio's?

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt allereerst het wettelijk kader uiteengezet waaraan de Algemene Rekenkamer haar normen heeft ontleend. In hoofdstuk 3 wordt beschreven welke rol de Rio's en zorgkantoren spelen in de waarborging van rechtsbescherming voor dementerende ouderen. De zorgaanbieders staan in hoofdstuk 4 centraal. Ingegaan wordt op hun beleid vrijheids-

⁴ In de verzorgingshuizen is veelal gesproken met de directeur en het hoofd zorgverlening/zorgmanager, in de verpleeghuizen is informatie verkregen van de verpleeghuisarts, in de ziekenhuizen is gesproken met afdelingshoofden.

beperkende maatregelen al dan niet toe te passen en de frequentie hiervan. Hoofdstuk 5 behandelt het toezicht vanuit de Wet BOPZ dat door de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt uitgevoerd. Hoofdstuk 6 bevat de conclusies en aanbevelingen. In hoofdstuk 7 zijn de reactie van de staatssecretaris van VWS en het nawoord van de Algemene Rekenkamer opgenomen.

Bijlage 1 bevat een overzicht van relevant ander onderzoek op het terrein van de Wet BOPZ, waaronder de beide wetsevaluaties.

Bijlage 2 bevat een stroomschema toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Bijlage 3 bevat een samenvattend overzicht met conclusies, aanbevelingen, de reactie van de staatssecretaris van VWS en het nawoord van de Algemene Rekenkamer.

Bijlage 4 bevat een lijst met gebruikte afkortingen.

2 WET- EN REGELGEVING

2.1 De Wet BOPZ

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) is in januari 1994 in werking getreden⁵. De wet regelt de rechtspositie van onvrijwillig opgenomen patiënten in de psychiatrie, de psychogeriatric (pg) en de verstandelijk gehandicaptenzorg. De Wet BOPZ is opvolger van de Krankzinnigenwet, die niet van toepassing was op de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg.

Een belangrijk uitgangspunt van de Wet BOPZ is het respecteren van het beginsel van zelfbeschikking van degenen die in hun geestesvermogens zijn gestoord. Op dit beginsel mag slechts in bijzondere situaties een inbreuk worden gemaakt: als degene die in zijn geestesvermogens is gestoord vanwege die stoornis een gevaar voor zichzelf of voor zijn omgeving veroorzaakt (het gevaarscriterium). Voorts als betrokkene niet te kennen heeft gegeven bereid te zijn tot een vrijwillige interventie die het gevaar kan keren (het bereidheidscriterium). Tenslotte is de inbreuk op het beginsel van zelfbeschikking een laatste middel om het gevaar af te wenden (het ultimatum remedium criterium).

Daarnaast biedt de wet rechtsbescherming aan degenen die onvrijwillig opgenomen zijn. De Wet BOPZ stelt striktere criteria ten aanzien van gedwongen *behandelen*⁶, dan ten aanzien van *opnemen* van een persoon. De patiënt moet in principe toestemming geven voor de behandeling. Gedwongen behandeling is slechts toegestaan als een onvrijwillig opgenomen patiënt ernstig gevaar veroorzaakt, voortvloeiend uit de stoornis van de geestesvermogens, voor zichzelf of voor anderen en de behandeling volstrekt noodzakelijk is om dat gevaar af te wenden.

Alleen instellingen die een zogenaamde «BOPZ-aanmerking» hebben kunnen patiënten met een BOPZ-indicatie, «Rechterlijke Machtiging» (RM) of «In Bewaring Stelling» (IBS) opnemen en vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen.

Dit aanmerken als BOPZ-instelling gebeurt, op aanvraag van de instelling, na advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, door een beschikking van de minister van VWS. De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst de instelling aan een aantal kwaliteitscriteria. Bij de inwerkingtreding van de Wet BOPZ in 1994 zijn alle toentertijd bestaande psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatric verpleeghuizen als BOPZ-instelling aangemerkt. Instellingen moeten voor nieuw op te richten afdelingen zelf een aanvraag indienen.

In het kabinetsstandpunt op de eerste evaluatie van de Wet BOPZ stelt het kabinet dat «het in de rede ligt om ook de verzorgingshuizen onder de reikwijdte van de Wet BOPZ te brengen. Dit maakt het mogelijk voor een afdeling van de verzorgingshuizen om BOPZ-aangemerkt te worden, wanneer dit gezien het ziektebeeld van een deel van de bewoners noodzakelijk is. Hiermee verkrijgen ook verzorgingshuizen een rechtsgrond op basis waarvan eventuele vrijheidsbeperkende maatregelen, die noodzakelijk zijn op grond van het ziektebeeld van de patiënt kunnen worden toegepast»⁷.

Met ingang van 1 december 1999 is de reikwijdte van de Wet BOPZ uitgebreid tot verzorgingshuizen, waardoor deze in principe een BOPZ

⁵ Stb. 1992, 669.

⁶ Behandeling in het kader van de Wet BOPZ heeft alleen betrekking op het zodanig verbeteren van de stoornis dat het gevaar, dat reden was voor opneming, wordt opgeheven.

⁷ Tweede Kamer 1997/1998, 25 763, nr. 1, blz 31 e.v.

aanmerking kunnen verkrijgen. Dit betekent dat de verzorgingshuizen zelf actie moeten ondernemen.

2.2 Soorten opnamen

Er zijn twee soorten opnamen. De wijze van opname heeft consequenties voor de rechtspositie van de patiënt, de eventuele toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en de registratie en melding ervan.

- Vrijwillig: de cliënt gaat akkoord met de opname en is derhalve vrijwillig opgenomen.
- Onvrijwillig, onder te verdelen in
 - Opname ex artikel 60 van de Wet BOPZ: de cliënt toont geen bereidheid en geen verzet tegen opname. Het indicatieorgaan beoordeelt of de opname noodzakelijk is.
 - Opname met een IBS of RM: de cliënt verzet zich tegen opname en heeft een «In bewaring Stelling» of een «Rechterlijke Machtiging». De opname is noodzakelijk omdat er anders gevaar optreedt voor de cliënt, andere personen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

In de psychogeriatric is bij 96%⁸ sprake van onvrijwillige opname op grond van geen bereidheid en geen verzet tegen opname.

2.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

2.3.1 Soorten vrijheidsbeperking

Uit de Wet BOPZ kunnen twee soorten van vrijheidsbeperking worden afgeleid die respectievelijk zijn vermeld in de artikelen 39 en 40.

Het Besluit middelen en maatregelen (verder te noemen Uitvoeringsbesluit), dat is gebaseerd op artikel 39 lid 1 van de Wet BOPZ, noemt vijf mogelijke toepassingen van middelen of maatregelen ter overbrugging van noodsituaties:

- Separatie in een speciaal daarvoor bestemde en als separeerverblijf goedgekeurde ruimte. Separatie is niet toegestaan in verpleeg- en verzorgingshuizen;
- Afzondering (in een speciale daartoe bestemde ruimte);
- Fixatie (Zweedse band⁹, polsbanden, bedhekken, tableau op stoel, speciale stoel, verpleegdeken);
- Gedwongen toedienen van (rustgevende) medicatie;
- Ongewild toedienen van voedsel of vocht.

Naast het toepassen van middelen of maatregelen maakt artikel 40 van de Wet BOPZ het mogelijk dat (anders dan bij huisregel of door toepassing van een middel of maatregel) beperkingen worden aangebracht in het recht op bewegingsvrijheid in en rond de instelling (bijvoorbeeld door het aanbrengen van een code op de deur) en in de communicatie met de buitenwereld, zoals bezoek, telefoonverkeer en post. De beperking in communicatie is niet van toepassing op bewoners die noch bereidheid noch verzet toonden tegen opname.

⁸ 568 van de in totaal 592 in het onderzoek betrokken pg plaatsen werden bezet door mensen die geen bereidheid voor en geen verzet toonden tegen opname.

⁹ Fixatieband met slot, waarmee mensen in bed worden vastgezet.

Onder de door de Algemene Rekenkamer gehanteerde begrippen «vrijheidsbeperking» en «vrijheidsbeperkende maatregelen» worden in het vervolg zowel de in de artikelen 39 als 40 van de Wet BOPZ genoemde maatregelen verstaan. In deze optiek zijn vrijheidsbeperkende maatregelen die middelen of maatregelen die een inbreuk maken op de

bewegingsvrijheid van bewoners. Hieronder moeten sinds de invoering van de Wet BOPZ mede beschermende maatregelen worden verstaan.

Tot 1994 werden middelen of maatregelen onderscheiden van beschermende maatregelen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg omschreef beschermende maatregelen als «verpleegkundige maatregelen, waarmee de ernstig verplegings- en verzorgingsbehoeftige patiënt beschermd wordt tegen lichamelijk letsel». Bij inwerkingtreding van de Wet BOPZ is dit onderscheid vervallen: niet de intentie maar de aard van de interventie is bepalend.

2.3.2 *Situaties waarin vrijheidsbeperking toegestaan is*

De Wet BOPZ biedt ruimte aan aangemerkte instellingen om bij onvrijwillig opgenomen patiënten/bewoners middelen of maatregelen in de volgende situaties geoorloofd toe te passen:

- 1) *Met toestemming van de bewoner/vertegenwoordiger:*¹⁰ als er geen sprake is van verzet kan de behandelaar met de bewoner, of wanneer deze wilsonbekwaam is, met diens vertegenwoordiger, afspreken om vrijheidsbeperkende maatregelen als onderdeel van het behandel- of zorgplan op te nemen. Voorwaarde voor toepassing van deze maatregelen is dat zij gericht zijn op verbeteren of stabiliseren van de stoornis. Zolang er instemming is van de bewoner of diens vertegenwoordiger, mag dit zorgplan gewoon worden uitgevoerd.¹¹
- 2) *Bij dwangbehandeling:*¹² een probleem ontstaat als hetzij de bewoner zich verzet tegen, hetzij diens vertegenwoordiger geen toestemming geeft voor, de uitvoering van (delen van) het zorgplan. Het zorgplan mag dan niet worden uitgevoerd, tenzij behandeling ernstig¹³ gevaar voor de bewoner zelf of voor anderen voorkomt. In dat geval is sprake van dwangbehandeling. Hierover beslist de arts/behandelaar.
- 3) *In geval van nood:*¹⁴ het kan gebeuren dat zich een noodsituatie voordoet, welke door de patiënt als gevolg van de stoornis van de geestesvermogens wordt veroorzaakt, waarin het zorgplan niet voorziet. Een noodsituatie mag niet te snel worden aangenomen. In dit geval mogen tijdelijk middelen of maatregelen worden toegepast ter overbrugging van een dergelijke noodsituatie. Hierover beslist de arts. De wet stelt een maximumtermijn van zeven dagen. Is daarna verdere toepassing noodzakelijk, dan moet een voorziening getroffen worden in het zorgplan.

Dwangbehandeling en middelen of maatregelen in het kader van noodsituaties dienen geregistreerd te zijn en gemeld te worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Beperkingen in bewegingsvrijheid in of rond de instelling en beperkingen in de communicatie met de buitenwereld hoeven niet gemeld te worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De toepassing van dwangbehandeling en van middelen of maatregelen in noodsituaties is alleen geoorloofd als deze worden toegepast door een instelling die een aanmerking/bevoegdheid heeft om deze toe te passen. Toepassing van vrijheidsbeperking onder dwang is ongeoorloofd in niet BOPZ-aangemerkte instellingen. Bij zorg voor dementerenden gaat het dan om verzorgingshuizen of somatische afdelingen van verpleeghuizen.

In bijlage 2 is in een stroomschema weergegeven wanneer en onder welke voorwaarden toepassing van vrijheidsbeperking bij onvrijwillig opgenomen patiënten toegestaan is.

¹⁰ Zie artikel 38 lid 4 Wet BOPZ.

¹¹ In termen van de Wgbo is dit een behandelingsovereenkomst, waarover de patiënt/bewoner geïnformeerd moet worden en waar de toestemmingseis van toepassing is.

¹² Zie artikel 38 lid 5 Wet BOPZ.

¹³ Inmiddels is bekend dat de Wet BOPZ in de nabije toekomst op dit punt gewijzigd zal worden. Deze wijziging strekt er onder meer toe dwangbehandeling ook mogelijk te maken bij «gewoon» gevaar (Stb. 2002, 431).

¹⁴ Zie artikel 39 Wet BOPZ.

2.3.3 Toepassing Wgbo

Zowel de Wet BOPZ als de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) hebben betrekking op de rechtspositie van patiënten. De Wgbo is een algemene wet (*lex generalis*) die op *iedere* patiënt in de gezondheidszorg van toepassing is. De Wet BOPZ is een specifieke wet (*lex specialis*) die de rechtspositie van onvrijwillig opgenomen patiënten regelt in door de minister van VWS aangemerkte instellingen en onder voorwaarden vrijheidsbeperkende maatregelen toestaat. Voor onderwerpen die niet in de Wet BOPZ zijn geregeld, vult de Wgbo de Wet BOPZ aan. In het kader van de Wgbo worden eveneens vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals rustgevende medicatie met kortdurende werking of fixatie) onder dwang toegepast als een wilsonbekwame patiënt zich verzet tegen een voorgenomen handeling, waarvoor een vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven en als de behandeling noodzakelijk is om «ernstig nadeel» voor de patiënt te voorkomen¹⁵.

Zonder de vereiste toestemming mag een hulpverlener handelingen verrichten indien de vertegenwoordiger van de wilsonbekwame patiënt geen toestemming kán geven en het belang van de patiënt vereist dat die handelingen niet kunnen worden uitgesteld.

Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van de Wgbo brengt met zich dat de zorgvuldigheidseisen van de Wet BOPZ (registratie, melding, een speciaal klachtrecht en toezicht) niet van toepassing zijn.

Toepassing van andere vrijheidsbeperking (zoals het afsluiten van een afdeling) is alleen geoorloofd in BOPZ-aangemerkte instellingen.

2.4 Rol minister van VWS bij de Wet BOPZ

De minister dient de organisaties die een rol hebben bij de uitvoering van de Wet BOPZ te faciliteren door middel van wet- en regelgeving, beleid en evaluatie daarvan en met financiële middelen te ondersteunen. Dat verzorgingshuizen sinds december 1999 een BOPZ-aanmerking kunnen aanvragen, is destijds per brief onder de aandacht van de verzorgingshuizen gebracht.

De Wet BOPZ is geëvalueerd in 1997 en in 2002 (zie verder bijlage 1). Een kabinetsstandpunt op de tweede evaluatie is in voorbereiding. In reactie op de eerste evaluatie is pas in het jaar 2000 uitvoering gegeven aan voorlichting en educatie rondom de Wet BOPZ in de ouderenzorg, door middel van brochures en voorlichtingsbijeenkomsten. Ook is er sinds 1999 de mogelijkheid voor verzorgingshuizen om een BOPZ-aanmerking te krijgen. Aan andere actiepunten die voortkwamen uit de eerste evaluatie zoals het verhelderen van begrippen als «verzet» is nog geen uitvoering gegeven.

Het ministerie is zich bewust van signalen uit de praktijk dat in niet-BOPZ aangemerkte instellingen mensen met een BOPZ-status verblijven en dat in deze instellingen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. De minister streeft ernaar dat instellingen bewust en op een rechtmatige wijze omgaan met de toepassing van middelen of maatregelen en dwangbehandeling. In de periode van het Rekenkameronderzoek is in opdracht van de brancheorganisatie Arcares een onderzoek gestart naar de kwaliteit van zorgverlening bij pg-patiënten die niet op een aparte

¹⁵ Zie artikel 7:465 lid 3 en 6 BW.

afdeling verblijven. De uitkomsten van dit onderzoek zullen onder meer gebruikt worden om – in samenspraak met de Inspectie voor de Gezondheidszorg – een beleid te formuleren hoe verzorgingshuizen kunnen worden gestimuleerd een BOPZ-aanmerking aan te vragen. Daarnaast is in opdracht van het ministerie van VWS een onderzoek gestart naar vrijheidsbeperkende maatregelen in onder meer kleinschalige woonvormen en thuissituaties.

3 INDICATIEORGANEN EN ZORGKANTOREN

3.1 Het Regionaal Indicatie Orgaan

Op grond van artikel 60 van de Wet BOPZ heeft het Regionaal Indicatie Orgaan – naast haar reguliere taak van indicatiestelling – ook de taak om bij aanvragen tot opname te onderzoeken of de betrokkene blijk geeft van bereidheid tot of zich verzet tegen opname (BOPZ-toets). Het Regionaal Indicatie Orgaan dient cliënten mondeling en schriftelijk mede te delen dat zij zich kunnen verzetten tegen opname en verblijf in een instelling. Als iemand niet bereid is maar zich ook niet verzet tegen opname of verblijf in een instelling oordeelt het Regionaal Indicatie Orgaan over de noodzaak van opname (noodzaakcriterium). Er is sprake van noodzaak als betrokkene zich als gevolg van een geestesstoornis niet buiten de instelling kan handhaven.

3.1.1 Regionale Indicatie Organen in de praktijk

De Algemene Rekenkamer is bij vijf Regionale Indicatie Organen nagegaan welke rol zij vervullen ten aanzien van de indicatie van pg-patiënten en hoe zij invulling geven aan de BOPZ-toets.

3.1.1.1 Indicatiestelling

De Regionale Indicatie Organen gaven aan, zelf – onafhankelijk van de zorgaanbieders – de indicatiestelling voor pg-cliënten te verzorgen volgens landelijke richtlijnen en een vast protocol¹⁶. In de praktijk betekent dit dat het Regionale Indicatie Orgaan na aanmelding door cliënt, (huis)arts of familie een (huis)bezoek aflegt of dat men schriftelijke en of telefonische informatie inwint bij betrokkenen. Tevens wordt op basis van een landelijk vastgesteld protocol geïnventariseerd welke zorgbehoefte de cliënt heeft. Dan wordt bepaald welke zorg nodig is. Als het indicatiebesluit genomen is, wordt dit aan de cliënt en het zorgkantoor toegestuurd. De Regionale Indicatie Organen ervaren dat particuliere aanvragers en verzorgingshuizen over het algemeen erg lang wachten voordat men een indicatie pg-verpleeghuiszorg aanvraagt. Daardoor worden soms schrijnende situaties aangetroffen.

Alle Regionale Indicatie Organen gaven aan te kunnen indiceren binnen de wettelijke termijn van zes weken. Soms duurt de procedure langer wanneer nader onderzoek nodig is, bijvoorbeeld door het Riagg, of als medische informatie ontbreekt. De wachttijd varieert dan van enkele weken tot enkele maanden. Bij één Regionaal Indicatie Orgaan kwam het in 2001 in 29% van de gevallen voor dat het Riagg ingeschakeld moest worden, omdat medische informatie bij de aanvraag ontbrak.

3.1.1.2 BOPZ-toets

De Regionale Indicatie Organen voeren de BOPZ-toets altijd uit als sprake is van een indicatie pg-verpleeghuiszorg. Dit doen ze in aansluiting op deze indicatiestelling. Van niet alle Regionale Indicatie Organen is bekend of zij deze toets ook uitvoeren bij een indicatie voor 24 uren pg-zorg in een verzorgingshuis. Ook bleken niet alle Regionale Indicatie Organen mondeling of schriftelijk aan betrokkene mee te delen dat hij zich tegen opname kan verzetten. Dit geldt eveneens voor het oordeel over de vraag of de verlangde opname noodzakelijk is. De indicatie «opname pg-verpleeghuiszorg» impliceert volgens de Regionale Indicatie Organen dat er een noodzaak voor opname is, waardoor het moeilijk is het

¹⁶ Het Besluit indicatieorganen: Bio-protocol.

BOPZ-noodzaakcriterium afzonderlijk te toetsen. Door deze koppeling wordt de BOPZ-toets meestal niet opnieuw uitgevoerd kort voordat betrokkene daadwerkelijk wordt opgenomen, alleen wanneer aanvankelijk uitdrukkelijk sprake was van verzet tegen de opname. Eén Regionaal Indicatie Orgaan beschikte nog niet over een procedurebeschrijving voor het uitvoeren van de BOPZ-toets.

De Regionale Indicatie Organen hebben grote behoefte aan een definitie van de begrippen «verzet» en «noodzaak» alsmede aan een uniforme methodiek van beoordeling. Dit geldt ook voor een landelijk geldende dementie-screening/checklist of een consultatiebureau voor geriatrie, waarvan zowel huisartsen, instellingen als de direct betrokkenen gebruik zouden kunnen maken.

Zoals ook in de eerste en tweede evaluatie van de Wet BOPZ werd geconstateerd, wordt de BOPZ-toets als gevolg van de koppeling aan de indicatie pg-verpleeghuiszorg meestal niet kort voordat betrokkene wordt opgenomen opnieuw uitgevoerd. Daarnaast werd geconstateerd dat het begrip «verzet» door de Regionale Indicatie Organen veel enger wordt gehanteerd dan de wetgever heeft bedoeld¹⁷ doordat er nadere voorwaarden aan werden verbonden, zoals reëel en consistent of woorden van gelijke strekking.

3.1.1.3 Toekomst

Per 1 april 2003 zijn Regionale Indicatie Organen overgegaan op functiegerichte indicatiestelling. Dan zullen dementerenden worden geïndiceerd voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, behandeling en verblijf. Wie de zorg aanbiedt, is dan niet langer meer bepalend. Ook gaat de Inspectie voor de Gezondheidszorg dan toezicht houden op de Regionale Indicatie Organen. De zorgtoewijzers zullen de producten gaan bepalen die bij de indicatiestelling horen. Hoe de BOPZ-toets in de functiegerichte indicatiestelling wordt ingebed, is nog niet helder.

3.2 Het zorgkantoor

De zorgkantoren hebben op grond van de Wet BOPZ geen specifieke taak. Zij zijn wel verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende pg-zorg in de regio, de uiteindelijke zorgtoewijzing in wel of niet BOPZ-aangemerkte instellingen en de wachtlijstregistraties. Daarnaast dienen de zorgkantoren de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te bevorderen.

3.2.1 Zorgkantoren in de praktijk

De in het onderzoek betrokken zorgkantoren waren op de hoogte van de pg-capaciteit in verpleeghuizen, maar niet van de pg-capaciteit van de verzorgingshuizen (wel van de totale capaciteit). Er worden geen aparte productie-afspraken met de verzorgingshuizen gemaakt over de pg-capaciteit en onderscheid tussen «verzorgingshuisproducten» en «pg-producten» wordt ook verder niet gemaakt. Hoeveel patiënten er – ten tijde van het onderzoek – op de actuele wachtlijst stonden was bij alle bezochte zorgkantoren onbekend; wel waren er wachtlijstgegevens over oktober 2001¹⁸.

Naast het maken van (aanvullende) productie-afspraken met de zorgaanbieders proberen de zorgkantoren ook sturing te geven aan toekomstige capaciteitsontwikkeling in hun regio. De wachtlijstgegevens vormen daarvoor een belangrijke basis (vraaggericht); zij blijven echter voor de

¹⁷ «Onder het maken van (toen nog gedefinieerd als) bezwaar moet worden verstaan het op enigerlei wijze kenbaar maken dat de opname en het verblijf worden afgewezen. Voor het uiten van bezwaar geldt geen vormvereiste. Uitgangspunt is het feitelijk gedrag van betrokkene. Er moet daarbij niet alleen worden uitgegaan van verbale uitingen, maar ook van non-verbale. Bij twijfel over de bedoelingen van de patiënt zal deze de benefit of the doubt moeten krijgen in die zin dat er in het algemeen van moet worden uitgegaan dat uitingen die op bezwaar kunnen duiden als bezwaar worden aangemerkt» (Tweede Kamer 1991–1992, 21 239, nr. 20).

¹⁸ Bij brief van 17 januari 2003 heeft de minister van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de ontwikkeling van de wachtlijsten (met als peildatum 1 november 2002) in de sector verpleging en verzorging.

daadwerkelijke realisatie van pg-capaciteit afhankelijk van initiatieven van de zorgaanbieders (aanbodgericht). Geconstateerd wordt dat het aantal pg-plaatsen toeneemt, soms door verschuiving, maar ook door uitbreiding van capaciteit.

De Algemene Rekenkamer trof aan dat «pg-producten» die zorgkantoren bij de verzorgingshuizen inkopen zowel inhoudelijk als in naam erg verschillen. Zo wordt 24 en 12 uren meerzorg¹⁹ ingekocht, maar ook groepsverzorging, huiskamer- en substitutieprojecten. Waar in het onderzoek gesproken wordt van 12 uren meerzorg, varieert dit in de praktijk van 8 tot 16 uur per dag. Er is geen landelijk beleid om verpleegunits in verzorgingshuizen onder verantwoordelijkheid van een verpleeghuis dan wel van het verzorgingshuis in te richten. Deze diversiteit komt ook tot uitdrukking in de wijze van financiering van de verschillende producten. Zo komt het voor dat de vergoeding die een verzorgingshuis ontvangt voor de 12 uren meerzorg hoger is dan die voor de eigen verpleegunit, waar 24 uren meerzorg wordt geboden.

Zorgtoewijzing is een verantwoordelijkheid van de zorgkantoren, maar de feitelijke uitvoering kan gemandateerd worden. De Algemene Rekenkamer constateert dat zorgtoewijzing in de praktijk heel verschillend is vormgegeven en in de meeste gevallen niet onafhankelijk van de zorgaanbieders plaatsvindt. Dit kan een remmende invloed hebben op de ontwikkeling naar vraagsturing. Daarbij stelt de Algemene Rekenkamer eveneens vast dat zorgkantoren vanuit hun zorgtoewijzende rol geen compleet en actueel overzicht hebben van het aantal BOPZ-aangemerkte plekken in hun regio.

Tot slot wordt door de zorgkantoren geen systematisch toezicht gehouden op kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg.

¹⁹ Dit is extra zorg, veelal voor dementerenden, die naast de reguliere verzorgingshuiszorg geboden wordt.

4 ZORGAANBIEDERS

4.1 Inleiding

De Algemene Rekenkamer heeft een aantal zorgaanbieders in dit onderzoek betrokken. Het waren: 5 verpleeghuizen, 19 verzorgingshuizen, 3 ziekenhuizen en 3 thuiszorgorganisaties. Naast een aantal kwantitatieve gegevens (zoals het aantal pg-plaatsen en personeelssterkte) is bij de bezochte zorgaanbieders gevraagd wat zij onder vrijheidsbeperkende maatregelen verstaan en of dit is vastgelegd (paragraaf 4.3), in hoeverre deze maatregelen worden toegepast (paragraaf 4.4) en wat de redenen hiervoor zijn (paragraaf 4.5). Tot slot wordt ingegaan op de BOPZ-aanmerking voor instellingen (paragraaf 4.6).

In totaal hadden de onderzochte verpleeg- en verzorgingshuizen 754 pg-bedden en nog 316 twaalfuurs²⁰ pg-meerzorg- of dagbehandelingsplaatsen.

In de ziekenhuizen is het aantal pg-patiënten gering. In de thuiszorg gaat het wel om grote aantallen dementerenden, zij het dat precieze aantallen niet bekend zijn. Op basis van gegevens van de Gezondheidsraad zouden naar schatting 100 000 dementerende ouderen aangewezen zijn op familie, mantelzorg en thuiszorg.

Gegevens over de personeelssterkte voor de pg-patiënten zijn beperkt beschikbaar. Wel blijkt hieruit dat op de 24-uurs meerzorgafdelingen in verzorgingshuizen de personeelssterkte kwantitatief vergelijkbaar is met die in verpleeghuizen. Hierbij moet opgemerkt worden dat geen nadere gegevens beschikbaar zijn over de kwaliteit of de verschillende niveaus van de verplegenden en verzorgenden. Veel verzorgingshuizen hebben bij ziekte, 's nachts, in weekenden en/of vakanties tekort aan personeel. De thuiszorgorganisaties noemen de zorg aan pg-patiënten in de woonomgeving complex en zwaar. Zij noemen het toenemende aantal dementerenden dat zonder toezicht woont en een vorm van een vast dagritme met bijbehorende begeleiding nodig heeft als knelpunt.

4.2 Verantwoordelijkheden zorgaanbieders

4.2.1 Algemeen

Zorgaanbieders dienen patiënten kwalitatief goede zorg²¹ aan te bieden. Daarnaast dienen zij patiënten en hun vertegenwoordigers te informeren over de rechten van patiënten en mogelijke beperkingen hierop. Zorgaanbieders met een BOPZ-aanmerking zijn verantwoordelijk voor de juiste implementatie van de Wet BOPZ binnen hun instelling. Zo dient onder meer een «BOPZ-arts»²² benoemd te zijn die toeziet op de naleving van de regels van de Wet BOPZ, waaronder de protocollering van en de correcte toepassing van middelen of maatregelen in een noodsituatie en dwangbehandeling alsmede de informatieverstrekking aan de patiënt en diens vertegenwoordiger. Dit houdt in dat zowel in de individuele zorgplannen als centraal op instellingsniveau geregistreerd is welk middel, op wie, wanneer en hoe lang is toegepast. Als sprake is van toepassing van vrijheidsbeperking in geval van dwang of nood moet er gemeld worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarnaast dient de toegepaste maatregel regelmatig geëvalueerd te worden²³.

²⁰ In vele varianten. Zie ook paragraaf 3.2.1.

²¹ Kwalitatief goede zorg is zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. De Kwaliteitswet Zorginstellingen vertaalt dit als «verantwoorde zorg».

²² Zie artikel 1 lid 3 Wet BOPZ.

²³ Zie artikel 2 lid 2 Besluit rechtspositieregelen BOPZ; ook het bepaalde in artikel 37a Wet BOPZ (aantekening in het patiëntendossier) wijst op het belang van regelmatige toetsing.

4.2.2 Zorgbeleid

In het algemene zorgbeleid voor dementerenden gaan de onderzochte verpleeghuizen uit van patiëntgerichte zorg. Bij de verzorgingshuizen is dat in 58% van de huizen het geval. Ziekenhuizen hebben als *behandelcentra* (cure) geen specifieke *zorgvisie* (care). Van de in het onderzoek betrokken thuiszorgorganisaties is de zorgvisie van één organisatie bekend en daarin staat de zelfbeschikking van de cliënt centraal.

Uit een patiëntgerichte zorgvisie:

«De opvattingen aangaande de wijze van verzorgen, begeleiden en behandelen zijn gewijzigd. Aspecten als inspraak, zorg op maat, keuzes kunnen maken en kwaliteit van zorgverlening zijn actueler dan ooit. De cliënt wil gehoord worden en de zorgverleners zullen aan dit verzoek dienen te voldoen. De cliënt is uitgangspunt. De cliënten hebben naast een goede zorgverlening recht op een goede woon- en leefomgeving waar de totale mens als individu tot zijn recht komt. Op de verpleegunit wordt volgens het model «kleinschalig en klantvriendelijk» gewerkt. Het concept van kleinschaligheid sluit aan bij de doelgroep van de verpleegunit en geeft mede vorm aan vraaggerichte zorg».

Uit een beleidsplan 2003–2005 van een instelling die een kanteling in de zorg wil bewerkstelligen:

«Onze visie gaat uit van de mens als geheel met zijn somatische, psychische, sociale en religieuze aspecten. Daarbij is het van wezenlijk belang dat een mens zich altijd verder ontwikkelt. Dit betekent dat de zorgverlening zich richt op emancipatie, individuele zelfbepaling en welzijn. Zij richt zich niet op beperkingen: beperkingen zijn namelijk belemmeringen in de ontwikkeling. Het welzijn heeft betrekking op de geestelijke, sociale en lichamelijke mogelijkheden van een zorgvrager. Bij de beoordeling van de zorg wordt niet uitgegaan waar de zorgvrager verblijft, maar wordt uitgegaan van de zorgvraag.»

Uit een instellings- of productgerichte zorgvisie:

«onze doelstelling van het bieden van extra-murale verpleeghuiszorg is het bieden van kwalitatief verantwoorde verpleeghuiszorg».

Vrijwel alle zorgaanbieders stellen zorg- of behandelplannen op voor hun pg-patiënten. Naast het zorgplan zou voor de dementerenden ook nog een BOPZ-behandelingsplan gemaakt moeten worden. Daarin staat hoe de geestestoestand te verbeteren is, zodat het gevaar op grond waarvan het verblijf in de instelling noodzakelijk is, wordt weggenomen. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg is in de Nota van toelichting bij het Besluit rechtspositieregelen BOPZ deze bepaling genuanceerd voor dementerenden. Er moet nu aangegeven worden hoe een omgeving gecreëerd wordt waarin de stoornis zich op een zodanig niveau stabiliseert, dat het gevaar wordt weggenomen. De in het onderzoek geraadpleegde verpleeghuisartsen waren van deze nuanceringskennelijk niet op de hoogte. Zij maakten geen apart BOPZ-behandelingsplan, omdat bij dementie geen sprake is van verbetering van de geestestoestand.

4.3 Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen

Wat betreft de definiëring van vrijheidsbeperking hanteren de zorgaanbieders op een enkele uitzondering na de definities uit het Uitvoeringsbesluit. Sommige hebben het uitgebreid met infrarood- of elektronische alarmeringssystemen (zoals belmatten). Anderen passen deze maatregelen ook toe, maar zien het als patiëntvriendelijk alternatief voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. De niet-aangemerkte verzorgingshuizen rekenen soms ook het opdringen van hygiënische maatregelen en het verbod op het bezit van gevaarlijke voorwerpen tot

vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarentegen worden bedekken niet altijd als vrijheidsbeperking gedefinieerd, hetgeen in strijd is met het Uitvoeringsbesluit.

Wat betreft het gecamoufleerd toedienen van medicatie bestaat bij alle zorgaanbieders veel onduidelijkheid. Vrijwel alle medicatie gaat door de vla of de appelmoes, maar niet stiekem maar ook wordt niet bij iedere hap gezegd dat er medicijnen in zitten. Zonder betere definiëring is hier – naar de mening van de Algemene Rekenkamer – sprake van een schemergebied. Dit blijkt ook uit de registratie van de toepassing. Er wordt wel geregistreerd welke medicijnen er gegeven worden, maar niet op welke wijze ze worden toegediend.

De verpleeghuizen en BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen hebben een protocol opgesteld waarin de toepassing, registratie, melding en evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals de Wet BOPZ voorschrijft, is vastgelegd. De evaluatie van toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen varieert van eenmaal per jaar tot iedere ochtend.

In niet-BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen mogen vrijheidsbeperkende maatregelen niet tegen de wil van de bewoners worden toegepast. 57% van de niet-aangemerkte verzorgingshuizen heeft een protocol, een richtlijn vrijheidsbeperkende maatregelen of beleid voor beschermende maatregelen geformuleerd. Hierin is het toepassen, registreren, melden en evalueren van middelen en maatregelen beschreven. De evaluatie van toegepaste vrijheidsbeperking varieert van maandelijks tot tweewekelijks.

De drie ziekenhuizen hebben een «conceptprotocol». Het is niet duidelijk of dit op de Wet BOPZ of op de Wgbo is gebaseerd.

De in het onderzoek betrokken thuiszorgorganisaties hebben geen protocol omdat ze bewust geen vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen.

Uit een BOPZ-nota van een instelling die vrijheidsbeperkende maatregelen probeert te voorkomen:

«Uitgangspunt is en blijft «een open woongroep en een open deur», waarbij wij blijven zoeken naar mogelijkheden zodat iedereen in vrijheid zonder beperkingen kan wonen en leven. Door creatief met een probleem om te gaan, de verantwoordelijkheid te dragen, te overleggen met elkaar en de familie, is het niet nodig om de vrijheid te beperken van de bewoner. En als het team van een woongroep ervan doordrongen is dat de vrijheid bovenaan moet staan, en alleen in het uiterste geval – als je alle mogelijkheden hebt geëxploreerd – aan dit uitgangspunt getornd mag worden, dan wordt op een verantwoorde manier omgegaan met de rechten van de bewoner».

Uit een BOPZ-nota ter voorlichting aan het personeel van een instelling wat onder vrijheidsbeperking moet worden verstaan:

«De meer algemene maatregelen die onderdeel uitmaken van het scheppen van het algemene zorgklimaat (praktisch op iedereen van toepassing) worden niet geregistreerd. Gedacht kan worden aan de gesloten afdelingsdeur, gebruik van bedrekken, remmen op de rolstoelen, gebruik van diepe stoelen, gebruik van hansop en plaatsing van bed in de huiskamer 's nachts».

Uit een richtlijn vrijheidsbeperkende interventies van een instelling:

«Vrijheidsbeperkende interventies in de zorg zijn interventies die beperkende gevolgen hebben voor de individuele vrijheid van patiënten. Eén daarvan is beperking van bewegingsvrijheid. Dit zijn varianten op afzondering, al dan niet op eigen kamer, fixatie met hulpmiddelen zoals de Zweedse band, tafelbladen aan de stoel, bedekken en andere

mechanische en elektronische hulpmiddelen. Ook kunnen interventies beperkende gevolgen hebben voor de vrijheid om zelfstandig te kunnen kiezen, om zelf de dag in te delen, de vrije tijd te besteden, te communiceren met anderen, te eten of te drinken of het eigen geld te besteden. Soms heeft het gebruik van medicatie ook gevolgen voor de vrijheid, onder andere medicijnen die invloed hebben op het bewustzijn.

4.4 Toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen

4.4.1 Aantal zorgaanbieders

Alle onderzochte verpleeghuizen en BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen passen vrijheidsbeperkende maatregelen toe. Het gaat dan vooral om fixatiemiddelen zowel overdag als 's nachts (een plank op of onder de (rol)stoel, bedhekken, Zweedse band, belmatten, infraroodsignaleringen). 71% van de niet BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen²⁴ past eveneens vrijheidsbeperking toe; het gaat hier vooral om fixatie 's nachts. De toegepaste maatregelen zijn veelal gericht op bescherming van de patiënt en een enkele keer ter afwending van gevaar.

Ook de betrokken ziekenhuizen passen vrijheidsbeperkende maatregelen toe. Genoemd worden Zweedse banden, pols- en enkelbanden, onrustvestjes, verpleeglakens, tafelbladen, gedwongen toediening van medicatie, afzondering en separatie, gesloten afdeling en afspraken over wanneer een patiënt hoe lang naar buiten mag. Er zijn opmerkelijke verschillen wat betreft het geven van rustgevende medicatie; soms wordt er terughoudend mee omgegaan en soms wordt er veel gebruik van gemaakt.

In de thuiszorg komt vrijheidsbeperking vrijwel niet voor.

Meestal worden vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast met toestemming van de bewoner of, bij wilsonbekwaamheid, van diens wettelijke vertegenwoordiger. Dat wil zeggen dat het in het zorgplan is vastgelegd. Ze worden nauwelijks toegepast in geval van dwang en nog minder in geval van nood. Hierbij moet wel bedacht worden, dat het begrip «verzet» tegen toepassing van vrijheidsbeperking niet altijd omschreven is en gevarieerd wordt uitgelegd en toegepast. In enkele gevallen wordt het door de wetgever gestelde uitgangspunt gehanteerd dat «elk verzet, verzet is»²⁵. In de meerderheid van de gevallen werden aan «verzet» aanvullende eisen gesteld, zoals «reëel en consistent» of woorden van gelijke strekking. Bij reëel gaat het erom dat het verzet onderscheiden kan worden van gedrag dat bij het ziektebeeld dementie gebruikelijk is, maar ook dat de gevolgen van het plegen van verzet overzien kunnen worden.

De onderzochte ziekenhuizen hadden het begrip «verzet» niet omschreven.

Veel verpleeg- en verzorgingshuizen geven aan dat als de dementerende zich verzet, dat ze dan voor dat moment afzien van de toepassing en het na verloop van tijd weer proberen. Slechts in een enkel geval blijft het verzet aanhouden. Dan beslist de BOPZ-arts/verpleeghuisarts of het verantwoord is om dwangbehandeling toe te passen.

²⁴ Zeven keer met protocol en drie keer zonder.

²⁵ Zie noot 18.

De BOPZ-aangemerkte verzorgings- en verpleeghuizen en bijna alle niet BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen nemen de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op in het zorgplan. Bij de ziekenhuizen wisselt dit sterk.

4.4.2 Omvang en intensiteit

De Wet BOPZ schreef tot 1 september 2002 voor dat de toepassing van middelen of maatregelen in noodsituaties, naast een aantekening daarvan in het patiëntendossier, centraal op instellingsniveau geregistreerd moet worden in het zogenaamde M&M-register²⁶. Sinds deze datum zijn door de minister voorgeschreven formulieren voor het melden van dwangbehandeling en middelen of maatregelen in noodsituaties van kracht²⁷. Daarnaast dient toepassing van dwangbehandeling alsmede van middelen of maatregelen in noodsituaties in het patiëntendossier te worden aangetekend²⁸. De Algemene Rekenkamer heeft de zorgaanbieders gevraagd welke vrijheidsbeperkende maatregelen in 2001 en het eerste halfjaar van 2002 zijn toegepast. Tevens is verzocht aan te geven bij hoeveel dementerenden de betreffende maatregel in die periode werd toegepast en hoe frequent.

Er bleken maar weinig instellingen te zijn die een totaaloverzicht konden leveren van de toepassingen in 2001. Zij merkten op dat ondersteuning door middel van ICT hiervoor ontbreekt. De registratie werd niet centraal bijgehouden (ook niet van toepassingen van middelen of maatregelen in noodsituaties, zoals verplicht voorgeschreven), maar uitsluitend in de individuele patiëntendossiers. Van de meeste instellingen is daardoor informatie over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen verkregen van de stand van zaken op het moment van onderzoek.

De Algemene Rekenkamer constateerde dat de intensiteit van toepassing van vrijheidsbeperking bij dementerenden in instellingen met een BOPZ-aanmerking niet verschilt ten opzichte van niet BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen.

Met name fixatie 's nachts (bedhekken) komt frequent voor bij een groot deel van de verpleeg- en verzorgingshuizen. In die gevallen gaat het om 6 tot 38% van de dementerenden die voor een bepaalde periode (oplopend tot enkele jaren) elke nacht gefixeerd worden. Daarbij moet opgemerkt worden dat er verschil is in wat huizen onder fixatie en toepassing ervan verstaan (tellen belmatten wel of niet mee) of het toepassen op verzoek van de bewoner wel of niet meegeteld wordt en of het om een momentopname gaat of over cijfers over een heel jaar.

Fixatie overdag wordt minder vaak toegepast. Bij twaalf huizen wordt het dagelijks toegepast, waarbij het bij vijf huizen meest verpleeghuizen – gaat om ca. 20% van de dementerenden. Het is niet bekend of het om fixatie gedurende de gehele dag of een deel van de dag gaat.

Gedwongen medicatie en afzondering komen een enkele keer voor²⁹; gedwongen toediening van voedsel of vocht komt in geen enkel bezocht verpleeg- en verzorgingshuis voor. Betrouwbare gegevens over het gecamoufleerd toedienen van medicatie ontbreken, omdat deze niet vastgelegd worden en het bovendien voor veel huizen onduidelijk is wat eronder verstaan moet worden.

De indruk bestaat dat ziekenhuizen vaker vrijheidsbeperking toepassen dan de overige zorgaanbieders, hetgeen met name verklaard wordt uit het feit dat zij niet op verzorging zijn ingericht en ook met andere patiënten te maken hebben.

²⁶ M&M staat voor Middelen en Maatregelen.

²⁷ Zie artikel 39a Wet BOPZ.

²⁸ Zie artikel 56, lid 1, sub e en f Wet BOPZ.

²⁹ Gedwongen toedienen van medicatie kwam bij 4 van de 24 bezochte instellingen voor (enkele keren per jaar bij 6 van de in totaal 754 dementerenden). Bij 7 instellingen kwam afzondering voor (hooguit enkele keren per week bij 11 van de in totaal 754 dementerenden).

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen komt bij de betrokken thuiszorgorganisaties niet voor. Wel wordt bij één van de organisaties, in overleg met de huisarts, een enkele keer overgegaan tot dagelijkse toediening van gecamoufleerde medicatie door medewerkers van de thuiszorg.

4.5 Redenen voor toepassing van vrijheidsbeperking

Als reden van toepassing van maatregelen tot vrijheidsbeperking gaven de meeste verpleeg- en verzorgingshuizen aan dat het ging om het voorkomen van «ernstig nadeel» (met name vallen of dwalen) voor de patiënt. In feite worden op basis hiervan maatregelen voorgeschreven om Wgbo-redenen, maar het effect is dat de vrijheid van de desbetreffende patiënt wordt beperkt. In enkele gevallen – met name bij noodsituaties – was sprake van toepassing van vrijheidsbeperking op grond van de Wet BOPZ.

Hieruit kan naar de mening van de Algemene Rekenkamer worden afgeleid dat zorgverleners er in de praktijk moeite mee hebben – als er vrijheidsbeperkende maatregelen worden opgelegd – een correct onderscheid te maken tussen een «BOPZ-afweging» of een «Wgbo-afweging».

Gezien de strikte voorwaarden die de Wet BOPZ stelt aan de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen mogen niet-medische redenen geen oorzaak zijn van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Desalniettemin geven veel huizen aan dat de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen verminderd zou kunnen worden als:

- er meer personeel zou zijn. De zorgzwaarte is toegenomen, maar de personeelsnorm in verpleeghuizen is niet aangepast, ook is er geen differentiatie tussen somatiek en pg. Met meer personeel kan meer intensieve begeleiding aangeboden worden en is er meer tijd om bijvoorbeeld te wandelen of andere alternatieven aan te bieden. Bij agressieve mensen zou overigens pas met begeleiding van één op één de toepassing van vrijheidsbeperking voorkomen kunnen worden;
- de wachtlijsten aangepakt zouden worden, waardoor mensen minder lang in een verkeerd bed hoeven te verblijven;
- er kleinschaliger woonvormen zouden zijn, met meer leefruimte. Bij kleinschalige woonvormen vertonen dementerenden minder probleemgedrag. Als er minder onrustige patiënten bij elkaar zijn, helpt dat ook. Tevens werd aangegeven dat er bij de plaatsing rekening gehouden zou kunnen worden met de samenstelling van de al aanwezige bewoners. Meer leefruimte biedt de mensen meer bewegingsvrijheid;
- de voorlichting over de Wet BOPZ verbeterd zou worden om de deskundigheid op het gebied van voorwaarden voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen te vergroten en om allerlei begrippen te verduidelijken;
- de deskundigheid van het personeel op het vlak van dementie vergroot zou worden. Hierbij wordt zowel gedacht aan meer aandacht in de beroepsopleiding als aan een consultatiebureau voor geriatrie, waar ook hulpverleners terecht kunnen. Daarnaast wordt melding gemaakt van behoefte aan meer deskundigheid in de eerste lijn (in verzorgingshuizen behouden de bewoners hun eigen huisarts);
- de Wet BOPZ niet afdelingsgebonden zou zijn. Dementerenden zouden een BOPZ-status moeten kunnen krijgen zonder overgeplaatst te hoeven worden. Dit levert overigens geen vermindering van het aantal toepassingen op maar wel een wettelijke basis voor de toepassing.

Een aantal verzorgingshuizen merkt verder op dat de criteria voor het aanmerken zouden moeten verschillen voor huizen die alleen lichte maatregelen (zoals bijvoorbeeld belmatten of infrarood) willen toepassen, en huizen die ook de zware maatregelen (zoals de Zweedse band) willen toepassen.

Overigens werd ook opgemerkt dat het goed is dat de Wet BOPZ er is en dat het de bewustwording in de huizen over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen heeft vergroot. Bij de familie van de dementerenden is de wet echter veel minder bekend, waardoor er nog wel eens misverstanden zijn waarbij de familie een vrijheidsbeperking wenst, die het huis niet wil of mag toepassen.

Ziekenhuizen zien als belangrijkste medische reden voor het toepassen van vrijheidsbeperking het voorkomen van ernstig nadeel voor de patiënt zelf. Er werden daarnaast ook niet-medische redenen genoemd, zoals verkeerde bed problematiek en personeelstekort daar waar het om patiënten gaat die meer zorg vragen dan anderen. Bij onrustige of dwalende patiënten is er geen personeel «over» om ze de noodzakelijke aandacht en zorg te kunnen geven. Zo worden familieleden wel gevraagd om op de patiënt te letten, zodat vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden voorkomen. Ook werd aangegeven dat vrijheidsbeperkingen niet zijn te voorkomen, maar dat er in het voortraject veel verbeterd zou kunnen worden. Als pg-patiënten tijdig zorg krijgen, zouden complicaties en ziekenhuisopname voorkomen kunnen worden.

4.6 BOPZ-aanmerkingen

Instellingen met een BOPZ-aanmerking ontvangen hiervoor geen extra financiële middelen.

De Algemene Rekenkamer heeft onderzocht welke aanpassingen verpleeg- en verzorgingshuizen hebben moeten doen om een BOPZ-aanmerking te krijgen. Bij de (9) niet-aangemerkte verzorgingshuizen die wel vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen is nagegaan waarom geen aanmerking is aangevraagd.

4.6.1 Instellingen met BOPZ-aanmerking

De verzorgingshuizen hebben meer aanpassingen moeten aanbrengen dan de verpleeghuizen voor het verkrijgen van de BOPZ-aanmerking. In verzorgingshuizen ging de aanvraag voor de aanmerking veelal gepaard met het inrichten van een speciale pg-meerzorgafdeling. De verpleeghuizen deden aanpassingen in hun administratie, in de scholing van personeel, in de aanschaf van materialen en in mindere mate op het bouwtechnische vlak. Daarentegen hebben zij geen extra personeel kunnen aannemen, terwijl er meer tijd besteed moet worden aan administratieve taken en scholing. De verpleeghuizen wijzen erop dat dit ten koste is gegaan van handen aan het bed. De verzorgingshuizen hebben op alle fronten aanpassingen aangebracht en konden bovendien extra personeel aannemen. Dit konden zij vanwege de inrichting van een meerzorgafdeling of verpleegunit en had niet te maken met de BOPZ-aanmerking.

Maar weinig huizen konden inzicht geven in de totale kosten die de aanpassingen met zich meegebracht hebben.

4.6.2 Instellingen zonder BOPZ-aanmerking

Van de bezochte niet-BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen hebben er vier een code op de toegangsdeur tot de afdeling waar dementerenden wonen. Deze huizen zouden alleen vanwege die code al een BOPZ-aanmerking moeten aanvragen, gegeven het bepaalde in artikel 40 Wet BOPZ.

Verschillende verzorgingshuizen hebben alleen een meerzorgafdeling waar dementerenden overdag verblijven, terwijl zij 's nachts verspreid in het huis wonen. Sommige huizen hebben 's nachts een code op de buitendeur en één heeft wegloopalarmering. Het is echter – op basis van de Wet BOPZ niet mogelijk om een BOPZ-aanmerking aan te vragen voor het gehele verzorgingshuis of voor een afdeling waar de dementerenden niet 24 uur per dag verblijven.

In veel verzorgingshuizen is het beleid om dementerenden zo lang mogelijk in hun eigen appartement te laten wonen, zeker als er een niet-dementerende partner is. Een verhuizing naar een speciale afdeling kan het dementieproces versnellen en wordt daarom zo lang mogelijk uitgesteld. Dit heeft echter tot gevolg dat deze bewoners niet onder de Wet BOPZ vallen en er strikt genomen geen vrijheidsbeperkende maatregelen genomen mogen worden als de bewoner zich verzet, terwijl dit vanuit goed zorgverlenerschap wel verlangd wordt. Deze verzorgingshuizen vinden de Wet BOPZ op dit punt niet goed aansluiten bij de praktijk.

5 INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

5.1 Taken en verantwoordelijkheden

5.1.1 Toezicht

De Inspectie voor de Gezondheidszorg maakt onderdeel uit van het Staatstoezicht, dat een zelfstandig onderdeel van het ministerie van VWS is. Zij ziet toe op de kwaliteit van zorg in de instellingen krachtens de bepalingen van de Gezondheidswet en de Kwaliteitswet zorginstellingen. Een specifieke taak is het toezicht op de naleving van de Wet BOPZ. De Inspectie voor de Gezondheidszorg controleert de naleving van deze wet niet alleen door het houden van generiek toezicht op de kwaliteit van zorg in instellingen, maar ook door specifiek toezicht uit te oefenen op de gang van zaken ten aanzien van individuele patiënten in BOPZ-aangemerkte instellingen. Met name rond de toepassing van dwangbehandeling is de taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg nadrukkelijk geregeld. Na beëindiging van elke dwangbehandeling wordt een onderzoek ingesteld of de beslissing om tot een dergelijke behandeling over te gaan zorgvuldig is genomen en of de uitvoering daarvan zorgvuldig is geweest. De Wet BOPZ biedt de Inspectie voor de Gezondheidszorg de mogelijkheid om middelen of maatregelen die in noodsituatie zijn toegepast eveneens te toetsen op zorgvuldigheid³⁰.

Ten tijde van de inwerkingtreding van de Wet BOPZ in 1994 werd een informatiesysteem operationeel onder de naam Bopzis. Doelstelling was dat dit systeem de toezichthoudende taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zou kunnen ondersteunen en dat cijfermatige informatie gegenereerd kon worden voor de jaarrapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de evaluatie van de Wet BOPZ en eventuele andere onderzoeken.

G Geregistreerde meldingen in Bopzis in 2001 en 2002 (t/m juli 2002)

Figuur 3

Soort meldingen	Type instelling	Aantal meldingen 2001	Aantal meldingen 2002
Dwangbehandeling	Verpleeghuizen	270	101
	Verzorgingshuizen	4	1
Middelen of maatregelen (in geval van nood)	Verpleeghuizen	75	27
	Verzorgingshuizen	1	3

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft aangegeven dat sprake is van onderrapportage.

³⁰ Zie artikel 63 Wet BOPZ.

Sinds 1 september 2002 zijn instellingen verplicht om de meldingen te doen op door de minister voorgeschreven formulieren die voor € 24,50 per 25 door de instelling besteld moeten worden. De Algemene Rekenkamer vraagt zich af of een financiële drempel moet worden opgeworpen voor de instellingen, zonder dat daarvoor een wettelijke basis bestaat. Wellicht was beschikbaarstelling van de formulieren in een online versie efficiënter geweest.

5.1.2 *Het aanmerken van instellingen*

In het kader van de aanmerkingenprocedure toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg vooraf op basis van kwaliteitscriteria³¹, en adviseert de minister over de aanmerking. In hoofdlijnen komen deze criteria erop neer:

- dat in de instelling een aan te wijzen afdeling is waar gedurende 24 uur per dag zorg geleverd wordt aan pg-patiënten. Deze moet zodanig zijn ingericht dat gevaar kan worden afgewend. De materialen die gebruikt worden voor vrijheidsbeperking moeten veilig en deugdelijk zijn;
- dat in de instelling door het bestuur een geneesheer-directeur/ BOPZ-arts is aangesteld; een verpleeghuisarts is uit hoofde van zijn taak en functie bekend met en bekwaam voor de uitvoering van de Wet BOPZ. Als een bestuur van een instelling kiest voor het aanstellen van één huisarts als BOPZ-arts, zoals in verzorgingshuizen wel het geval is, dan dient het bestuur zich ervan te vergewissen dat deze huisarts voldoende kennis en ervaring bezit en bekwaam is om de Wet BOPZ uit te voeren;
- dat de BOPZ-arts zorgdraagt dat voor iedere onvrijwillig opgenomen patiënt een zorgplan opgesteld wordt;
- dat in de instelling door het bestuur een administratie wordt gevoerd van de juridische status van de onder de Wet BOPZ opgenomen patiënten;
- dat in de instelling het bestuur voorts zorgdraagt voor de informatieverstrekking aan patiënt en/of diens vertegenwoordiger over wie verantwoordelijk is voor de behandeling, verpleging en verzorging³², de dossiervorming³³, het verstrekken van schriftelijke informatie aan de patiënt en/of diens vertegenwoordiger over huisregels, patiëntenrechten en patiëntendossier³⁴ en de aanwezigheid van een klachtencommissie in de zin van de Wet BOPZ³⁵.

Binnen één jaar na het verstrekken van de aanmerking toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg of de uitvoering van de Wet BOPZ in de praktijk voldoet aan de gestelde eisen.

5.2 De Inspectie in de praktijk

5.2.1 *De hoofdinspectie*

5.2.1.1 *Aansturing toezicht*

Voor de uitoefening van BOPZ-toezicht in de psychogeriatric heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg op centraal niveau (verder genoemd hoofdinspectie) diverse instrumenten ontwikkeld:

- Algemeen toezicht en follow-up bezoek: bij een algemeen toezicht bezoek wordt in een vastgesteld format aangegeven in hoeverre de instelling voldoet aan de Wet BOPZ en bijbehorende bepalingen. Is dit onvoldoende dan komt er na een half jaar een follow-up bezoek;

³¹ Vastgelegd in een circulaire van 8 oktober 1999.

³² Zie artikel 36, eerste en tweede lid Wet BOPZ.

³³ Overeenkomstig artikel 59 van de Wet BOPZ en het Besluit patiëntendossier BOPZ.

³⁴ Zie artikel 37 Wet BOPZ.

³⁵ Zie artikel 41 Wet BOPZ.

- Crisis- of interventietoezicht: onderzoek in het geval van ernstige problemen of calamiteiten;
- Thematisch toezicht: onderzoek naar een bepaald onderdeel in de zorg, waarvan op geaggregeerd niveau verslag wordt gedaan.

Voor een uniforme werkwijze inzake de meldingen BOPZ werkt de Inspectie voor de Gezondheidszorg sinds 1998 met het handboek «Werkzaamheden in het kader van de Wet BOPZ». Dit handboek bevat een analyse van de bepalingen in de Wet BOPZ waarin aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg een taak of bevoegdheid wordt gegeven en van de wijze waarop de medewerkers daarmee om moeten gaan (inclusief handhavingschema's). Er zijn formulieren ontwikkeld om toepassingen van dwangbehandeling en middelen of maatregelen in noodsituaties te toetsen. In 2001 was de norm dat de helft van alle meldingen dwangbehandeling in elke regio door middel van een bezoek aan de instelling wordt getoetst.

De hoofdinspectie stelt jaarlijks een werkplan (dat een afgeleide is van het Meerjarenactiviteitenplan) op, dat gebaseerd is op de aanwezige inspectiecapaciteit in de regio's. In het Meerjarenactiviteitenplan is vastgesteld hoe vaak instellingen bezocht dienen te worden. Pg-verpleeghuizen dienen op grond hiervan één keer per drie jaar bezocht te worden, verzorgingshuizen met BOPZ-aanmerking iedere vier jaar en verzorgingshuizen zonder BOPZ-aanmerking eenmaal per vijf jaar. De Algemene Rekenkamer heeft geen uitgewerkt concept over de inzet van capaciteit in relatie tot het aantal instellingen in een bepaald werkgebied aangetroffen.

5.2.1.2 *Het aanmerken van instellingen*

De adviesrol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij het aanmerken van instellingen is vooral een aangelegenheid van de inspecteurs verbonden aan één van de werkgebieden van de inspectie (verder genoemd regionale inspecteurs).

Als een regionale inspecteur bij een algemeen toezicht bezoek constateert dat er vrijheidsbeperkingen worden toegepast zonder wettelijke grondslag, dan moet de instelling erop gewezen worden dat deze in overtreding is. De patiënt zal overgeplaatst moeten worden naar een BOPZ-aangemerkte instelling en aangemeld moet worden bij het Regionaal indicatieorgaan voor een BOPZ-indicatie. De instelling zal eveneens aanbevolen worden zelf een BOPZ-aanmerking aan te vragen.

Door de hoofdinspectie is vanaf 1997 bij de minister van VWS diverse malen onder de aandacht gebracht dat in niet BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen vrijheidsbeperkingen worden toegepast. In het algemeen geldt voor de meeste verzorgingshuizen, dat een aanmerking in de nabije toekomst noodzakelijk is, gezien het toenemende aantal pg-patiënten dat daar woonachtig is. De Inspectie voor de Gezondheidszorg acht het ongewenst dat in niet-BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen vrijheidsbeperkingen (zonder instemming of met verzet) worden toegepast, omdat de rechtspositie van bewoners met psychogeriatrische problematiek onvoldoende wordt gewaarborgd.

5.2.2 Regionale inspecties voor de Gezondheidszorg

5.2.2.1 Inleiding

De Algemene Rekenkamer heeft bij zes inspecteurs in de regio's onderzocht hoe zij het BOPZ-toezicht in de psychogeriatric uitvoeren. Het onderzoek spitste zich toe op de aspecten: invulling van de toezichthoudende taak in zowel BOPZ als niet-BOPZ aangemerkte instellingen, de bezoekfrequentie aan instellingen voor ouderenzorg, de beschikbare informatie over vrijheidsbeperkingen, de toetsing van dwangbehandeling alsmede de feedback op de meldingen en de invulling van de adviesrol bij aanvragen voor aanmerkingen en het toezicht op de naleving ervan.

5.2.2.2 Uitoefening toezicht

Alle betrokken inspecteurs in de regio maken ten behoeve van het BOPZ-toezicht gebruik van de ontwikkelde instrumenten. Opgemerkt werd dat de aandacht voor de Wet BOPZ naar verhouding zeer uitgebreid is en daarom ten koste gaat van andere belangrijke onderwerpen. Niet alle inspecteurs konden het werkplan volledig uitvoeren vanwege de hoeveelheid instellingen en het aantal gemelde calamiteiten. Alhoewel er normen zijn gesteld voor de bezoekfrequentie aan de instellingen in de ouderenzorg varieert dit in de praktijk tussen de regio's. Met name niet BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen worden weinig bezocht door de inspecteurs. In niet BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen mogen geen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Als de inspecteurs toch toepassing constateren, adviseren zij – zonder uitzondering – om een BOPZ-aanmerking aan te vragen of om de betreffende bewoner over te plaatsen. In januari 2002 is overigens landelijk besloten om geen meldingen van dwangbehandeling meer te willen ontvangen van niet BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen, omdat toepassing op die plaatsen in beginsel een overtreding van de wet betreft. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is van mening dat zij wetsovertredingen zelf dient op te sporen.

De inspecteurs hebben een taak de toepassing van dwangbehandeling en middelen of maatregelen in noodsituaties te toetsen. Zij gaven echter aan dat de meldingen van (en dus de informatie over) deze toepassingen onvolledig en onbetrouwbaar zijn (is). Dit geldt zowel voor de aan- en afmeldingen. Uit de aanwezige registratie (Bopzis) bleek dat dwangbehandeling en middelen of maatregelen in noodsituaties in verzorgingshuizen zeer sporadisch voorkomen en in verpleeghuizen gemiddeld eenmaal per jaar per instelling³⁶. Ondanks de normstelling dat de helft van alle meldingen dwangbehandeling in elke regio door middel van een bezoek aan de instelling worden getoetst bestond er onduidelijkheid over de toetsing van de meldingen. De inspecteurs deden het ieder op hun eigen manier. Overigens leverden de toetsingen van de meldingen in slechts één geval vragen rond de zorgvuldigheid van de toepassing door de zorgaanbieder op. Verder werd gemeld dat beëindiging van de dwangbehandeling in de ouderenzorg vaak niet wordt gemeld en dat de behandeling meestal eindigt bij het overlijden van de patiënt.

5.2.2.3 Het aanmerken van instellingen

De mate van ervaring in het adviseren over aanvragen voor een BOPZ-aanmerking verschilt tussen de inspecteurs. Zij hanteren daarbij de voorgeschreven kwaliteitscriteria. Een eenmaal afgegeven aanmerking

³⁶ Dit komt overeen met de gegevens die de Algemene Rekenkamer van de zorgaanbieders heeft ontvangen.

wordt in de regel binnen een jaar getoetst. Er zijn overigens geen expliciete criteria voor het weer intrekken van de aanmerking. De regionale inspecteurs stimuleren instellingen om in samenwerking met een verpleeghuis een BOPZ-aanmerking aan te vragen daar waar vrijheidsbeperkingen aan de orde zijn. Voor veel verzorgingshuizen zijn er echter financiële, personele en/of administratieve barrières. Daarentegen is ook een tendens waarneembaar dat er nauwer wordt samengewerkt met verpleeghuizen (bijvoorbeeld door de realisatie van verpleeghuis-dependances in verzorgingshuizen), hetgeen de overplaatsing van patiënten naar een wél BOPZ-aangemerkte instelling bevordert.

6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

6.1 Conclusies

Rechtsbescherming

Uit de evaluaties van de Wet BOPZ en vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg bereiken de minister van Volksgezondheid al geruime tijd signalen dat verpleeg- en verzorgingshuizen niet in staat zijn de Wet BOPZ na te leven.

Wet en praktijk liggen op een aantal punten ver uit elkaar. De Algemene Rekenkamer acht dit ongewenst mede met het oog op de rechtsbescherming van dementerende ouderen die in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijven.

Bovendien ontbreekt het zicht op de exacte vraag en het exacte aanbod. Dit klemt te meer nu het aantal dementerende ouderen volgens de prognoses in aantal zal toenemen.

Een oorzaak van de kloof tussen wet en praktijk kan verklaard worden uit het feit dat het ziektebeeld van een dementerende sterk afwijkt van andere psychiatrische ziektebeelden. De Wet BOPZ gaat uit van een medisch- of behandelmodel, terwijl dementerende ouderen vooral beschermd moeten worden tegen de gevolgen van dwalen en onrust. Van verbetering of stabilisering van de geestesstoornis, zodanig dat het gevaar op grond waarvan verblijf in de instelling noodzakelijk is wordt weggenomen, is in de meeste gevallen geen sprake. Ook is niet altijd duidelijk wanneer het gedrag van de dementerende als verzet uitgelegd moet worden. Bovendien maken de door de Wet BOPZ gestelde criteria (met name het afdelingsgebonden zijn) het voor een aantal verzorgingshuizen, alsmede voor ziekenhuizen die dementerende ouderen opnemen, niet mogelijk een aanmerking (lees «vergunning») voor de instelling als geheel te krijgen. De Wet BOPZ sluit op dit punt niet aan bij het beleid van veel niet BOPZ-aangemerkte verzorgingshuizen om dementerenden zo lang mogelijk in hun eigen appartement te laten wonen.

Indicatie

Dementerende ouderen worden over het algemeen pas laat in het ziekteproces aangemeld voor opname. Als de indicatie pg-verpleeghuiszorg is, voert het Regionaal Indicatie Orgaan altijd een BOPZ-toets uit. Onvrijwillige opname op grond van artikel 60 Wet BOPZ in een BOPZ-aangemerkte instelling is mogelijk in geval de patiënt «geen bereidheid» toont, maar ook «geen verzet». Met name het begrip «geen verzet» wordt in de praktijk enger uitgelegd dan de wetgever heeft bedoeld. In geval van «verzet» gelden zwaardere procedures. Het begrip «verzet» respectievelijk «geen verzet» is niet nader gespecificeerd en wordt verschillend gehanteerd.

BOPZ-plaats en plaatsing

De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het aanbod, de uiteindelijke zorgtoewijzing en wachtlijstregistraties. Er is per zorgkantoor geen overzicht over het totaal aantal BOPZ-plaatsen, derhalve ook niet over welke plaats waar beschikbaar is. Er worden verschillende aanduidingen voor hetzelfde zorgaanbod gehanteerd en tevens dezelfde benamingen voor verschillende zorgarrangementen. Hoeveel BOPZ-geïndiceerde patiënten op de wachtlijst stonden en hoelang al, was bij de zorgkantoren onbekend. Zorgaanbieders zijn zelf -hetgeen niet de bedoeling is- vaak actief betrokken in de zorgtoewijzing.

Opname en bejegening

Dementerende ouderen met een BOPZ-indicatie verblijven voornamelijk in instellingen mét (circa 2/3) maar ook in instellingen zónder BOPZ-aanmerking (circa 1/3). Er is tussen de verzorgingshuizen mét en zónder BOPZ- aanmerking geen verschil in noodzaak om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. In het onderzoek werd dan ook geen verschil in hantering ervan tussen de beide typen instellingen geconstateerd. Juridisch is er wel een groot verschil: op BOPZ-aangemerkte instellingen rust een aantal daarbij behorende verplichtingen, waaronder registratie en melding aan de toezichthouder. Instellingen zonder BOPZ-aanmerking mogen vrijheidsbeperking niet toepassen als de bewoner zich verzet; als ze het wel toepassen is dat gebruik vormvrij, want onbevoegd. In het onderzoek kon vastgesteld worden dat de bewustwording over toepassing van vrijheidsbeperking er in beide typen instellingen is. Meestal vindt toepassing plaats overeenkomstig het zorgplan en is het geprotocolleerd.

Bij 6 tot 38% van de dementerenden vindt toepassing van vrijheidsbeperking plaats; vrijwel altijd is hierover overeenstemming en is het vastgelegd. Het gaat dan vooral om fixatie, plank op of onder de (rol)stoel, bedhekken en Zweedse band.

Er worden nauwelijks vrijheidsbeperkende maatregelen in de psychogeriatric toegepast in geval van dwang en nog minder in geval van nood.

Status vrijheidsbeperkende maatregelen

Evenals de Regionale Indicatie Organen leggen de onderzochte verpleeg- en verzorgingshuizen het begrip «verzet» niet eenduidig uit. De omschrijving van wat verpleeg- en verzorgingshuizen onder vrijheidsbeperking verstaan blijkt eveneens sterk te variëren. In tegenstelling tot wat in het Uitvoeringsbesluit bij de wet bepaald is, wordt het plaatsen van bedhekken niet altijd als vrijheidsbeperking gezien. Sommige instellingen zien het gebruik van elektronische alarmeringssystemen als vrijheidsbeperking en andere zien het juist als patiëntvriendelijk alternatief daarvoor. In het besluit is hierover niets opgenomen. Ook is er verschil tussen instellingen in interpretatie van fixatie en toepassing ervan. Er is veel onduidelijkheid over wat onder gecamoufleerd toedienen van medicatie verstaan moet worden.

Voor de instellingen is niet altijd helder of het bij toepassing van vrijheidsbeperking gaat om een BOPZ- of Wgbo-situatie.

Toezicht

Hoewel op landelijk niveau door de Inspectie voor de Gezondheidszorg kaders en instrumenten ontwikkeld zijn en jaarlijks een werkplan opgesteld wordt, is de uitvoering van het toezicht door de regionale inspecteurs toch verschillend. Niet iedereen komt aan de volledige uitvoering van het werkplan toe, de bezoekfrequentie aan instellingen voor ouderenzorg varieert per regio en de frequentie van toetsing van vrijheidsbeperking in noodsituaties en dwangbehandelingen varieert. Bij de in het onderzoek betrokken instellingen die centraal op instellingsniveau de toepassing van vrijheidsbeperking registreren, bleek het bewustzijn rond vrijheidsbeperkend handelen groter te zijn. Deze informatie kan ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg faciliteren bij haar algemene toezicht en daarmee de rechtsbescherming en transparantie verhogen.

Toekomst

Per 1 april 2003 gaan Regionale Indicatie Organen over op functiegerichte indicatiestelling. Wie de zorg aanbiedt, is dan niet langer meer bepalend. Ook gaat de Inspectie voor de Gezondheidszorg dan toezicht houden op de Regionale Indicatie Organen. De zorgtoewijzers zullen de producten gaan bepalen die bij de indicatiestelling horen. Hoe de BOPZ-toets in de functiegerichte indicatiestelling wordt ingebed, is op dit moment niet helder.

Minister van VWS

De vraag naar passende zorg voor dementerenden is groot, al is niet bekend hoe groot precies. Dat (bevoegd) aanbod tekort schiet is duidelijk: ruim één derde van de dementerende ouderen wordt verzorgd in een instelling zonder BOPZ-aanmerking. Met handhaving alleen kan het gat tussen regelgeving en praktijk niet gedicht worden.

De minister van VWS vervult de faciliterende rol ten aanzien van de Wet BOPZ niet optimaal. De wet is door de minister twee maal geëvalueerd, maar de aanbevelingen die daaruit kwamen zijn niet voortvarend opgepakt. Het duurde enkele jaren voordat de voorlichting op gang kwam en een aantal kernbegrippen is nog niet verhelderd.

Het is lastig om inzicht te krijgen hoeveel vrijheidsbeperkende maatregelen over een heel jaar zijn toegepast in geval van nood, dwang en met toestemming van de patiënt. Thans wordt de toepassing van vrijheidsbeperking in geval van dwang en nood alleen op individueel niveau geregistreerd. De meldingen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg hierover ontvangt, zijn onvolledig.

6.2 Aanbevelingen

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt aanbevolen binnen afzienbare tijd praktijk en regelgeving met elkaar te verzoenen. Zo zullen begrippen verhelderd moeten worden en zullen de eisen die aan instellingen voor ouderenzorg gesteld worden als zij een BOPZ-aanmerking willen aanvragen, alsmede het toezicht daarop, meer aan moeten sluiten op ontwikkelingen in de praktijk. Tevens beveelt de Algemene Rekenkamer aan de mogelijkheid én wenselijkheid te onderzoeken om één wettelijk kader tot stand te brengen dat beter aansluit bij de specifieke kenmerken van deze sector, zodat de rechtsbescherming voor dementerende ouderen en de inzichtelijkheid daarin gerealiseerd wordt.

Ook onderstreept de Algemene Rekenkamer het belang dat instellingen toepassing van vrijheidsbeperking centraal op instellingsniveau registreren, ook als hierover overeenstemming met de patiënt bestaat. Bij de in het onderzoek betrokken instellingen die centraal op instellingsniveau registreren, bleek namelijk het bewustzijn rond vrijheidsbeperkend handelen groter te zijn. Er werd nogmaals kritisch bekeken of het ook echt nodig was en bovendien was het essentieel voor de toezichthoudende taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dit verhoogt zowel de rechtsbescherming als de transparantie. Wanneer instellingen op ICT-gebied beter toegerust zouden zijn, zou dat de managementinformatie over de kosten en toepassing van vrijheidsbeperking verbeteren en de totstandkoming van die informatie vergemakkelijken.

Daarnaast vragen aspecten in de keten van ouderenzorg hernieuwde aandacht.

De Algemene Rekenkamer beveelt aan dat de Regionale Indicatie Organen onderling hun werkwijze ten aanzien van de BOPZ-indicatiestelling zodanig afstemmen, dat op eenduidige wijze bepaald wordt of bij een dementerende sprake is van bereidheid, noch verzet voor opname alsmede over de noodzaak daarvan. Vanuit de zorgtoewijzende rol die zorgkantoren hebben, is het naar de mening van de Algemene Rekenkamer noodzakelijk dat zorgkantoren een duidelijk beeld krijgen van het aantal pg-plaatsen in hun regio en van het aantal verzorgingshuizen dat een BOPZ-aanmerking heeft en het daarbij behorend aantal plaatsen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt aanbevolen meer aandacht te besteden aan de verzorgingshuizen die geen BOPZ-aanmerking hebben en wel dementerende ouderen verzorgen met een BOPZ-indicatie en op wie vrijheidsbeperking toegepast wordt. Bij het toezicht in dergelijke huizen moet er, naast handhaving, ook aandacht zijn voor de onderliggende oorzaken van toepassing van vrijheidsbeperkingen die niet stroken met de landelijke wetgeving. Daarnaast zou de bezoekfrequentie aan verzorgingshuizen zonder BOPZ-aanmerking gelijkgesteld moeten worden aan de bezoekfrequentie van wel BOPZ-aangemerkte instellingen. Tenslotte beveelt de Algemene Rekenkamer de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan te bevorderen dat de regionale inspecteurs volgens het landelijke model gaan werken.

Hoewel het niet een specifiek onderwerp van onderzoek was, kwam in diverse gesprekken naar voren dat er veel behoefte is aan extra informatie over dementie: Regionale Indicatie Organen en verzorgingshuizen gaven aan dat de kennis over dementie bij huisartsen sterk wisselend is. Als gevolg hiervan kan niet altijd even snel en efficiënt gewerkt worden. Ook heeft familie vaak behoefte aan informatie over de ziekte. Dientengevolge beveelt de Algemene Rekenkamer aan de mogelijkheid van een consultatiebureau voor geriatrie nader te onderzoeken, of tenminste de voorlichting over dementie te verbeteren.

7 REACTIE STAATSSECRETARIS VAN VWS EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER

7.1 Reactie staatssecretaris van VWS

Op 29 april 2003 heeft de staatssecretaris van VWS een schriftelijke reactie gegeven op de bevindingen van de Algemene Rekenkamer.

Zonder afbreuk te willen doen aan de bevindingen over de wijze waarop de Wet BOPZ uitwerkt in de praktijk, wil de staatssecretaris ook stilstaan bij wat deze wet wél heeft bereikt. Daarmee doelt zij onder meer op de opvattingen die aan de wet ten grondslag liggen, zoals het beseft dat het opnemen van personen in een instelling die niet te kennen geven er te willen wonen, juridisch gezien een aantasting van het fundamentele recht op vrijheid betekent. Ook het expliciteren van de rechten van de bewoners tijdens onvrijwillig verblijf in een instelling is van grote waarde. Tegen deze achtergrond reageert de staatssecretaris op de conclusies en aanbevelingen.

De staatssecretaris geeft aan dat de conclusies en aanbevelingen overeen komen met die uit het betreffende deelonderzoek van de tweede evaluatie van de Wet BOPZ.

Kloof tussen wet en uitvoeringspraktijk

De staatssecretaris onderschrijft de bevinding dat de Wet BOPZ en de praktijk op een aantal punten ver uit elkaar liggen. Begripsverheldering lijkt haar echter niet de meest aangewezen oplossing. De begrippen van de Wet BOPZ zijn namelijk helder genoeg; het knelpunt ligt in de meeste gevallen in de aansluiting van die begrippen op de praktijk van de zorg voor dementerenden. De sector psychogeriatricie lijkt, evenals de verstandelijk gehandicaptenzorg, niet goed uit de voeten te kunnen met de begrippen van de wet.

Ten aanzien van de aanbeveling om de mogelijkheid en wenselijkheid te onderzoeken van een wettelijk kader dat beter aansluit bij de specifieke kenmerken van deze sector merkt de staatssecretaris op dat de signalen uit de praktijk voldoende helder zijn. Zij beseft dat er iets moet gebeuren voor zowel de psychogeriatricie als de verstandelijk gehandicaptenzorg. Hoewel er nog een kabinetsstandpunt op de aanbevelingen van de tweede evaluatie van de Wet BOPZ moet verschijnen, staat de staatssecretaris evenwel positief tegenover de mogelijkheid van een ander wettelijk kader voor beide sectoren.

De Algemene Rekenkamer beveelt aan de eisen voor een BOPZ-aanmerking voor instellingen voor ouderenzorg meer aan te laten sluiten op ontwikkelingen in de praktijk, alsmede het toezicht daarop. Evenals de Inspectie voor de Gezondheidszorg is de staatssecretaris van mening dat alleen verantwoorde zorg met mogelijke vrijheidsbeperking kan worden gegeven als dat gebeurt op een aparte afdeling waar voldoende toezicht mogelijk is. Zorgconcepten kunnen in de praktijk snel veranderen. Daarom is aan Arcares een subsidie verstrekt voor een onderzoek. Hierin staat de vraag centraal of er verschil is in kwaliteit van zorg voor dementerende bewoners wanneer zij verspreid in een verzorgingshuis verblijven in plaats van op een aparte afdeling. Als dit onderzoek afgerond is, in de zomer van 2003, zal bekeken worden of de eis vanuit zorginhoudelijke overwegingen aangepast kan worden.

Centrale registratie op instellingsniveau

De staatssecretaris is van mening dat instellingen met centrale registratie van vrijheidsbeperkingen die met instemming van bewoner of diens vertegenwoordiger in het zorgplan opgenomen zijn, een instrument in handen hebben om de kwaliteit van de geboden zorg te evalueren en te verbeteren. Het systematisch vastleggen, bewaken en beheersen van de toepassing van vrijheidsbeperking is de verantwoordelijkheid van de instelling zelf. ICT kan daarbij ondersteunen. De brancheorganisatie Arcares heeft volgens de staatssecretaris een belangrijke rol te vervullen in het ontwikkelen van ICT-instrumentarium voor de sector.

Aspecten in de keten van ouderenzorg

De Algemene Rekenkamer heeft aandacht gevraagd voor een aantal aspecten in de keten van ouderenzorg. Hierop heeft de staatssecretaris als volgt gereageerd:

- **Indicatiestelling**

Per 1 april 2003 is in verband met de modernisering van de AWBZ, bij de Rio's de functiegerichte indicatiestelling ingevoerd met een nieuw AWBZ-breed indicatieprotocol.

Er komt een nieuw protocol en daarmee samenhangend een nieuwe wijze van indiceren. In overleg met de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO), is de staatssecretaris voornemens het landelijk centrum indicatiestelling te vragen voorstellen te doen voor een meer uniforme toepassing van de BOPZ-toets door de indicatieorganen.

- **Zorginkoop en -toewijzing**

De zorgkantoren hebben, aldus de staatssecretaris, een eigen verantwoordelijkheid voor zorginkoop, serviceverlening en bemiddeling voor verzekerden binnen een zorgregio. Een belangrijk instrument daarbij is de AWBZ-brede zorgregistratie. Daarmee kunnen vraag en aanbod doelmatig op elkaar afgestemd worden. De verantwoordelijkheid van de staatssecretaris van VWS bestaat uit het goed laten functioneren van het systeem.

- **Toezicht**

Inmiddels heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg uniform werken, inclusief het BOPZ-toezicht, tot een van de speerpunten van haar beleid gemaakt. Daarnaast heeft zij per 1 april 2003 het algemeen preventief toezicht anders ingevuld. De Inspectie bezoekt jaarlijks die instellingen waar risico's voor de kwaliteit van zorg aanwezig zijn. De intensiteit van het bezoek wordt afgestemd op de beschikbare mensen en middelen.

Consultatiebureau voor geriatrie

De Algemene Rekenkamer constateert dat in het onderzoek betrokken actoren aangeven dat het kennisniveau over dementie bij huisartsen verschilt. Familieleden van dementerende ouderen hebben vaak behoefte aan die informatie. Daarom beveelt zij aan de mogelijkheid van een consultatiebureau voor geriatrie nader te onderzoeken of de voorlichting over dementie te verbeteren. Deze constatering sluit volgens de staatssecretaris aan bij de door de Gezondheidsraad geconstateerde noodzaak van een betere samenhang in de taken en verantwoordelijkheden van de geriatrie in Nederland. Het is daarom van belang de zorgketen op (sub)regionaal niveau te versterken. De staatssecretaris geeft aan dat dit goed aansluit bij het beleid dat zij hiervoor in gang gezet heeft en waarover zij de Tweede Kamer binnenkort zal informeren.

7.2 Nawoord Algemene Rekenkamer

De Algemene Rekenkamer is verheugd met de positieve houding van de staatssecretaris ten opzichte van de conclusies en aanbevelingen.

Net als de staatssecretaris vindt de Algemene Rekenkamer dat wat de wet wél heeft bereikt van grote waarde is. Zoals bijvoorbeeld het besef dat het onvrijwillig opnemen van personen een aantasting van het fundamentele recht op vrijheid betekent en het expliciteren van de rechten van onvrijwillig opgenomen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het expliciteren zal echter uit het oogpunt van rechtsgelijkheid zó moeten zijn vormgegeven dat begrippen ook eenduidig gehanteerd en toegepast kunnen worden in de praktijk. De Algemene Rekenkamer onderschrijft dat knelpunten in de meeste gevallen juist liggen in de aansluiting van het huidige wettelijke kader op de praktijk van zorg voor dementerenden. Bovendien kan de sector psychogeriatric niet goed uit de voeten met de begrippen van de wet. Naar haar mening kunnen heldere begrippen, al dan niet binnen een ander wettelijk kader, wel degelijk de kloof tussen wet en uitvoering helpen overbruggen.

De Algemene Rekenkamer onderschrijft dat de staatssecretaris verantwoordelijk is voor het goed laten functioneren van het systeem van onder andere de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Onderdeel hiervan is echter ook het signaleren – en zonedig opheffen – van onvolkomenheden in het systeem.

Wanneer geconstateerd wordt dat zorgkantoren vanuit hun zorgtoewijzende verantwoordelijkheid geen zicht hebben op het aantal pg-plaatsen en BOPZ-aangemerkte plaatsen in de regio, kan de bewindspersoon van VWS ook nooit op landelijk niveau vaststellen of de toegankelijkheid van de zorg voor dementerende ouderen gewaarborgd is.

De Algemene Rekenkamer zal de door de staatssecretaris geschetste ontwikkelingen, ook die rond de samenhang in de taken en verantwoordelijkheden van de (psycho)geriatric, met belangstelling volgen.

Wetsevaluaties uit 1997 en uit 2002*Eerste evaluatie*

In 1996 is de Wet BOPZ voor het eerst geëvalueerd³⁷.

De algemene indruk was dat de Wet BOPZ had bijgedragen aan een daadwerkelijke versterking van de rechtspositie van de patiënten. Conclusie was dat tijdens het evaluatieonderzoek het implementatieproces van de Wet BOPZ nog niet was uitgekristalliseerd. Daarom kon beter gesproken worden over een invoeringsonderzoek dan over beoordeling van een gevestigde praktijk. Bij het trekken van definitieve conclusies over de werking van de wet stelde de commissie zich daarom terughoudend op.

Naar aanleiding van deze evaluatie is een kabinetsstandpunt «Evaluatie van de Wet BOPZ» opgesteld³⁸. In vervolg hierop is aantal activiteiten in gang gezet. Zo is in november 1998 door het kabinet een «Voorlichtingsplan Wet BOPZ» gepresenteerd naar aanleiding van de aanbeveling om de voorlichting rond een aantal onderdelen van de Wet BOPZ te verbeteren of te intensiveren. Het voorlichtingsplan schetste een voorlichtingstraject, dat zowel voorziet in algemene, sectoroverstijgende als sectorspecifieke voorlichting. De uitvoering van een aantal voorlichtingsactiviteiten is pas na het jaar 2000 uitgevoerd of gestart.

In vervolg op de eerste evaluatie is sinds 1 december 1999 de reikwijdte van de Wet BOPZ uitgebreid tot verzorgingshuizen, die daartoe een BOPZ-aanmerking kunnen aanvragen voor dat deel van het huis dat geschikt is om onvrijwillig opgenomen bewoners te verplegen en te verzorgen. Dit is gebeurd tegen de achtergrond van het VWS-beleid om patiënten zoveel mogelijk in de meest lichte voorzieningen op te vangen, hetgeen tot gevolg heeft dat in verzorgingshuizen steeds meer psychogeriatrische patiënten verblijven.

Tweede evaluatie

In maart 2002 is de tweede evaluatie van de Wet BOPZ uitgebracht³⁹.

Hierin is met name bezien in hoeverre het implementatieproces van de wet is voortgeschreden en tot welke resultaten dit heeft geleid.

De evaluatiecommissie is specifiek ingegaan op een aantal thema's, waaronder de interne en externe rechtspositie in de psychogeriatric en in de verstandelijk gehandicaptensector (rechten rondom opname en rechten tijdens verblijf).

Geconstateerd wordt dat de bekendheid met de Wet BOPZ, en de mate waarin deze wordt toegepast, is toegenomen. Acht jaar na de inwerking-treding mocht worden verwacht dat de praktijk zich in aanzienlijke mate gedraagt zoals de wetgever het bedoeld heeft. In de psychiatrie, de sector die van oudsher het meest vertrouwd is met de Wet BOPZ, is de aansluiting tussen wet en praktijk behoorlijk. Problematischer is dit in de kinder- en jeugdpsychiatrie en dit geldt nog in sterkere mate voor de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. In de praktijk doen zich structurele knelpunten voor bij de praktische toepassing van cruciale BOPZ-begrippen, zoals de toepassing van middelen of maatregelen. Van het effect van de getroffen (beleids)maatregelen naar aanleiding van de eerste evaluatie spreekt de commissie van een wisselend beeld. Tenslotte wordt getwijfeld aan de effectiviteit van de Wet BOPZ met betrekking tot patiënten uit de categorie «geen bereidheid geen verzet» (artikel 60 Wet BOPZ). Tenslotte stelt de evaluatiecommissie dat «de

³⁷ Evaluatiecommissie BOPZ 1996: «Wet BOPZ, Evaluatierapport. Tussen invoering en praktijk», Rijswijk 1996.

³⁸ Tweede Kamer, 1997–1998, 25 763, nr. 1.

³⁹ Evaluatie Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen, ZonMw, maart 2002.

conclusie geen andere kan zijn dan dat de Wet BOPZ overwegend ongeschikt is voor toepassing in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg»⁴⁰.

Een kabinetsstandpunt, gebaseerd op de aanbevelingen, was begin december 2002 nog niet geformuleerd.

Onderzoek Arcares

In opdracht van de brancheorganisatie Verpleging en Verzorging Arcares, is in 2001 een onderzoek uitgevoerd naar de implementatie van de Wet BOPZ in verzorgingshuizen⁴¹.

Centraal in dit onderzoek staat de vraag welke knelpunten zich voordoen bij het invoeren van de Wet BOPZ voor verzorgingshuizen.

Onderzocht is in hoeverre middelen of maatregelen in de praktijk bij BOPZ-aangemerkte en niet-aangemerkte verzorgingshuizen voorkomen. Substitutie en vergrijzing hebben tot gevolg dat steeds meer bewoners in verzorgingshuizen een verder gevorderd stadium van dementie en andere pg problematiek vertonen. Het onderzoek bevestigt de onderzoekshypothese dat dit tot gevolg heeft dat in verzorgingshuizen vrijheidsbeperkende maatregelen bij deze zorgbehoevende groep bewoners geregeld noodzakelijk⁴² zijn en ook dikwijls worden toegepast. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden veelvuldig op dementerenden toegepast door minimaal 215 van de 304 onderzochte verzorgingshuizen. Gemiddeld gaat het om 4,9 toepassingen van middelen of maatregelen per verzorgingshuis. Fixatie komt het meest voor.

Minimaal een kwart tot een derde van de instellingen past vrijheidsbeperking toe ongeacht de juridische status of toestemming van bewoner of vertegenwoordiger indien toepassing noodzakelijk geacht wordt.

Vrijwel alle verzorgingshuizen zijn op de hoogte van de mogelijkheid om een BOPZ-aanmerking aan te vragen. Twee derde van de verzorgingshuizen die geen aanmerking aangevraagd hebben, overweegt ook niet om het te doen. Dit heeft tot gevolg dat veel dementerende bewoners niet de rechtsbescherming krijgen waar zij recht op hebben. Algemene conclusie is dat het aanvragen van een BOPZ-aanmerking voor de meeste verzorgingshuizen nu en in de toekomst noodzakelijk is. Het merendeel blijkt een aanvraag echter niet te overwegen. Een belangrijk obstakel blijkt het vereiste om een aparte afdeling voor pg-bewoners te creëren. Daarnaast is de indruk dat veel instellingen nog onvoldoende op de hoogte zijn van de inhoud van de Wet BOPZ.

Voorgaande bevindingen geven voor Arcares aanwijzingen dat de Wet BOPZ wellicht ongeschikt is als kader voor de zorg die in verzorgingshuizen aan dementerenden geboden wordt. Momenteel wordt in opdracht van Arcares een studie uitgevoerd naar de mogelijkheden van het toepassen van de Wet BOPZ binnen het verzorgingshuis, zonder dat een aparte afdeling wordt gecreëerd.

Onderzoek Inspectie voor de Gezondheidszorg

In het eerste kwartaal van 1997 is in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek uitgevoerd naar vrijheidsbeperkende maatregelen in onder andere de reguliere thuiszorg, gezinsvervangende tehuizen en verzorgingshuizen⁴³. Deze instellingen vielen ten tijde van het onderzoek niet onder de Wet BOPZ⁴⁴. Onderzocht is hoe vaak welke maatregelen worden toegepast en onder welke omstandigheden. Tevens is onderzocht of zich situaties voordoen, waarin wordt afgezien van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, terwijl dit vanuit goed

⁴⁰ Tweede evaluatie, Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie, blz. 51.

⁴¹ Onderzoek Implementatie Wet BOPZ in verzorgingshuizen, Eindrapportage, mr. L.A.P. Arends. IBMG Erasmus Universiteit Rotterdam in opdracht van Arcares, november 2001.

⁴² Wat precies onder «noodzakelijk» verstaan moet worden is niet verder toegelicht.

⁴³ Onderzoeksrapport Vrijheidsbeperkende Maatregelen, Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken.

⁴⁴ Verzorgingshuizen kunnen per december 1999 op verzoek BOPZ worden aangemerkt.

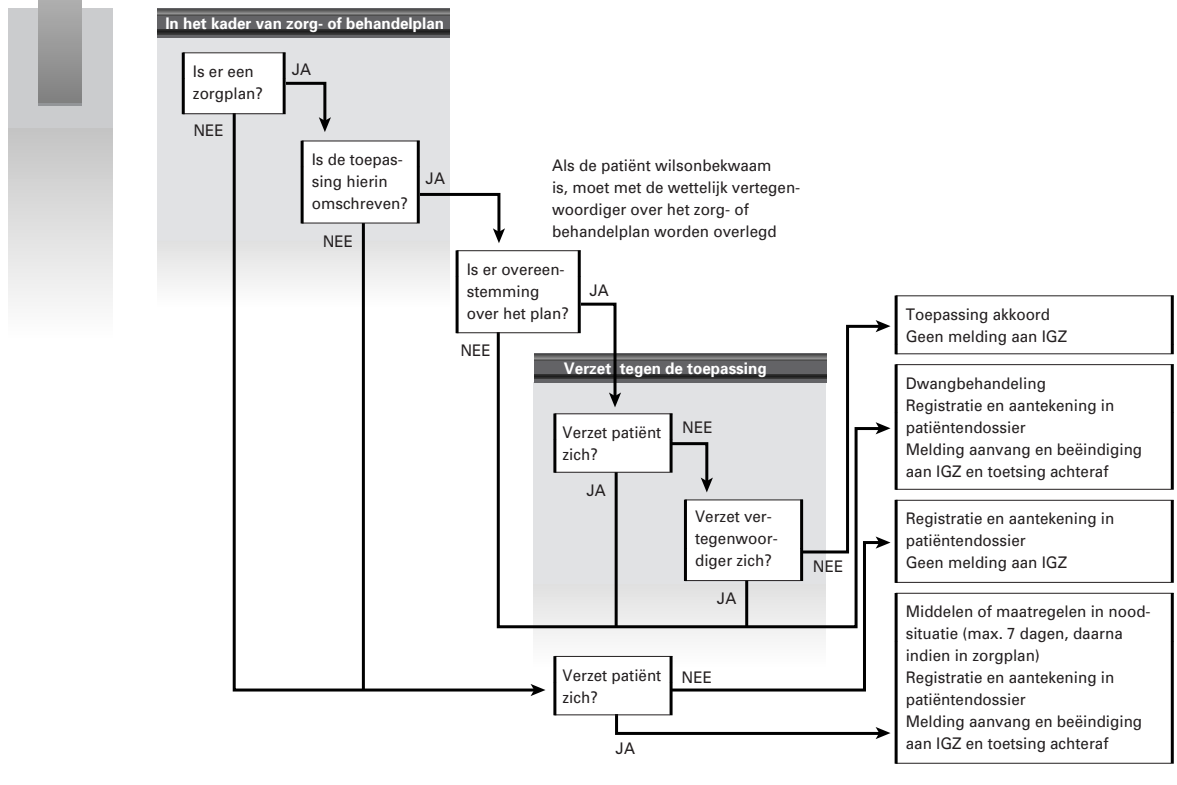
hulpverlenerschap in verband met de veiligheid van de patiënt of de omgeving juist als noodzakelijk wordt gezien. Uit het onderzoek is gebleken dat vrijheidsbeperkende maatregelen⁴⁵ in alle onderzochte sectoren voorkomen. In de verzorgingshuizen komt het gebruik van maatregelen relatief veel voor; vooral het gebruik van bedhekken en het fixeren van de patiënt komen nadrukkelijk naar voren. In de reguliere thuiszorg ligt de nadruk op het gebruik van bedhekken en het ongemerkt toedienen van medicatie. Afzonderen van patiënten en het wegnemen van het oproepsysteem worden in de thuiszorg relatief weinig gemeld. Als reden voor toepassing van vrijheidsbeperkingen wordt in alle sectoren de bescherming van de patiënt genoemd, bescherming van de omgeving in de meeste sectoren en bescherming van het personeel in een enkele sector (gezinsvervangende tehuizen). Personeelsgebrek is bij uitzondering aanleiding tot gebruik van middelen of maatregelen in verzorgingshuizen. Bijna driekwart van de respondenten die aangaven dat geen middelen of maatregelen worden toegepast, meldde dat deze handelingen niet nodig waren. Ruim een derde van deze respondenten geeft aan dat ze niet toegestaan zijn. Het onderzoek geeft geen duidelijkheid of in het geval geen middelen of maatregelen worden toegepast, deze in die situatie vanuit het oogpunt van goed hulpverlenerschap wel noodzakelijk waren.

Algemene conclusie van het onderzoek is dat de voorwaarden en omstandigheden waaronder middelen of maatregelen in niet-BOPZ aangemerkte instellingen voorkomen niet altijd stroken met het wettelijk kader voor wel BOPZ-aangemerkte instellingen. Praktijk rond toepassing van vrijheidsbeperking in de instelling strookt niet met de landelijke wetgeving terzake. Een bezinning op deze situatie is van groot belang voor zowel cliënten als hulpverleners.

⁴⁵ Gescoord is op bedhekken tegen wil, Zweedse band, medicatie tegen wil, voeding tegen wil, medicatie ongemerkt, oproepsysteem weg, bewust nalaten handelen (bijvoorbeeld tegen diens wil niet uit bed halen), fixatie, afzonderen open ruimte, afzonderen gesloten ruimte en de afdeling niet afmogen.

S Stroomschema toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (Wet BOPZ)

Figuur 4



**SAMENVATTEND OVERZICHT MET CONCLUSIES,
AANBEVELINGEN, DE REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS
VAN VWS EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER**

Conclusie	Aanbevelingen	Reactie staatssecretaris VWS	Nawoord
De Wet BOPZ en de praktijk liggen op een aantal punten ver uit elkaar.	De bewindspersoon van VWS dient voortvarend de uitvoerbaarheid van de Wet BOPZ te verbeteren door begripsverheldering en door de eisen die aan instellingen voor ouderenzorg gesteld worden als zij een BOPZ-aanmerking willen aanvragen, alsmede het toezicht daarop, meer aan te laten sluiten op ontwikkelingen in de praktijk. Tevens zal hij de mogelijkheid en wenselijkheid moeten onderzoeken om een wettelijk kader tot stand te brengen dat beter aansluit bij de specifieke kenmerken van deze sector om de rechtsbescherming en transparantie te realiseren.	De staatssecretaris onderkent dat Wet BOPZ en praktijk op een aantal punten ver uit elkaar liggen. Begripsverheldering lijkt haar niet de aangewezen oplossing, omdat het knelpunt juist ligt in de aansluiting van de op zichzelf heldere begrippen in de praktijk van zorg voor dementerenden. De staatssecretaris is van mening dat alleen verantwoorde zorg met toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen kan worden gegeven indien dat gebeurt op een aparte afdeling waar voldoende toezicht mogelijk is. Omdat zorgconcepten snel veranderen heeft de staatssecretaris desalniettemin opdracht gegeven voor nader onderzoek dat in de zomer 2003 wordt uitgebracht. De staatssecretaris staat positief tegenover de aanbeveling rond de invoering van een ander wettelijk kader. Het kabinet zal hierover een definitief standpunt innemen.	De Algemene Rekenkamer onderschrijft dat knelpunten in de meeste gevallen juist liggen in de aansluiting van het huidige wettelijke kader op de praktijk van zorg voor dementerenden. De sector psychogeriatricie kan niet goed uit de voeten met begrippen van de wet. Naar de mening van de Algemene Rekenkamer kunnen heldere begrippen, al dan niet binnen een ander wettelijk kader, wel degelijk de kloof tussen wet en uitvoering helpen overbruggen. De uitkomsten van het onderzoek zullen met belangstelling worden gevolgd.
Het is lastig om inzicht te krijgen in de toepassing van vrijheidsbeperking door instellingen voor ouderenzorg gedurende een heel jaar.	Instellingen zouden op een centrale plek de toepassing van vrijheidsbeperking moeten registreren teneinde de rechtsbescherming van dementerenden en de transparantie te vergroten. Dit zou zonder extra kosten voor de instelling moeten plaatsvinden. Betere toerusting op ICT terrein faciliteert de transparantie.	Het systematisch vastleggen, bewaken en beheersen van de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen behoort primair tot de verantwoordelijkheid van de instelling zelf. De brancheorganisatie voor Verpleging en Verzorging (Arcares) heeft een belangrijke rol te vervullen in het ontwikkelen van ICT instrumentarium voor de sector.	
Er is diversiteit in uitvoering van de Wet BOPZ:	Aspecten in de keten van ouderenzorg vragen hernieuwde aandacht:		
<i>Rio's</i> hebben moeite met eenduidige beoordeling van begrip «verzet».	<i>Rio's</i> dienen hun werkwijze ten aanzien van BOPZ indicatiestelling zodanig af te stemmen dat op eenduidige wijze vastgesteld wordt of sprake is van bereidheid noch verzet tegen opname.	Staatssecretaris is voornemens om, in overleg met het LVIO, het landelijk centrum indicatiestelling op te dragen te komen met voorstellen voor een meer uniforme toepassing van de BOPZ-toets door de indicatieorganen.	De uitkomsten zullen met belangstelling worden gevolgd.

Conclusie	Aanbevelingen	Reactie staatssecretaris VWS	Nawoord
<p>Zorgkantoren hebben vanuit hun zorgtoewijzende verantwoordelijkheid geen zicht op de BOPZ aangemerkte capaciteit in hun werkgebied.</p>	<p>Zorgkantoren dienen een duidelijk beeld te krijgen van het aantal pg plaatsen en het aantal BOPZ aangemerkte plaatsen in hun regio.</p>	<p>De zorgkantoren hebben een eigen verantwoordelijkheid binnen een zorgregio. De ministeriële verantwoordelijkheid bestaat uit het goed laten functioneren van het systeem.</p>	<p>Onderdeel van het goed laten functioneren van het systeem van onder andere de toegankelijkheid van de gezondheidszorg is naar de mening van de Algemene Rekenkamer ook het signaleren en zonodig opheffen van onvolkomenheden in het systeem. Wanneer zorgkantoren vanuit hun zorgtoewijzende verantwoordelijkheid geen zicht hebben op het aantal pg-plaatsen en BOPZ-aangemerkte plaatsen in de regio, kan de bewindspersoon ook nooit op landelijk niveau vaststellen of de toegankelijkheid van de zorg voor dementerende ouderen gewaarborgd is.</p>
<p>De uitvoering van het toezicht door de <i>Inspectie voor de Gezondheidszorg</i> verschilt per regio wat betreft uitvoering werkplan, bezoekfrequenties en frequentie van toetsing.</p>	<p>De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal meer aandacht moeten besteden aan verzorgingshuizen die geen BOPZ-aanmerking hebben. De Inspectie dient te bevorderen dat de werkwijze door inspecteurs in de regio's ook daadwerkelijk naar landelijk model zal geschieden.</p>	<p>Met ingang van 1 april 2003 is aan het algemeen preventief toezicht op een andere wijze gestalte gegeven. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal jaarlijks die instellingen bezoeken waar risico's voor de kwaliteit van zorg aanwezig zijn. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft uniformring van haar werkwijze tot één van de speerpunten van haar beleid gemaakt.</p>	<p>De Algemene Rekenkamer zal deze ontwikkelingen met belangstelling volgen.</p>
	<p>De minister van VWS wordt aanbevolen de mogelijkheid van een consultatiebureau voor geriatrie nader te onderzoeken of tenminste de voorlichting over dementie te verbeteren.</p>	<p>De staatssecretaris heeft beleid in gang gezet dat onder andere gericht is op versterking van de zorgketen op (sub)regionaal niveau. Binnenkort zal de Tweede Kamer over de inspanningen van de staatssecretaris op het terrein van de dementie nader geïnformeerd worden.</p>	

BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BW	Burgerlijk Wetboek
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
IBS	Inbewaringstelling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LVIO	Landelijke Vereniging voor Indicatieorganen
M&M	Middelen en Maatregelen
Pg	Psychogeriatric
PGB	Persoonsgebonden budget
Rio	Regionaal Indicatie Orgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RM	Rechterlijke Machtiging
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport Wgbo Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst